



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

AS PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO E OS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO: COMO INTERVIR?

**Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Educação
Especial**

Trabalho efectuado sob a orientação

do **Professor Doutor Paulo Pereira**

e da **Professora Doutora Sofia Campos**

Por: **Sílvia Maria Gomes Alves Costa**

Viseu, Outubro de 2011

Universidade Católica Portuguesa Centro Regional das Beiras - Pólo de Viseu
Departamento de economia, gestão e ciências sociais.

Mestrado em Ciências da Educação
Especialização em Educação Especial

**AS PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO E OS
PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO: COMO INTERVIR?**

Sílvia Maria Gomes Alves Costa

Trabalho efectuado sob a orientação
do **Professor Doutor Paulo Pereira**
e da **Professora Doutora Sofia Campos**

Viseu, Outubro de 2011

Dedico este meu trabalho a todas as crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, especialmente ao meu **querido João**, para que a “luz ao fundo do túnel” nunca deixe de brilhar.

Agradecimentos

À minha “princesa” Carolina, porque sempre compreendeu quando a mãe não podia partilhar alguns momentos com ela.

Ao meu marido pela paciência que, apesar de tudo, foi demonstrando ao longo de todo este percurso.

Ao Orientador Professor Doutor Paulo Pereira e à Coorientadora Professora Doutora Sofia Campos pela orientação que possibilitou a realização deste trabalho.

Às colegas Anabela Dias, Anabela Teles, Clara Bessa e Cristina Azevedo pela amizade, incentivo e pelo ano de trabalho que vivemos juntas. Também à colega Carla Reis, pela amizade e apoio incondicional.

À Professora Doutora Sofia Major da Universidade de Ciências de Educação e Psicologia de Coimbra, pela simpatia e disponibilidade com que me cedeu autorização para aplicar as ECIP-2.

Aos docentes das Unidades de Ensino Estruturado do distrito de Viseu que gentilmente colaboraram no preenchimento dos questionários.

A todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho...

...muito obrigada.

Resumo

As crianças com PEA têm geralmente um défice nas capacidades de comunicação, o que faz com que as leve muitas vezes a exprimir as suas necessidades através de actos negativos, de agressões, automutilações, etc. Apresentam também dificuldades específicas nas relações sociais, pois muitas vezes não compreendem as mímicas, as intenções, os sinais paraverbais (tom de voz, atitude, gestos, etc.) do outro.

“Com efeito, elas têm muitas dificuldades em compreender o nosso mundo, e os nossos códigos sociais parecem-lhes muitas vezes estranhos e incompreensíveis. Os problemas de comportamento das pessoas autistas são a expressão das suas dificuldades, dos seus medos, das suas necessidades, dos seus desejos.” (Magerrote, et al., 2005, p.9)

Preocupados com o bem-estar emocional e comportamental das crianças/alunos com PEA levámos a efeito um estudo com o objectivo de investigar os problemas de comportamento mais frequentes nas crianças do Pré-Escolar e alunos do 1º Ciclo que frequentam as Unidades de Ensino Estruturado para Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo (UEEA) do Distrito de Viseu.

A recolha de dados foi efectuada através da ECIP-2, Escala de Comportamento para a Educação Pré-escolar- 2ª edição, que é uma tradução da versão original das PKBS-2, cujo processo de adaptação e validação para a população portuguesa, nível pré-escolar, foi realizado por Sofia Oliveira Major (Major, 2007) na sua dissertação de mestrado, sob orientação científica da Professora Doutora Maria João Seabra-Santos (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra).

Conclui-se que ao nível dos problemas de comportamento externalizantes (EPC-E), as raparigas obtêm pontuações médias mais elevadas em todos os indicadores e que há um aumento gradual das pontuações com a idade. Na escala de problemas de comportamento internalizantes (EPC-I), verificamos que são também as raparigas que obtêm pontuações médias mais elevadas em todos os indicadores.

Palavras-chave: Perturbações do Espectro do Autismo, Problemas de comportamento, Intervenção.

Abstract

Children with ASD often have a deficit in communication skills, which means that often leads to voice their needs through negative acts of aggression, self mutilation, etc... They also have specific difficulties in social relations; they often do not understand the mime, the intentions, paraverbais signals (voice, attitude, gestures, etc.) the other.

“Indeed, they have many difficulties in understanding our world and our social codes to them often seem strange and incomprehensible. Behavior problems of autistic people are the expression of their difficulties, their fears, their needs, their desires.” (Magerrote, et al., 2005, p.9)

Concerned with the well-being and behavior of children/students with ASD we carried out a study aimed at investigating the behavior problems more common in children of Preschool and students of the 1st Cycle attending the Teaching Units Organized for Students with Autism Spectrum Disorders (UEEA) of the District of Viseu.

Data collection was done through the ECIP-2, Behavior Scale for Pre-School Education- 2nd Edition, which is a translation of the original version of PKBS-2, a process of adaptation and validation into the Portuguese population, the preschool, was made by Sofia Oliveira Major (Major, 2007) in his dissertation, under the scientific guidance of Professor Maria João Seabra – Santos (Faculty of Psychology and Educational Sciences- University of Coimbra).

We conclude that the level of externalizing behavior problems (EPC-E), girls get higher average scores in all indicators and there is a gradual increase in scores with age. On a scale of internalizing behavior problems (EPC-I) are also found that girls who get the highest average scores in all indicators.

Keywords:

Autism Spectrum Disorders, Behavior problems, Intervention.

Lista de abreviaturas

ABA - Applied Behavioral Analysis

APA- American Psychiatric Association

CBCL- Child Behavior Checklist

CID – Classificação Internacional das Doenças

CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade

EAS - Escala de Aptidões Sociais

ECIP-2 - Escalas de Comportamento para a Educação Pré-escolar, 2ª edição

EPC - Escala de problemas de comportamento

EPC-E- Escala de comportamentos Externalizantes

EPC- I- Escala de comportamentos Internalizantes

DSM-IV- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PA – Perturbação Autística

PEA- Perturbação do Espectro do Autismo

PECS- Picture Exchange Communication System

PEP – R - Psycho – Education Profile Revised

RDI - Relationship Development Intervencion

SA – Síndrome de Asperger

SNC – Sistema Nervoso Central

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

UEEA – Unidade de Ensino Estruturado Para Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo

ÍNDICE GERAL

Resumo	IX
Palavras-chave:.....	IX
Abstract	XI
Lista de abreviaturas	XIII
ÍNDICE GERAL	XV
Índice de Quadros e Tabelas.....	XVII
INTRODUÇÃO GERAL	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
CAPÍTULO I	9
PERCURSOS PARA A ESCOLA INCLUSIVA	9
Introdução.....	9
1. Lei de Bases do Sistema Educativo.....	9
2. Decreto-Lei 319/91, de 23 de Agosto	10
3. Declaração de Salamanca	11
4. Classificação Internacional de Funcionalidade	13
5. Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de Janeiro.....	14
CAPÍTULO II	17
PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO (PEA)	17
Introdução.....	17
1. Delimitação do conceito	18
2. Etiologia.....	22
3. Categorização das PEA	26
4. Diagnóstico.....	29
5. Prevalência.....	31
6. Áreas deficitárias das pessoas com PEA	32
AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NAS PEA	35
Introdução.....	35
1. Avaliação Psicoeducacional.....	36
2. Modelos de Intervenção	37
3. Unidades de Ensino Estruturado (UEEA)	49
CAPÍTULO IV	53
PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO.....	53

Introdução	53
1. Características influenciadoras dos comportamentos.....	54
2. Como e quando intervir?	57
CAPÍTULO V.....	65
ESTUDOS ACTUAIS SOBRE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO.....	65
Introdução	65
1. Estudo – Problemas de comportamento de crianças com PEA.....	67
2. Estudo – Avaliação de Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento em idade pré-escolar	69
PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA.....	73
CAPÍTULO VI	75
METODOLOGIA.....	75
Introdução	75
1. Problemática e objectivos.....	76
2. <i>Design</i> metodológico	77
2.3. Metodologia e Procedimentos	82
CAPÍTULO VII	85
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	85
Introdução	85
1. Adaptação da Escala à população em estudo	85
2. Dados referentes à amostra	95
3. Problemas de Comportamento- Resultados Globais	101
CAPÍTULO VIII	109
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....	109
Introdução	109
1. Aprofundar conhecimentos sobre as PEA.....	109
2. Compreender a frequência e tipologia dos problemas de comportamento das crianças/alunos com PEA.....	110
3. Conhecer o tipo de Diagnóstico das crianças/alunos das UEEA do distrito de Viseu.	110
4. Conhecer a forma de comunicação mais utilizada pelas crianças/alunos das UEEA do Distrito de Viseu.....	112
5. Conhecer/ Reflectir acerca do (s) tipo (s) de apoio prestado na UEEA do distrito de Viseu. ..	113
6. Conhecer os tipos de problemas externalizantes e internalizantes das crianças/alunos que frequentam as UEEA do distrito de Viseu	117
CONCLUSÃO.....	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
ANEXOS	137

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Tabela Nº 1: Matriz rodada das componentes principais dos resultados nos itens da EPC-Externalizante/Internalizante	87
Tabela Nº 2: Matriz rodada das componentes principais dos resultados nos itens da EPC-Externalizante	91
Tabela Nº 3: Matriz rodada das componentes principais dos resultados nos itens da EPC-Internalizante	93
Tabela Nº 4: Comparação da consistência interna nos resultados globais EPC-E e EPC-I (com e sem itens adicionais)	95
Tabela Nº 5: Distribuição da amostra, por Sexo	96
Tabela Nº6: Distribuição da amostra, segundo a Idade	97
Tabela Nº 7: Distribuição da amostra, por nível de ensino	97
Tabela Nº 8: Distribuição da amostra, por Diagnóstico da perturbação	98
Tabela nº9: Distribuição da amostra, por tipo de perturbação associada	98
Tabela Nº10: Distribuição da amostra, por forma de comunicação utilizada pela criança	99
Tabela Nº11: Distribuição da amostra, por tipo de terapias que beneficia	100
Tabela Nº 12: Distribuição da amostra, por Nº de terapias beneficiadas	101
Tabela nº13-Elementos estatísticos das respostas na EPC-E	103
Tabela nº 14: Elementos estatísticos das respostas na EPC-I	104
Tabela nº 15: Variação dos resultados na EPC-Externalizantes	106
Tabela nº 16: Variação dos resultados na EPC-Internalizantes	107
Tabela Nº17: questão- Outros comportamentos problemáticos	108

“A Lucie tem uma forma muito pessoal de protestar quando lhe é proposta uma tarefa nova: **grita, morde-se na mão, chora, dá saltos**. Esse comportamento é muito espectacular e necessita da sua parte de um esforço físico considerável. Nessas situações o seu educador não se deixa impressionar: ele sabe que é apenas um momento passageiro, que a Lucie se acalmará, assim que se familiarizar com a tarefa.” (Magerotte et al, 2005, p.31)

O pedopsiquiatra americano Leo Kanner foi um dos primeiros a caracterizar, em 1943, um grupo de crianças com uma síndrome não descrita que designou por autismo infantil. Estas crianças apresentavam dificuldades ao nível da interacção social e da comunicação com outros, assim como um desejo quase obsessivo pela manutenção do estado das coisas, além de outros sintomas comportamentais e emocionais.

Desde então, o diagnóstico de Autismo tem evoluído. Actualmente, o DSM-IV-TR (2002) é o manual de diagnóstico utilizado com mais frequência para a definição das Perturbações do Espectro do Autismo (PEA). Os critérios de diagnósticos descritos neste manual baseiam-se nas 3 áreas definidas por Wing & Potter (2002) como sendo:

- (i) problemas ao nível da interacção social;
- (ii) défices qualitativos na comunicação;
- (iii) padrões de comportamento estereotipados.

De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA, 2000), são apontadas várias características específicas do autismo que originaram os critérios de diagnóstico descritos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV – Text Review* (DSM-IV-TR). No domínio social, os sintomas incluem um défice acentuado no uso da linguagem não verbal e nos reguladores da interacção social, reduzido interesse na partilha e limitada reciprocidade emocional. Na área da comunicação, verifica-se um acentuado défice ou mesmo ausência de linguagem oral, dificuldade em manter uma conversação, linguagem idiossincrática com ecolália e dificuldade ao nível da pragmática.

Quanto aos comportamentos e interesses, estes são reduzidos e estereotipados, preocupando-se com partes ou qualidades dos objectos, não dando importância à sua funcionalidade. Também é evidente a adesão a rotinas.

Estima-se que em Portugal a prevalência do autismo seja de 9,2/10000 crianças (Oliveira *et al.*, 2007). A maior prevalência surge em Lisboa e na região centro do país. O norte do país, o Alentejo e o Algarve são as regiões onde há menor prevalência. Nos Açores, as estimativas revelam números superiores aos de Portugal continental, isto é, cerca de 15,6 em cada 10000 crianças.

Na sua maioria, a população portuguesa, apresenta autismo idiopático e, num número muito reduzido, a PEA associa-se, por exemplo, a cromossopatias, a doenças mitocondriais ou a outros síndromes genéticos. Entretanto, o que se observou foi a evolução do conceito de autismo para um sentido mais lato de espectro, sendo que os critérios de diagnóstico se tornaram mais específicos (capazes de distinguir diferentes diagnósticos dentro do espectro), bem como o esclarecimento crescente dos pais e dos médicos para esta problemática (Wing & Potter, 2002). Segundo a APA, em 2007, a prevalência das PEA era de 6,5 a 6,6 casos em cada 1000.

Ainda ao nível do diagnóstico, dados internacionais recentes (e.g., Fombonne, 2009), apontam que a prevalência para a perturbação autística (autismo de Kanner, autismo infantil ou autismo clássico) seja, hoje, de 20,6/10000 crianças. Por outro lado, as perturbações globais do desenvolvimento, sem outra especificação apresentam um rácio superior a 37,1/10000 crianças.

Quanto à síndrome de Asperger a prevalência é de 6/10000 crianças e a perturbação desintegrativa de segunda infância apresenta uma prevalência muito inferior, estimando-se em perto de 2/100000 crianças. É apresentado um rácio ainda maior quando se fala apenas em PEA, apontado para uma prevalência de 1/150 crianças ou 60-70/10000 (Fombonne, *oc*).

O ponto de partida essencial para a implementação de qualquer programa de intervenção consiste na avaliação global e funcional do desenvolvimento e do comportamento. Devemos ter em conta que a aprendizagem e o desempenho das crianças com PEA incide geralmente em quatro áreas: comunicação, resposta social, comportamentos e desenvolvimento das competências cognitivas.

Neste sentido, uma intervenção em educação, adequada a crianças com PEA é fundamental para potenciar as suas possibilidades e gerar as condições para atingir as mesmas metas que se propõem para a educação de toda a criança, de toda a pessoa: potenciar o seu equilíbrio e desenvolvimento pessoal, capacitar ao máximo as suas habilidades, e orientar o seu entendimento e adaptação à vida em sociedade. Mas, por outro lado, a complexidade das características da criança com PEA, coloca um grande desafio ao planeamento das actividades. Torna-se necessária uma avaliação individualizada e compreensiva das necessidades, dificuldades e competências específicas da cada criança.

E, dada a dificuldade de conseguir que as crianças com PEA colaborem na realização de testes, questionários e situações estandardizadas, opta-se actualmente, por “uma avaliação psicoeducacional que inclui tanto as práticas tradicionais da avaliação psicológica, como da educativa. A inovação está na combinação de uma abordagem que compara a informação obtida, a nível individual com os dados normativos.” (Marques, 2000)

Cada criança é, acima de tudo, um indivíduo com características próprias que necessita de uma observação cuidadosa para a determinação do seu nível de compreensão e das suas capacidades, mas essa observação tem de ser completada com o conhecimento das dificuldades especiais com que se depara ao procurar dar um sentido ao mundo que a rodeia; “ (...) as medidas tendentes a modificar o comportamento da criança através de castigos, de ralhos ou de tentativas de convencimento são totalmente desadequadas” (Jordan, 2000, p.28).

Por sua vez, para prevenir os problemas de comportamento, é importante que os ambientes educativos sejam estruturados, previsíveis para a criança, sem complexidades, sumamente compreensíveis para a maneira de interpretar e vivenciar o seu mundo.

A nossa recente prática com alunos com PEA, ao exercermos funções numa UEEA do distrito de Viseu, cuja abertura se deu no início do passado ano lectivo, permite-nos avaliar resultados muito positivos nomeadamente a nível da autonomia e da aquisição de várias aprendizagens nos nossos três alunos, onde vigora o modelo de ensino estruturado TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*).

Preocupados com o bem-estar emocional das crianças/alunos com PEA, propusemo-nos a desenvolver o presente estudo, confiantes de que será uma mais-valia para melhorar a nossa intervenção na UEEA, bem como ajudar outros colegas que possam eventualmente estar a sentir dificuldades semelhantes às nossas.

Por outro lado, para a criança com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) que não possui as mesmas capacidades de socialização, a escola não deve ser sinónimo de exclusão mas, ao contrário, sinónimo de encontros, trocas, interações sociais com os outros, para que as suas capacidades, à partida mais limitadas, se desenvolvam graças ao ambiente físico e sobretudo social, existente na aula. Uma criança com este tipo de perturbação, manifesta frequentemente problemas de comportamento e por isso, tem mais dificuldade em ser aceite na escola, e, mais tarde, no mundo do trabalho e na comunidade.

Muitas vezes, a criança com PEA e a sua família sofrem há muito tempo, porque nunca descobriram o que era possível fazer para diminuir este sofrimento. Acontece, por vezes, que quem rodeia a criança, ao ver-se de tal forma ultrapassado por esses problemas, não consegue falar de outra coisa, senão daquela situação e, todavia, estas pessoas têm direito, tal como cada um de nós, a uma vida enriquecedora e interessante.

A criança comporta-se assim porque “isso faz parte da sua personalidade”! (Margerotte et al, oc). Ela tem muitas dificuldades em compreender o nosso mundo e os nossos códigos sociais parecem-lhe estranhos e incompreensíveis.

Os problemas de comportamento da criança com PEA são a expressão das suas dificuldades, dos seus medos, das suas necessidades, dos seus desejos... Quando a comunicação é deficitária e a expressão das necessidades passa por problemas de comportamento, é porque os limites da pessoa foram ultrapassados.

Se queremos ajudar essa criança, é a nós que cabe a tarefa de descodificar as suas mensagens; ela própria poderá dar-nos a chave.

Contudo, sabemos que os problemas de comportamento que frequentemente as crianças/alunos com PEA apresentam, nem sempre são compreendidos pelos profissionais que com eles trabalham. Além disso, deparamo-nos com a dura realidade de que poucos professores têm conhecimento sobre o que é, na realidade, o autismo e quais os métodos de

intervenção educativos mais indicados e/ou utilizados actualmente. Também tomamos consciência que grande parte dos professores desconhece a existência das terapias complementares que podem utilizar.

Ao longo da nossa actividade profissional constatamos que, apesar de todas as modificações verificadas no ensino e a diversidade dos métodos utilizados, a falta de recursos humanos, físicos e pedagógicos continua a marcar, de forma estigmatizante, as crianças com Necessidades Educativas Especiais, grupo onde estão incluídas as crianças e jovens com PEA.

Compete-nos também a nós, professores de educação especial, investirmos na nossa formação também na área das PEA, para que possamos contribuir de uma forma mais eficaz no processo de ensino-aprendizagem das crianças/alunos com esta patologia.

Actualmente, as evidências científicas apontam diversas causas que possam estar na base deste espectro de perturbações. Algumas das investigações procuram a definição do diagnóstico através da análise dos comportamentos e dos sintomas revelados por estes indivíduos.

As novas linhas de investigação apontam para uma componente genética desta patologia uma vez que se manifesta desde a nascença e considera-se a existência de uma predisposição para o aparecimento das PEA. Por outro lado, sabe-se que o autismo não é uma deficiência mental, mas sim uma perturbação global do desenvolvimento.

Dado tratar-se de uma patologia com diversas hipóteses etiológicas, torna-se crescente o reconhecimento sobre a importância do tratamento do autismo envolver diversas abordagens terapêuticas, quer farmacológicas, quer não farmacológicas. Para nós, professores de educação especial, conhecem-se as formas e modelos de intervenção para trabalhar com as crianças/alunos com PEA, as quais se desenvolvem de acordo com as necessidades linguísticas, comportamentais, educacionais e sociais da criança e da sua família, no entanto, ainda existem muitas controvérsias sobre qual a intervenção mais apropriada.

Para obter mais informação sobre o autismo e suscitar o interesse de futuras investigações para uma melhor compreensão e integração das necessidades das crianças com PEA, dividimos o presente trabalho em duas partes.

Na primeira parte, procedemos à pesquisa bibliográfica, através de obras de vários autores, onde constam conceitos e teorias explicativas sobre as PEA. A segunda parte deste trabalho consiste na pesquisa empírica, onde constam dados referentes à metodologia e procedimentos a respeitar, à amostra de estudo, à investigação, ao instrumento de recolha de dados, às suas técnicas e à análise e discussão dos resultados obtidos.

No último capítulo deste trabalho, propomos algumas estratégias de intervenção para fazer face aos problemas de comportamento das crianças e jovens com PEA. Pretendemos, deste modo, contribuir para uma melhor inclusão das crianças/alunos, bem como ajudar todos aqueles que com eles convivem a lidar melhor com as situações!

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

PERCURSOS PARA A ESCOLA INCLUSIVA

Introdução

Portugal não tem sido alheio ao processo de mudanças ocorrido a nível internacional tendo vindo, desde o último quartel do século XX, a legislar de acordo com a filosofia da normalização, da integração e, mais recentemente, da inclusão social de modo a que a “Escola para Todos” possa ser uma realidade.

As medidas de âmbito legislativo traduzem, no plano formal, as mudanças entretanto ocorridas no domínio das concepções face à deficiência.

Perante as grandes transformações que a sociedade vem sofrendo e com as fortes implicações que estas têm na educação houve, no nosso país a necessidade de revogar o Decreto-lei 319/91 de 23 de Agosto pelo actual Decreto-lei 3/2008 de 7 de Janeiro. Este define o grupo alvo da Educação Especial, enquadrando-se nas actuais políticas defendidas por instituições a nível nacional e internacional, ao mesmo tempo que reforça a ideia de escola inclusiva.

1. Lei de Bases do Sistema Educativo

A Lei 46/86, de 14 de Outubro, Lei de Bases do Sistema Educativo, veio consignar, pela primeira vez em Portugal, alguns dos princípios fundamentais relativos à educação de alunos com necessidades educativas especiais:

- O papel primordial do Estado no seu processo educativo (expresso nos artigos 2.º, 17.º e 18.º), invertendo a situação anterior em que a responsabilidade nesta área era cometida essencialmente a organizações privadas;
- A atribuição ao Ministério da Educação da responsabilidade na educação especial, cabendo-lhe “definir as normas gerais da educação especial, nomeadamente nos seus aspectos pedagógicos e técnicos e apoiar e fiscalizar o seu cumprimento e aplicação” (ponto 7 do artigo 18.º), contrariamente à situação até aqui vigente, em que competia à Segurança Social considerável intervenção neste sector;

- A prioridade dada ao ensino destes alunos nas estruturas regulares, ou seja o *ensino integrado*, devendo garantir-se “condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades” (alínea j) do artigo 7.º);
- O reconhecimento da necessidade do recurso a escolas especiais “quando comprovadamente o exijam o tipo e o grau de deficiência do educando” (ponto 2 do artigo 18.º) e a necessidade de se reconhecer o contributo da sociedade civil neste sector educativo.

Quatro anos mais tarde, é publicada a lei da Escolaridade Obrigatória, o Decreto-Lei 35/90, de 25 de Janeiro, que constituiu um passo decisivo na garantia do direito à educação das crianças com necessidades educativas especiais. Com este diploma, todas os alunos, incluindo os portadores de qualquer grau ou tipo de deficiência, passam a estar abrangidos pela escolaridade obrigatória, “não podendo ser isentos da sua frequência, a qual se processa em estabelecimentos regulares de ensino ou em instituições específicas de educação especial, quando comprovadamente o exijam o tipo e o grau de deficiência do aluno” (artigo 2.º), dispondo de “apoios complementares que favoreçam a igualdade de oportunidades no acesso e sucesso escolares” (artigo 3.º).

2. Decreto-Lei 319/91, de 23 de Agosto

No ano seguinte, surge o Decreto-Lei 319/91, de 23 de Agosto, que veio preencher uma lacuna legislativa, há muito sentida, no âmbito da educação especial. Este decreto teve o mérito de actualizar e alargar a regulamentação existente acerca da integração de alunos com deficiência no ensino regular. A lei aplicava-se a todos os alunos com NEE que frequentavam os estabelecimentos públicos de ensino básico e secundário e norteava-se por um conjunto de princípios inovadores na nossa legislação (Correia, 1999):

- Introduziu o conceito de NEE baseado em critérios pedagógicos;
- Propôs o abandono da classificação por categorias de acordo com a deficiência da criança, baseada em decisões do foro médico, evitando que seja rotulada;
- Numa perspectiva de “Escola para Todos”, privilegiou a máxima integração do aluno com NEE na escola regular, de acordo com o

princípio de que a sua educação se deve processar no ambiente mais normal possível e responsabiliza a escola pela procura de respostas adequadas;

- Estabeleceu o regime educativo especial (REE) que consistiu na adaptação das condições em que se processa o ensino-aprendizagem dos alunos com NEE, o qual se traduzia num conjunto de medidas necessárias a um atendimento educativo conducente ao sucesso;
- Estabeleceu a individualização da intervenção educativa através do Plano Educativo Individual (PEI) e do Programa Educativo (PE);
- Reforçou o papel dos pais na educação dos seus filhos, determinando direitos e deveres que lhe são conferidos na avaliação e planeamento educativos.

Este decreto, além de finalmente introduzir o conceito de alunos com necessidades educativas especiais baseado em critérios pedagógicos e não em critérios médicos, veio também aumentar a responsabilização da escola regular pelos problemas dos alunos com deficiência (Correia, 1999).

3. Declaração de Salamanca

Em 1994 na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, em Salamanca, com representantes de 92 governos e 25 organizações internacionais, entre 7 e 10 de Junho de 1994, assina-se nova declaração de princípios de uma Educação para Todos, reconhecendo a necessidade e urgência de providenciar a educação para as crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais dentro do sistema regular de ensino, onde se prevê que:

(...) as crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais devem ter acesso às escolas regulares que a elas se devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades; as escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos... Declaração de Salamanca (1994, p.5)

Este instrumento normativo internacional, especificamente relacionado com a educação é considerado como marco fundamental na evolução dos princípios e das práticas em relação à Educação de crianças com necessidades educativas especiais e nele está consignado o conceito de Educação Inclusiva, como forma mais completa e efectiva de aplicação do conceito de escola para todos. Os países que a subscreveram, incluindo Portugal, comprometeram-se a:

- Passarem a adoptar o princípio de educação inclusiva em forma de lei ou de política, matriculando todas as crianças em escolas regulares, a menos que existam fortes razões para agir de outra forma;
- Desenvolver projectos de demonstração e encorajamento de intercâmbios entre países que possuam experiências de educação inclusiva, estabelecendo mecanismos de participações e que sejam descentralizados para planeamento, revisão e avaliação de provisão educacional para crianças e adultos com necessidades educativas especiais;
- Encorajar e facilitar a participação dos pais, comunidades e organizações de pessoas portadoras de deficiências nos processos de planeamento e tomada de decisão concernentes à provisão de serviços para necessidades educacionais especiais;
- Investir maiores esforços em estratégias de identificação e intervenção precoces, bem como nos aspectos vocacionais da educação inclusiva;
- Garantir, no contexto de uma mudança sistémica, programas de formação de professores, tanto em serviço como durante a formação, que incluam a provisão de educação especial dentro das escolas inclusivas.

Três anos mais tarde, em Portugal, foi publicado o Despacho Conjunto 105/97, de 1 de Julho, que veio trazer algumas novas perspectivas no quadro normativo da educação especial. Neste diploma, direccionado para o conhecimento das necessidades da escola, dos professores de ensino regular e da sua responsabilidade face aos alunos com NEE, é pedido ao docente com formação especializada que disponibilize informação técnica e saberes específicos, para que o professor do regular possa promover as condições

adequadas à gestão do processo ensino-aprendizagem de acordo com as possibilidades e necessidades de cada aluno (Bénard da Costa, 2003).

Com o objectivo de enquadrar as práticas dos serviços de apoio, tendo em conta as recomendações publicadas na Declaração de Salamanca, lançou orientações no sentido da criação de “condições que facilitem a diversificação das práticas pedagógicas e uma mais eficaz gestão dos recursos especializados disponíveis” (Despacho Conjunto 105/97).

4. Classificação Internacional de Funcionalidade

Passado que foi uma década, na sequência da publicação da Resolução do Conselho de Ministros nº 120/2006, de 21 de Setembro, assistiu-se a um novo enquadramento de deficiência integrado pela consolidação e operacionalização dos conceitos de funcionalidade e incapacidade protagonizados pela CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade). Trata-se de um sistema de classificação multidimensional e interactivo que não classifica a pessoa nem estabelece categorias diagnósticas, mas sim interpreta as suas características, particularmente as estruturas e funções do corpo, incluindo as funções psicológicas e a interacção “pessoa - meio ambiente – actividade e participação” (OMS, 2003).

O modelo biopsicossocial, no qual a CIF assenta, pressupõe uma abordagem sistémica, ecológica e interdisciplinar na compreensão do funcionamento humano, o que requer a implementação de dinâmicas de trabalho colaborativo entre os vários actores no processo de avaliação/intervenção. A aplicação da CIF, enquanto referência no processo educativo dos alunos com necessidades educativas especiais (NEE), foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro, o qual define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário e consigna os procedimentos para o processo de avaliação e intervenção pedagógica dos alunos com NEE, abrindo um novo quadro conceptual com reflexos na formação contínua dos professores. Neste decreto, ao circunscrever-se a “população-alvo” da modalidade de Educação Especial aos “alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais de carácter permanente, resultando em

dificuldades continuadas ao nível da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social” (Decreto-Lei nº 3/2008), torna-se necessário um modelo de avaliação que tenha em consideração as diferentes dimensões em análise e as interações e influências mútuas que entre elas se estabelecem, visando promover e suportar uma convergência de linguagens e de procedimentos entre os diferentes intervenientes no processo.

A CIF, pela sua estrutura e objectivos, veio responder a esta necessidade, apesar de estar a ser usada pela primeira vez em contexto educativo, o que implicou algumas adaptações, fazendo com que se tenha em consideração o sistema de classificação em si, bem como as especificidades de que o mesmo se reveste ao ser usado neste contexto.

Os pressupostos de base da CIF conferem ao processo de avaliação das NEE um maior rigor, objectividade e abrangência com partilha de responsabilidades face aos aspectos a avaliar e decisões a tomar, no contexto de um trabalho de equipa tendencialmente transdisciplinar, na medida em que vai possibilitar descrever a situação de cada aluno relativamente a componentes que abrangem as suas características biológicas, individuais e sociais, bem como as características globais do meio, numa perspectiva ecológica-sistémica.

5. Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de Janeiro

Por sua vez, o Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro visa responder às NEE dos alunos com “limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios da vida, resultantes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades de comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social e dando lugar à mobilização de serviços especializados para promover o potencial de funcionamento biopsicossocial.”

No âmbito deste Decreto-Lei está a criação das condições idóneas, que permitam o desenvolvimento adequado, e onde todos, sem excepção, aprendam de acordo com o programado, com o objectivo de alcançar o sucesso, tarefa essa que só pode ser entendida se toda a comunidade educativa se tornar ela mesma projectora de novas tomadas de posição inclusivas.

Nesta conjectura, um dos objectivos e, conforme consta no Preâmbulo, é a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientado para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens.

“O Decreto-Lei 3/2008, de 7 de Janeiro, tem como premissa a qualidade de ensino orientado para o sucesso de todos. Um aspecto determinante dessa qualidade é o desenvolvimento de uma escola inclusiva, consagrando princípios, valores e instrumentos fundamentais para a igualdade de oportunidades.” (Pereira, 2008, p.11)

O normativo propõe, no seu articulado, criar e desenvolver as condições necessárias para a adequação do processo educativo às NEE dos alunos com deficiências ou incapacidades e objectiva, também, a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativos, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades e, essencialmente, a preparação para o prosseguimento de estudos ou uma adequada preparação para a vida profissional.

“A educação especial tem por objectivos a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional e para uma transição da escola para o emprego das crianças e dos jovens com necessidades educativas especiais nas condições acima descritas.” (Ponto 2 do Art.º 1.º do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro).

Recordemos que, segundo Pereira (2008), um sistema de educação inclusivo deve organizar-se e desenvolver-se atendendo à diversidade de características das crianças e jovens, às suas distintas necessidades ou problemas, à diferenciação de medidas educativas, pelo que, nesta conjectura, só podemos ver a inclusão como a adopção de uma nova ética de diversidade em que se aceita cada membro tal e qual como é, sem nunca se questionar o seu valor, mas vendo-o como uma peça imprescindível do puzzle humano que é a sociedade em geral.

Neste sentido, no Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro “(...) São definidos os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básicos e secundários dos sectores público, particular, cooperativo ou solidário, visando a

criação de condições para a adequação do processo educativo destes alunos.” (Pereira, 2008, p.11)

Relevante no articulado deste decreto é, no nosso entender, o atendimento específico a alunos com PEA (art.º 25.º), que pelas suas características particulares, obrigam a abertura da escola à comunidade envolvente (a qual, tradicionalmente, não intervinha no processo educativo), procurando respostas adequadas e parcerias ajustadas. Este modelo vai ao encontro das exigências específicas dos alunos com PEA, que por si são um grupo altamente heterogéneo e com necessidades específicas de aprendizagem.

Entre as alterações mais significativas do Decreto-Lei 3/2008, sublinhamos:

- Estabelece as medidas educativas de educação especial que visam promover a aprendizagem e a participação dos alunos no âmbito da adequação do seu processo de ensino e de aprendizagem, como: apoio pedagógico personalizado, adequações curriculares individuais, adequações no processo de matrícula, adequações no processo de avaliação, currículo específico individual e tecnologias de apoio.
- Estabelece um único documento oficial denominado Programa Educativo Individual (PEI), o qual fixa e fundamenta as respostas educativas e respectivas formas de avaliação utilizadas, para cada aluno. Este documento introduz os indicadores de funcionalidade, assim como os factores ambientais que funcionam como facilitadores ou como barreiras à participação e à aprendizagem, por referência à CIF.
- Introduce ainda um Plano Individual de Transição (PIT) que deve complementar o PEI, no caso dos jovens, cujas necessidades educativas os impeçam de adquirir as aprendizagens e competências definidas no currículo.
- A possibilidade de criação de escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos e escolas para a educação de alunos cegos e com baixa visão, assim como, **unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo (PEA)** e unidades para a educação de alunos com multideficiência e surdocegueira congénita (Artigo 4.º, pontos 2 e 3).

CAPÍTULO II

PERTURBAÇÕES DO ESPECTRO DO AUTISMO (PEA)

Introdução

O termo Autismo deriva da palavra grega Autos que significa “Próprio” ou “Eu” e Ismo que indica uma “Orientação”, ou seja um estado de espírito de alguém que se encontra, invulgarmente, envolvido em si próprio. (Marques, 2000)

As primeiras descrições sobre o autismo são atribuídas a Leo Kanner, médico austríaco, em 1943 que diziam respeito a 11 crianças (oito rapazes e três raparigas) que apresentavam uma doença que diferia de maneira flagrante e excepcional de tudo o que havia sido assinalado até ao momento. Kanner encontrou nesse grupo de crianças um factor comum: nenhuma delas parecia querer relacionar-se com o mundo; pareciam viver num mundo próprio. Este grupo de crianças apresentava uma aparência física normal, porém cada criança do grupo exibia um isolamento extremo.

Tal factor levou-o a considerar haver uma perturbação inata do contacto afectivo, vincando aspectos orgânicos e ambientais. Kanner pensava que o afastamento social era característica primordial e daí a escolha do nome “autismo” (Dijkxhoorn, 2000). Ou seja, Kanner acreditava que todas as crianças com autismo possuíam níveis normais de desenvolvimento intelectual (Kanner, citado por Waterhouse, 2000) o que mais tarde se veio comprovar incorrecto.

Entretanto, o termo autismo já tinha sido introduzido na literatura psiquiátrica em 1906 por Plouller e somente em 1911, começou a ser difundido por Bleuler quando se referia ao quadro de esquizofrenia (no que respeita à limitação das relações humanas e com o mundo exterior). O autismo também surge frequentemente “associado a disfunções da fala e a deficiências motoras ou sensoriais.” (Jordan, 2000, p.11)

A evolução histórica do autismo tem também por base, a definição do próprio conceito, que passamos a abordar no ponto seguinte.

1. Delimitação do conceito

Em 1944, o pediatra austríaco, Hans Asperger, classificou a Síndrome de Asperger, um dos diagnósticos mais conhecidos dentro do Espectro do Autismo. O grupo de Asperger apresentava preferência por jogos solitários, manifestava ansiedade ou perturbações quando ocorriam mudanças inesperadas.

Hewitt (2006) refere que este grupo tinha capacidade de falar fluentemente, mas em comum, apresentavam falta de compreensão e de capacidade em relação ao uso da conversação social. Apresentavam um bom conteúdo gramatical, um vocabulário rico, uma boa articulação, porém a sua enunciação incluía conversações unilaterais, monólogos e um "(...) uso inapropriado ou incomum de palavras complicadas ou características do discurso do adulto. Alguns alunos são descritos como mostrando-se muito formais ou afectados quando falam." (Hewitt , 2006, p.9)

Curiosamente, Asperger tal como Kanner, apesar de não terem conhecimento do trabalho um do outro, referiram-se a estes comportamentos igualmente com o termo de "autistas" ou "autísticos". (Vidigal e Guapo, 2003)

O artigo de Asperger só se tornou acessível ao público em geral, no início dos anos 80, quando foi traduzido da língua alemã para a inglesa pela primeira vez e referido pela médica inglesa Lorna Wing, no seu trabalho de investigação sobre o autismo e os seus condicionalismos. (Cavaco, 2009). Foi a partir daí que um tipo de autismo de alto desempenho passou a ser denominado de Síndrome de Asperger.

As teorias de Asperger e as primeiras comunicações de Kanner apresentavam características comuns, nomeadamente, "(...) tendência para manterem interesses obsessivos ou invulgares, e uma preferência pelas rotinas." (Hewitt, 2006, p.9). Apresentavam também um contacto visual muito pobre, estereotípias verbais e comportamentais, uma procura constante de isolamento, interesses especiais referentes a objectos e comportamentos bizarros, bem como a surpresa de ambos com um ar aparentemente "normal" das crianças que observavam. (Marques, 2000)

Ambos os autores concordavam que existia uma "(...) perturbação de contacto de natureza sócio-afectiva; ambos enfatizaram aspectos particulares e dificuldades nos desenvolvimentos e adaptações sociais, e ambos prestaram uma

atenção especial aos movimentos repetitivos e a aspectos, por vezes surpreendentes, do desempenho e funcionamento intelectual ou cognitivo.” (Pereira, 1996, pp. 19, 20)

Apesar de apresentarem características comuns, segundo Marques (2000), a grande divergência destes autores baseavam-se em três grandes áreas distintas: capacidades linguísticas, capacidades motoras e de coordenação e de aprendizagem.

Segundo Laufer e Gair (cit. por Pereira, 1998), existiram mais de vinte designações para identificar a perturbação: psicose atípica, psicose borderline, psicose infantil precoce, psicose simbiótica, afasia expressiva, afasia receptiva, debilidade e trauma psico-social, entre outras.

Em 1976, Lorna Wing, referiu que os indivíduos com autismo apresentam um vasto leque de dificuldades específicas, sobretudo em três principais áreas: a área da linguagem e comunicação; a área das competências sociais e, por fim, uma terceira área que remete para a flexibilidade do pensamento ou da imaginação. Esta “Tríade de Incapacidades” também conhecida por “Tríade de Wing” vem a ser na actualidade, a base do Diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). (Siegel, 2008)

Como refere Nielsen (1999, p.38), “ actualmente, porém, sabe-se que tal isolamento não resulta de qualquer desejo ou vontade consciente e ocorre, pelo contrário, na sequência de alterações neurológicas e bioquímicas que têm lugar no cérebro”.

Tem sido vasto o conjunto de alterações que se têm produzido para uma melhor compreensão da psicopatologia subjacente à síndrome, do seu diagnóstico e do tipo de intervenções terapêuticas mais adequadas (Pereira, 1986). Segundo este autor, o autismo insere-se nas perturbações pervasivas de desenvolvimento.

Ao nível da sua classificação pelos grandes sistemas internacionais, é curioso notar que apenas a partir dos anos 70 é que alguns países começaram a manifestar interesse pelo autismo e que o termo foi introduzido na Classificação Internacional das Doenças (CID 9) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Até então, o *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* I e II (DSM I e DSM II), respectivamente em 1952 e 1968, referiam-se apenas à esquizofrenia do tipo infantil. Rutter (1978, cit. por Leonard e tal., 2010) através de uma vasta revisão da

literatura, propôs que o autismo fosse concebido como uma perturbação do desenvolvimento e diagnosticado através da “Tríade de Dificuldades” que prevalece até aos nossos dias.

Em 1981 surgiu uma nova edição da Associação de Psiquiatria Americana, o DSM-III confirmando o crescente interesse dos especialistas pelo autismo. Em 1989 o DSM-III é revisto, tendo esta classificação conseguido impor-se na literatura científica internacional em parte devido à insuficiência da classificação da OMS em vigor na altura.

Em 1994 surge o DSM – IV que se aproximou da CID e subdividiu as perturbações globais do desenvolvimento em cinco categorias: Perturbação Autística (PA), Síndrome de Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, Síndrome de Asperger e Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra Especificação ou Autismo Atípico. (American Psychiatric Association, 2002; Vidigal e Guapo, 2003).

Faremos uma descrição de cada uma das categorias no ponto seguinte.

Quer o DSM- IV (1994), quer o CID 10 (1990) incluem a PA nas Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD) ou também denominadas como Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) (Dijkxhoorn, 2000). Será esta última designação a que iremos utilizar neste nosso trabalho, por considerarmos a mais actual.

O autismo é “um problema neurológico que afecta a percepção, o pensamento e a atenção traduzido numa desordem desenvolvimental vitalícia que se manifesta nos três primeiros anos de vida.” (Correia, 1997, p.57). Já para Nielsen (1999), esta patologia constitui um problema neurológico que se caracteriza por um decréscimo da comunicação e das interações sociais. Melo (2001, p.20) cita o autismo como não sendo uma condição de “tudo ou nada”, mas “visto como um continuum que vai do grau leve ao severo”.

Frith (2003) resume o autismo como uma perturbação específica do desenvolvimento, susceptível de ser classificada nas Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento (PPD) afectando qualitativamente as interacções sociais recíprocas, a comunicação não verbal e a verbal, a actividade imaginativa e expressando-se através de um repertório restrito de actividades e interesses.

Actualmente, o termo autismo é usado para se referir a um espectro de síndromes com características em comum, Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento, de acordo com o DSM-IV de 1994, ou Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD), de acordo com o DSM-V-TR de 2002 (Siegel, 2008); ou ainda Perturbações do Espectro do Autismo. O universo autista é assim uma realidade complexa que engloba conceitos distintos, mas que se cruzam em determinados aspectos.

As várias classificações utilizadas internacionalmente são necessárias pois permitem a comunicação entre os técnicos. Por outro lado, o aparecimento constante de novos sistemas de classificação evidencia a extrema complexidade dos diferentes quadros clínicos incluídos no espectro autista.

Em síntese, desde que Kanner expôs a PA, que sempre se falou em pessoas autistas pressupondo que o mesmo diagnóstico indicava o mesmo quadro clínico, porém, quer as observações de diagnóstico, quer a experiência, indicam-nos que tal como cada pessoa é uma pessoa, no caso do autismo cada pessoa com autismo é uma pessoa com autismo, isto é, as mesmas características não descrevem todas as pessoas com PEA da mesma maneira. (Correia, 2006)

A tendência actual da comunidade científica é a de utilizar o termo “Espectro do Autismo” introduzido por Wing. Desta forma quando utilizamos o termo autista falamos da PA de Kanner mais profunda, quando falamos de PEA falamos de pessoas com combinações diferentes das características do autismo, vendo-o como um contínuo ou um espectro.

As PEA consistem numa perturbação severa do neurodesenvolvimento e manifestam-se através de dificuldades muito específicas da comunicação e da interacção, associadas a dificuldades em utilizar a imaginação, em aceitar alterações de rotinas e à exibição de comportamentos estereotipados e restritos. Estas perturbações implicam um défice na flexibilidade de pensamento e uma especificidade no modo de aprender que comprometem, em particular, o contacto e a comunicação do indivíduo com o meio (Siegel, 2008).

2. Etiologia

Determinar a etiologia de uma patologia nem sempre é fácil, sendo um processo complexo que envolve diferentes teorias. Em relação ao Autismo, quanto à temática da etiologia, existe um cruzamento de diferentes teorias, nomeadamente as teorias comportamentais que “(...) tentam explicar os sintomas característicos desta perturbação com base nos mecanismos psicológicos e cognitivos subjacentes.” (Marques, 2000, p.50) e, por outro lado, as teorias neuropsicológicas e fisiológicas que “(...) tentam fornecer informação acerca de uma possível base neurológica”. (Marques, 2000, p.50)

A diversidade de teorias que procuram explicar o quadro clínico do Autismo são imensas, pelo que iremos apresentar as hipóteses que proporcionaram um maior avanço nesta temática.

2.1 Teorias psicogenéticas

Kanner (1943) começou por defender que o Autismo era determinado por uma componente genética e considerando que “Devemos assumir que estas crianças nascem com uma incapacidade inata para proceder da forma biologicamente correcta ao contacto físico com os outros, tal como outras crianças nascem com outro tipo de incapacidades físicas ou mentais”. (cit por Marques, 2000, p.54)

Mais tarde, Kanner deixa de lado a deficiência inata e é influenciado por teorias psicanalíticas, passando a defender que as perturbações destas crianças se deviam às características dos pais. Para ele, os pais das crianças autistas eram pessoas frias, severas, inteligentes, rígidos e perfeccionistas, com uma inclinação mecânica e pessoal perante a vida, relegando as manifestações de carinho e afecto para segundo plano. (cit. Por Gonzalez, 1992, p.31)

No que se refere aos pais, para estes era muito difícil carregar com esta culpa e responsabilidade pela doença do filho, responsabilizando essencialmente a mãe por não ter investido afectivamente no seu filho desde a mais tenra idade tendo negligenciado a relação.

Enquanto teve esta opinião, Kanner acrescentava que as competências linguísticas e cognitivas eram normais, as dificuldades manifestadas nesta área deviam-se apenas ao isolamento social, mencionava ainda o desenvolvimento

motor normal e uma boa motricidade fina. Por isso, argumentava que, tendo em conta todos estes factores, o autismo não tinha por base uma perturbação de carácter biológico, constatando que a origem estaria em factores que rodeavam a criança. (Marques, 2000)

Durante algum tempo, prevaleceu a ideia de que a causa principal era um ambiente desfavorável pondo de lado uma incapacidade inata.

Hoje, esta teoria baseada numa perspectiva psicanalítica foi posta de parte. Sabe-se, também, que deixou muitos pais arrasados, pois passaram a viver com a culpa de serem os causadores de uma perturbação tão grave.

O próprio Kanner abandonou esta teoria, recuperando a base genética explicativa da perturbação autista e acabou por defender a existência de um défice inato, impeditivo de uma relação adequada com o meio ambiente.

Apesar de vários estudos iniciais sobre o autismo se concentrarem nas dificuldades de interacção social, a partir dos anos 60 desenvolveram-se investigações que se centram nos défices cognitivos. Por isso, ao longo dos últimos anos, os estudos têm tentado uma explicação etiológica que abranja todos os défices inerentes a esta perturbação.

2.2 Teorias biológicas

Algumas investigações relativas às PEA defendem que existe uma origem neurológica de base. Pensa-se que o Autismo resulta de uma perturbação em algumas áreas do Sistema Nervoso Central (SNC) que acabam por afectar o desenvolvimento cognitivo e intelectual, a linguagem e a capacidade em se estabelecer relações.

Entre as teorias biológicas destacam-se:

2.2.1 Estudos Genéticos: Genes, Cromossomas e Autismo

Os estudos genéticos com os avanços científicos na área da genética, com os progressos efectuados no estudo da cadeia do ADN, a descodificação do genoma humano, que é a constituição genética do indivíduo. O autismo aparece por vezes associado a doenças cuja variabilidade cromossómica está presente. É o caso do Síndrome de Down, Síndrome de X- Frágil, entre outros.

2.2.2 Estudos Neurológicos

Com os avanços da neurologia, em 1996, Trevarthen e Aitken, referiram que os neurologistas conseguiram identificar um conjunto de perturbações nas crianças autistas que podem ser atribuídas a malformações no neocórtex, gânglios basais e outras estruturas (Marques, 2000).

Trevarthen (1996, in Marques, 2000) considera que todas as conclusões dos estudos baseados nos danos cerebrais nos autistas suportam a ideia que esta perturbação seria provocada por um desenvolvimento cerebral anormal, que se inicia desde o nascimento, manifestando os seus efeitos a nível do comportamento ao longo da infância, sobretudo quando a criança vai iniciar o desenvolvimento da linguagem.

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

2.2.3 Estudos Neuroquímicos

Nos estudos neuroquímicos as investigações bioquímicas sobre o autismo baseiam-se no papel dos neurotransmissores quanto ao seu excesso ou défice, ao nível da serotonina que é um neurotransmissor, sendo uma substância necessária para o funcionamento normal do cérebro (Marques, 2000). No entanto, “(...) até ao momento, os estudos neuroquímicos têm-se mostrado inconclusivos, contudo a investigação continua, para procurar um outro nível de explicações para a perturbação do espectro do autismo” (Marques, 2000, p.66).

2.2.4 Estudos Imunológicos

Nos estudos imunológicos, tentou-se procurar a relação do autismo com as infecções virais intra-uterinas. A rubéola gravídica (em 5 a 10% dos casos de autismo) tem sido considerada um factor patogénico assim como a infecção pós-natal por herpes são quadros típicos do autismo (Pereira, 2006). Refere-se ainda a infecção congénita com citomegalovirus como estando relacionada com o autismo. Fitzpatrick (2007, cit. por Leonard et al. 2010, p.549) acrescenta ainda “(...) o sarampo e a papeira durante a primeira infância”.

2.2.5 Factores pré, peri e pós-natais

Em relação aos factores pré, peri e pós-natais, dos estudos realizados, existem agentes desfavoráveis que poderão estar associados à PEA, apesar da inexistência de uma patologia definida, sendo eles: hemorragias após o primeiro trimestre de gravidez, uso de medicação, alterações do líquido amniótico e gravidez tardia (Pereira, 2006). Outra razão está relacionada com traumatismos cranianos, provocados no momento de extracção do bebé do ventre materno, nomeadamente pela utilização de meios obstétricos auxiliares, como o “fórceps” actuando sobre as zonas temporais do crânio e obviamente do cérebro que ele encerra.

2.3 Teorias psicológicas

Reconhece-se que o Espectro do Autismo é definido quanto aos termos comportamentais, porém, nas últimas décadas, tem-se assistido a uma valorização das características cognitivas. Em 1970, Hermelin e O’Conner tentaram identificar o défice cognitivo básico do autismo nas suas investigações e consideraram que os autistas armazenavam as informações verbais de forma neutra, sem as analisar, atribuir significado ou reestruturar, contrariamente ao que seria feito por indivíduos normais.

Surge assim uma das principais características do Espectro do Autismo que consiste na incapacidade de avaliar a ordem, a estrutura e a reutilização da informação. Assim, os autistas não conseguem acatar regras ou estruturar experiências, da qual se denota a dificuldade em realizar tarefas orientadas por leis complexas como a linguagem e as interações sociais. (Marques, 2000)

O’Connor (1984) e Leboyer (1987) mencionam que as crianças autistas, segundo a perspectiva piagetiana de desenvolvimento, não possuem uma representação mental interior, o que as impossibilita de reconhecer determinado dado, se este não for representado de forma igual ao que acontecera da primeira vez que este foi percebido. Ou seja, existe dificuldade na generalização o que dificulta a aprendizagem nestas crianças. (Marques, 2000)

Em meados dos anos 80, Uta Frith, Alan Leslie e Baron Cohen surgem com a “Teoria da Mente” que defende que “(...) os autistas apresentam uma falha ou atraso no desenvolvimento da competência de comungar com o pensamento dos

outros indivíduos.” (cit por Pereira, 2006, p. 29) Ou seja, os autistas têm dificuldade em reconhecer a mente dos outros indivíduos, originando a suposição da incapacidade que estes apresentam em relação à sua auto-consciência.

Esta teoria considera que a principal dificuldade da criança autista é a incapacidade que possui para compreender estados mentais de outras pessoas, não conseguindo enfatizar, denotando, porém, uma incapacidade para atribuir estados mentais a outras pessoas e não conseguindo prever o comportamento das mesmas perante diferentes indícios.

A falta de conhecimento dos estados mentais dos outros, típica dos autistas, faz com que estes tenham dificuldade em prever comportamentos, tornando-se as outras pessoas para eles assustadoras e perigosas, o que pode explicar de alguma maneira o comportamento isolado dos autistas. Isso pode provocar, de certa maneira, todas as características presentes nos autistas, como por exemplo a falta de consciência e motivação em agradar, comunicar, dificuldade na interação com os pares, entre outras. (Jordan, 2000)

Apesar do progresso na compreensão da etiologia do Autismo, ainda não foi possível a identificação precisa dos factores etiológicos presentes em todos os casos de Autismo (Marques, 2000). Assim, vários autores continuam a reconhecer a persistência de um “enigma”, em que a criança autista está fechada numa incapacidade em comunicar, que explica, pelo menos, em parte, as diferenças ideológicas existentes à volta do diagnóstico (Vidigal & Guapo, 2003).

Há a expectativa de que os próximos anos permitam grandes avanços na compreensão dos vários níveis de factores causais ou associados às PEA (Marques, 2000).

3. Categorização das PEA

Como já referimos anteriormente, as PEA encontram-se subdivididas em cinco categorias, que passamos agora a descrever:

3.1 Perturbação Autística (de Kanner ou Autismo Clássico)

As características essenciais da Perturbação Autística (PA) são a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário da interação e

comunicação social e um repertório acentuadamente restritivo de actividades e interesses (DSM-IV-TR, 2002).

3.2 Síndrome de Asperger

A Síndrome de Asperger (SA) aparece entre os quatro e os seis anos de idade. Segundo Hewitt (2006) as principais características são: déficits na linguagem comunicativa; tendência para interpretações literais; discurso fluente, muitas vezes com palavras complicadas; discurso monótono e formal; má coordenação motora; falta de brincadeiras imaginativas ou simbólicas adequadas à idade; monólogos prolongados; consciência de ser diferente; tendência para uma baixa auto-estima; coeficiente intelectual médio ou acima da média; aparência de excentricidade; manifestações frequentes de comportamento social estranho ou inapropriado; tendência para a depressão e em situações extremas para o suicídio. Pereira (2006) refere que a grande diferença entre a PA e a SA está na gravidade dos sintomas.

Em ambos os casos as crianças apresentam défices na interacção social recíproca, na capacidade comunicativa e comportamentos pouco comuns.

Segundo Siegel (2008), a SA difere da PA num certo número de aspectos-chave. Em primeiro lugar as crianças com SA podem não ser detectadas tão precocemente, porque podem não apresentar atrasos de linguagem, ou podem revelar unicamente atrasos ligeiros. “Ao contrário do autismo, em que a grande maioria das crianças apresenta também um certo grau de deficiência mental, nas crianças (e nos adultos) com SA raramente se verifica deficiência mental, apesar de (muitos) registarem um baixo funcionamento intelectual.” (Siegel, 2008, p.36)

3.3 Síndrome de Rett

De acordo com Siegel (2008), a Síndrome de Rett é uma condição genética descoberta por Andreas Rett, um médico austríaco, há mais de quarenta anos. Segundo Marques (2000), acredita-se na possibilidade de uma causa genética pelo facto de afectar apenas o sexo feminino.

“A Síndrome de Rett é uma perturbação extremamente rara que pode chegar a afectar apenas uma em 100.000 crianças (...) As raparigas com

síndrome de Rett tendem a iniciar a vida de forma normal, passando depois, ao longo do tempo, a perder aptidões previamente adquiridas. (Siegel, 2008, p.37)

Esta perda de aptidões começa geralmente no segundo ano de vida. Como principais características destacam-se: crescimento lento da cabeça, aliado a uma perda de funções ou regressão da linguagem comunicativa, social interactiva e cognição global; deixa de brincar; perda do uso intencional das mãos; movimentos manuais atípicos como bater palmas, entrelaçar dedos, torcer mãos, meter mão na boca; marcha com base alargada; perda progressiva de comunicação; baixa estatura. (Hewitt, 2006)

3.4 Perturbação Desintegrativa da 2.^a Infância

A Perturbação Desintegrativa da 2.^a Infância é outra das PEA e destaca-se pelo desenvolvimento normal no início da vida, mas que desenrola a partir dos cinco anos de idade uma desintegração inexplicável, desencadeando um atraso no desenvolvimento.

Estas crianças perdem as capacidades sociais e comunicativas já adquiridas e os seus comportamentos tornam-se similares aos comportamentos autistas, com tendência a piorar ao longo dos anos. Em termos de tratamento, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância é actualmente tratada da mesma forma que a PA. (Siegel, 2008)

3.5 Perturbação Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação (Autismo Atípico)

Segundo Marques (2000), o diagnóstico da Perturbação Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação é referido pelo DSM-IV como uma categoria a usar, quando apesar do compromisso nas áreas centrais, o número de critérios encontrados não é o suficiente para ser incluído nas Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento. Isto é, pode incluir a categoria de autismo atípico, que não se enquadra no autismo por faltarem critérios, como o início tardio ou sintomas atípicos.

4. Diagnóstico

Um factor essencial a considerar durante os procedimentos de diagnóstico “ diz respeito a quão precocemente uma criança é vista por um profissional, para que lhe seja feito um diagnóstico, uma vez que tal terá um impacto directo sobre o momento em que terá lugar o tratamento e sobre o tipo de tratamento considerado como sendo o mais adequado”. (Siegel, 2008, p.143)

O diagnóstico da PEA é feito através da avaliação do quadro clínico. Não existem testes laboratoriais específicos para a detecção desta perturbação. Normalmente o médico solicita exames para investigar condições (possíveis de doença) que têm causas identificáveis e podem apresentar um quadro de PEA, como a síndrome de x frágil, fenilcetonúria, ou esclerose tuberosa. É importante notar, contudo, que nenhuma das condições apresenta os sintomas da PEA em todas as suas ocorrências (Atienza, 2001).

Embora, às vezes, surjam indícios bastante fortes de PEA por volta dos 18 meses, raramente o diagnóstico é conclusivo antes dos 24 meses e a idade média mais frequente é superior aos 30 meses (Mello, 2005).

Para melhor instrumentalizar e uniformizar o diagnóstico, foram criadas escalas, critérios e questionários. Existem vários sistemas diagnósticos utilizados para a classificação da PEA. Os mais comuns são a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, ou CID-10 e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Academia Americana de Psiquiatria, ou DSM-IV.

No Reino Unido, também é bastante utilizado o CHAT (Checklist for Autism in Toddlers), que é uma escala de investigação de PEA aos 18 meses de idade; é um conjunto de nove perguntas a serem propostas aos pais com respostas tipo sim/não (Mello, 2005).

4.1 Critérios de diagnóstico

Para que uma criança seja diagnosticada com PA, é necessário que manifeste 6 de 12 sintomas com, pelo menos dois, na área da interacção social e um de cada uma das categorias da comunicação e dos comportamentos/interesses antes dos três anos de idade.

O diagnóstico de PA deve excluir a hipótese de se enquadrar numa Síndrome de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância (DSM-IV-TR, 2002).

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-IV (APA, 2000)

- A. Um total de seis ou mais itens de (1), (2) e (3), com pelo menos dois de (1), e um de (2) e de (3).
1. Défice qualitativo na interacção social, manifestado pelo menos por duas das seguintes características:
 - a. Acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interacção social;
 - b. Incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento;
 - c. Ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objectivos (por exemplo, não mostrar, trazer ou indicar objectos de interesse);
 - d. Falta de reciprocidade social ou emocional.
 2. Défices qualitativos na comunicação, manifestados pelo menos por uma das seguintes características:
 - a. Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhada de tentativas para compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);
 - b. Nos sujeitos com um discurso adequado, uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com os outros;
 - c. Uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;
 - d. Ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento.
 3. Padrões de comportamento, interesses e actividades restritas, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por uma das seguintes características:
 - a. Preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no seu objectivo;
 - b. Adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais;
 - c. Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou rodar as mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo);
 - d. Preocupação persistente por parte de objectos;
- B. Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: (1) interacção social, (2) linguagem usada na comunicação social, ou (3) jogo imaginativo ou simbólico.
- C. A Perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – CID-10, da OMS, classifica o autismo como um transtorno global do desenvolvimento caracterizado por:

- a) Um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes dos três anos de idade;
- b) Presença de uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interacção social, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo.

O transtorno pode ser acompanhado por outras manifestações, como por exemplo, fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade.

5. Prevalência

Verifica-se que a taxa de prevalência das PEA tem vindo a aumentar, devido a uma maior sensibilidade do diagnóstico desta patologia e do desenvolvimento de instrumentos de avaliação mais precisos. Cerca de 21 em cada 10.000 indivíduos apresentam “Perturbações do Espectro do Autismo” (Marques, 2000).

Por seu turno, o DSM – IV- TR (APA, 2000) estima que a taxa média da Perturbação Autística, em estudos epidemiológicos, é de cinco casos em dez mil indivíduos, tendo sido relatadas taxas que variam entre dois e vinte casos por dez mil indivíduos. Relativamente à Síndrome de Asperger, não são efectuadas quaisquer estimativas neste manual, por se considerar que não existem dados definitivos.

Raramente afecta mais do que uma criança em cada família e, segundo Siegel“ o autismo é a perturbação global do desenvolvimento que afecta quatro a cinco vezes mais rapazes do que raparigas”. (2008, p.25)

Segundo Reuter (1987, citado por Garcia & Rodrigues, 1997) o autismo está associado em quase 75% das causas à deficiência mental e em 50% dessas causas é severa, tendo quocientes intelectuais normais apenas um a cinco por cento. As raparigas, com mais frequência do que os rapazes, costumam apresentar nível de inteligência mais baixos.

Actualmente, alguns autores consideram que os sintomas destas patologias podem melhorar. No entanto, a grande maioria das crianças diagnosticadas com PEA vão manter este diagnóstico quando crescerem. O número de critérios, bem como a severidade dos sintomas pode variar com a maturidade, especialmente se a criança for alvo de uma intervenção educacional adequada às suas limitações, mas os défices centrais tendem a manter-se (Marques, 2000).

6. Áreas deficitárias das pessoas com PEA

Todos os casos que estão incluídos nas PEA apresentam dificuldades nas seguintes áreas (Frith, 1989, 1999; Rivière, 2001 e Autismo Europa, 2002, cit. por Gomez e Virginia Coord., 2009):

6.1. Alteração do desenvolvimento da interacção social recíproca

As manifestações englobam diferentes graus de isolamento social, passividade na interacção social e fraco interesse pelos outros. Pode acontecer que alguns indivíduos com PEA tomem a iniciativa para se relacionar, mas não usam as formas convencionais, acabando muitas vezes por intimidar o outro.

A interacção é, por vezes, unilateral, não têm em conta o que os outros esperam delas, ou as suas reacções. A sua capacidade de empatia é muito limitada, o que não implica que não demonstrem afectos, somente o fazem de uma forma diferente e particular.

6.2 Alteração da comunicação verbal e não verbal

As manifestações vão desde a ausência total de linguagem até uma fluidez que não é funcional. Apresentam graves dificuldades para iniciar e manter uma interacção comunicativa. Frequentemente, as reacções emocionais não se ajustam aos requerimentos verbais e não-verbais dos outros; manifestam dificuldades em compreender expressões faciais e adequar a postura ou gestos à situação. O desenvolvimento da linguagem, em alguns casos, parece ter-se interrompido ou até mesmo retrocedido; em outros casos, pode associar-se a perturbações do desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva.

6.3 Repertório restrito de interesses e comportamentos

Encontra-se também afectada a capacidade imaginativa, o que condiciona e limita a sua capacidade para entender as emoções e as intenções dos outros. Ainda que algumas pessoas com PEA possam manifestar uma capacidade imaginativa excessiva, na maioria dos casos não é funcional, uma vez que não a ajuda na sua adaptação.

De uma forma geral, têm imensas dificuldades em antecipar o que pode acontecer, bem como em encarar os acontecimentos passados. O comportamento orienta-se por obsessões e rotinas e os movimentos repetitivos e estereotipados são muito frequentes.

Habitualmente, também se manifesta uma grande resistência à mudança, registando-se reacções desproporcionadas perante mudanças insignificantes à sua volta. É também muito frequente, uma sensibilidade desproporcionada perante estímulos sensoriais.

De acordo com Belinchón (2001, cit. por Gomez e Virginia Coord., 2009) existem outros traços que comumente estão associados à PEA, tais como:

- Problemas de comportamento e emocionais, como são o caso de estados de agitação e ansiedade e comportamentos de auto e heteroagressividade. Já numa fase adulta aumenta o risco de sofrer de perturbações mentais associadas, como é o caso de depressão, perturbações de ansiedade ou perturbações bipolares, principalmente em pessoas com níveis cognitivos mais altos.
- Epilepsia, e destaque-se que em cada uma de quatro pessoas com PEA se manifesta a partir da adolescência.
- As perturbações do sono e da alimentação (problemas de deglutição) são também muito frequentes.

A ASA (*Autismo Society of America*) define um repertório de comportamentos do autismo (ver figura em anexo a este trabalho).

Introdução

A avaliação decorre em dois momentos distintos: “Um primeiro tempo, será aquele no qual se tenta delimitar um diagnóstico preciso da perturbação que se nos depara (...) O segundo tempo será aquele em que se avalia para intervir eficazmente.” (Marques, 1998, p.35)

A complexidade das características da criança com PEA coloca um grande desafio ao planeamento das actividades. Torna-se necessária uma avaliação individualizada e compreensiva das necessidades, dificuldades e competências específicas de cada criança, com vista a um melhor planeamento de actividades e aprendizagens (Marques, 2000).

A criança com PEA manifesta um atraso em muitas áreas do desenvolvimento, razão pela qual a sua avaliação impõe a necessidade da intervenção de profissionais de diferentes áreas, nomeadamente, comunicação, desenvolvimento global, comportamento, entre outros, já que é consensual que toda e qualquer perturbação do desenvolvimento beneficia com a intervenção e avaliação clínica se esta for conduzida por uma equipa de carácter interdisciplinar e possuidora de experiencia.

A intervenção educativa deve ser encarada como prioritária. Uma série de avaliações práticas evidenciaram que as crianças não conseguem estruturar o mundo de uma forma adequada, daí ser necessário transmitir-lhes essa estruturação por pequenas etapas, num quadro de um programa educativo compensatório. As diversas terapias complementares que se devem desenvolver devem ter em conta que o importante “(...) é estimular a criança, dar-lhe actividades, tanto físicas como mentais”. (Prazeres, 2009, p.3)

Neste capítulo iremos abordar os meios de avaliação e intervenção, mais utilizados junto da criança com PEA.

1. Avaliação Psicoeducacional

A prática da avaliação psicoeducacional pode favorecer a detecção precoce e a identificação das áreas educativas em que se verificam mais dificuldades, permitindo também confirmar discrepância entre o funcionamento corrente e o desempenho esperado, o que pode permitir o diagnóstico dos défices particulares que não são facilmente visíveis (Jordan&Powell, 1995).

1.1. PEP-R (Psycho Education Profile Revised), de Schopler

De entre os testes mais comuns salienta-se o PEP – R (Perfil Psicoeducacional Revisado). Trata-se de um teste de desenvolvimento criado especificamente para a população autista (Schopler e tal. 1980). Compõe-se de uma primeira versão (PEP) que foi revista de forma a permitir a extensão a idades inferiores; um aprofundamento do exame da linguagem e um aperfeiçoamento dos critérios de avaliação das perturbações do comportamento. A aplicação é flexível e adaptável em função das dificuldades específicas.

A maioria dos itens é independente da linguagem; a aplicação flexível torna possível o ajustamento aos problemas de comportamento das crianças; não existe limite de tempo; o material é concreto e pode ser interessante até para crianças com deficiência severa; a extensão das provas é grande pelo que se podem obter sucessos mesmo com crianças muito pequenas ou com graves deficiências (Rogé, 1998).

O PEP-R é utilizado entre os 6 meses e os 7 anos de idade. Pode ainda ser utilizado em crianças com 7 a 12 anos idade se estas apresentarem algum atraso.

1.2. AAPEP (Adolescents and Adults Psycho-Education Profile)

Utiliza-se depois dos 12 anos de idade e avalia as aptidões funcionais nos domínios da imitação, percepção, motricidade fina, motricidade global, integração mão-olhar, desempenho cognitivo e linguagem. Inclui ainda uma escala específica para avaliar os comportamentos patológicos a partir da observação (Schopler, 1980, 1988).

Os resultados apresentam-se sob a forma de nível de desenvolvimento e de perfil, permitindo contemplar os pontos fortes e os pontos fracos de cada criança, ponto de partida para a elaboração do seu programa individualizado.

1.3. Vineland Adaptative Behavior Scale

A escala de comportamentos adaptativos de Vineland foi concebida a partir da escala de maturidade social de Vineland. Esta escala permite avaliar a adaptação pessoal e social da criança desde o nascimento até à idade adulta. A aplicação dirige-se a crianças com ou sem deficiência, através de uma entrevista a alguém próximo da criança, não sendo assim necessária a colocação desta em situação de teste. A adaptação é avaliada em quatro domínios: comunicação, vida quotidiana, socialização e motricidade. A escala permite avaliar também os comportamentos inadaptados. A cotação é feita em função da presença e da frequência de uma competência. As informações recolhidas são importantíssimas para a planificação das actividades com vista às aprendizagens.

2. Modelos de Intervenção

Ao longo das últimas décadas têm sido muitas as abordagens propostas para intervir junto das crianças com PEA e suas famílias. Existem muitas abordagens especificamente delineadas para as PEA, dependendo do autor, escola ou grupo de cada um. O diagnóstico e a avaliação realizada à criança vai ser o ponto de partida para a intervenção e esta, por sua vez, assume um importantíssimo papel no processo de desenvolvimento do indivíduo com PEA bem como no seu prognóstico.

De acordo com Zachor, (2007), as principais filosofias de intervenção, utilizadas em programas de educação especial para crianças com autismo, incluem a abordagem do desenvolvimento, *Developmental Individual Difference Relationship* (DIR), o *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* (TEACCH) e *Applied Behavioral Analysis* (ABA). Houghton (2008) refere também a importância do modelo “*Son Rise*”.

Passamos de seguida a apresentar sucintamente cada um destes tipos de intervenção, os quais têm assumido grande destaque na actualidade.

Abordaremos ainda o Sistema de Comunicação por Troca de Figuras (PECS), muito utilizado na actualidade como meio de comunicação aumentativa/alternativa.

2.1. Developmental Individual Difference Relationship (DIR)

De acordo com Caldeira et. al (2003), o modelo DIR (baseado nas Diferenças Individuais e na Relação) é um modelo de intervenção que tem vindo a ser desenvolvido com óptimos resultados pelo *Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorder* (ICDL, 2000), nos Estados Unidos da América. Trata-se de um modelo de intervenção intensiva e global, que associa a abordagem Floor-time com o envolvimento e participação familiar, com diferentes especialidades terapêuticas (ex: integração sensorial e terapia da fala) e a articulação e integração nas estruturas educacionais.

. Abordagem Floor-time

A abordagem Floor-time é um método de intervenção educativa não dirigida, que tem como objectivo envolver a criança numa relação afectiva. De acordo com Greenspan, 1992 b; Greenspan & Wieder (1998), cit. por Caldeira (2003), os princípios básicos da abordagem Floor-time são os seguintes:

- Seguir a actividade da criança;
- Entrar na sua actividade, apoiando as suas intenções, tendo sempre em consideração as diferenças individuais e os estádios do desenvolvimento emocional da criança;
- Levar a criança a interagir connosco, através da nossa própria expressão afectiva;
- Utilizar estratégias como o “jogo obstrutivo”, de forma a abrir e fechar ciclos de comunicação (comunicação recíproca);
- Através do jogo aumentar uma série de experiências interactivas;
- Aumentar a gama de competências motoras e de processamento sensorial;
- Adaptar as intervenções às diferenças individuais de processamento auditivo e visuo-espacial, ao planeamento motor e à modulação sensorial;

- Tentar mobilizar simultaneamente os seis níveis funcionais de desenvolvimento emocional: atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico emocional.

2.2 Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH)

Segundo Williams, C. & Wright, B., (2008) o modelo TEACCH foi desenvolvido na década de 70 por Eric Schopler e seus colaboradores no Departamento de Psiquiatria da Escola de Medicina da Carolina do Norte, nos Estados Unidos da América. Foi concebido para ser desenvolvido com crianças com PEA e as suas famílias.

O ensino estruturado consiste num dos aspectos pedagógicos mais importantes do modelo TEACCH.

“A Filosofia deste modelo tem como objectivo principal ajudar a criança com PEA a crescer e a melhorar os seus desempenhos e capacidades adaptativas de modo a atingir o máximo de autonomia ao longo da vida.” (Pereira et al, 2008, p.17)

Segundo esta autora, o ensino estruturado que é aplicado pelo modelo TEACCH, tem vindo a ser utilizado em Portugal, desde 1996, como resposta educativa aos alunos com PEA em escolas de ensino regular, nas quais são criadas as UEEA (mais comumente designadas de Salas TEACCH).

“Um dos objectivos centrais da intervenção pedagógica nas UEEA é o desenvolvimento de competências de autonomia e melhoria dos comportamentos da criança com PEA, em casa, na escola e na comunidade, favorecendo a sua inclusão no maior número de actividades junto dos colegas da turma a que cada um pertence, prevenindo, assim, a sua institucionalização.” (Carvalho e Onofre, s.d. p.5)

Numa perspectiva educacional, o modelo TEACCH centra-se no ensino de capacidades de comunicação, organização e prazer na partilha social. Centra-se nas áreas fortes mais frequentes nas pessoas com PEA: processamento visual, memorização de rotinas funcionais e interesses especiais e pode ser adaptado a necessidades individuais e a níveis de funcionamento distintos.

Trata-se de um modelo flexível que se pode adaptar à maneira de pensar e de agir das crianças e jovens com PEA, permitindo ao professor encontrar as estratégias mais adequadas para responder às necessidades de cada um.

De acordo com Mello (2005), o método TEACCH utiliza a avaliação PEP-R para avaliar a criança, tendo em conta os seus pontos fortes e fracos, tornando possível um programa individualizado. Baseia-se na organização do ambiente físico através de rotinas e sistemas de trabalho, adaptando assim o ambiente de forma a torná-lo mais fácil de compreender e mais previsível para a criança. Pretende-se também com a organização do espaço e das tarefas, desenvolver a autonomia da criança, podendo ocupar grande parte do seu tempo em tarefas sem que necessite para tal, da ajuda do professor.

Segundo Marques (2000), o modelo TEACCH assenta em sete princípios fundamentais:

- Adaptação do meio às limitações do indivíduo;
- Elaboração de um programa de intervenção personalizado;
- Estruturação do ensino, nomeadamente das actividades, dos espaços e das tarefas;
- Aposta nas competências emergentes sinalizadas na avaliação;
- Abordagem de natureza cognitivo-comportamental;
- Treino dos profissionais para melhor trabalharem com a criança e com a família;
- Colaboração parental.

O aspecto principal do modelo TEACCH no meio escolar consiste em estruturar a sala de aula, bem como as actividades, de modo a mostrar à criança o que se pretende dela. Apresentamos de seguida, as quatro componentes principais deste tipo de ensino estruturado:

1- Estruturação física, dividida em seis áreas de aprendizagem:

- a) **Área de Aprender** – consiste numa “área de ensino individualizado; privilegia o desenvolvimento de novas aprendizagens; desenvolve a atenção e concentração; facilita a interacção e a focalização do olhar; de frente para o adulto e de costas para factores de distracção.”
- b) **Área de Trabalhar** – é uma área de gabinete onde é realizado o trabalho individual e autónomo. O gabinete permite a “redução de

estímulos distractores; focalizar a atenção nos aspectos importantes da tarefa”. Existe ainda nesta área, um plano individualizado de trabalho que orienta a criança nas actividades que ela tem de realizar e a sequência das mesmas e, as tarefas estão organizadas em caixas individuais.

- c) **Área de brincar** – trata-se de uma área de lazer, onde a criança/jovem poderá brincar ou aprender a brincar. Esta área “Promove a escolha de brincadeiras e o desenvolvimento de brincadeiras com pares; Possibilita a imitação de actividades da vida diária” e tem brinquedos, almofadas, espelhos e música.
- d) **Área do computador** – é um espaço onde se trabalha no computador, facilitando a atenção e a concentração. Pretende-se com esta área consolidar as aprendizagens e minimizar as dificuldades na escrita que por vezes as crianças com PEA apresentam.
- e) **Área do trabalho de grupo** – consiste numa zona de interacção social que tem como objectivo estimular a partilha e o trabalho em pares e fomentar a diversificação de actividades.
- f) **Área de reunião** – Consiste numa “Zona para a exploração de objectos, imagens, sons e gestos; desenvolvimento de competências ao nível das noções espaço-temporais, autonomia, compreensão de ordens verbais.”

Além destas áreas existe uma outra designada de Área de Transição, que é um local onde estão afixados os horários individuais de cada aluno, ou seja, “o aluno dirige-se a esta zona da sala sempre que termine uma actividade ou que necessite de consultar o seu horário individual.”

2- Informação visual - na sala encontra-se nas áreas de trabalho, na identificação dos alunos e nos horários. Os horários visuais “Minimizam os problemas de memória e atenção; Reduzem problemas relacionados com a noção de tempo e organização; Compensam as dificuldades ao nível da linguagem receptiva; Motivam o aluno a realizar as actividades; Mostram as actividades a realizar e em que sequência; Previnem a desorganização interior e as crises de angústia; Possibilitam a independência e a autonomia.”

3- Plano de Trabalho - apresenta as tarefas a realizar na Área de Trabalho; permite ao aluno compreender o que se espera dele e que organize o seu trabalho. Este plano é composto por imagens ou símbolos, palavras ou objectos reais.

4- Integração - os alunos estão matriculadas nas turmas das escolas de ensino regular, sendo esta matrícula estabelecida em conformidade com o Programa Educativo Individual (PEI) de cada aluno. (<http://educaçãoespecial.madeira-edu.pt/Programa Teacch>)

No nosso país, foram e continuam a ser criadas UEEA, nas quais vigora o modelo TEACCH. Há no entanto quem critique este modelo de ensino estruturado, quando aplicado a “crianças de alto nível de funcionamento”. Mello (2005) refere que a experiência tem-lhe demonstrado, que se for devidamente utilizado, o modelo TEACCH, pode ajudar muito estas crianças. Refere ainda que, têm conseguido excelentes resultados, fruto de um longo trabalho, que tem sempre em conta as características individuais de cada criança com PEA.

Uma outra crítica que por vezes se dirige ao modelo TEACCH, é que “ele supostamente robotizaria as crianças”. O mesmo autor salienta, no entanto, que estas crianças ao contrário de ficarem robotizadas ficam mais humanizadas, progressivamente. Os progressos são visíveis ao fim de algum tempo a trabalharem sob esta metodologia.

2.3. Applied Behavioral Analysis (ABA)

O método ABA (*Applied Behavioural Analysis* ou Análise Comportamental Aplicada, em português) é utilizado nos Estados Unidos há várias décadas e consiste na aplicação de “vários procedimentos comportamentais para reforçar competências existentes e construir as que ainda não estão desenvolvidas. A primeira escola para crianças autistas a utilizar, em Portugal, o método ABA está a funcionar desde Setembro, em Almada.” (APPDA-V, 2008, p.4)

O autismo é um das várias áreas nas quais o modelo ABA tem sido aplicado com sucesso. Recorre-se à observação e à avaliação (em termos de frequência, intensidade e duração) do comportamento do indivíduo, no sentido de potenciar a sua aprendizagem e promover o seu desenvolvimento e autonomia. Envolve o ensino da linguagem, o desenvolvimento cognitivo e social e

competências de auto-ajuda em vários meios, dividindo estas competências em pequenas tarefas que são ensinadas de forma estruturada e hierarquizada. É dada muita importância à recompensa ou reforço de comportamentos adequados, ignorando e desencorajando comportamentos inadequados.

“Respostas problemáticas, como negativas ou birras, não são, propositadamente reforçadas. (...) A criança é levada a trabalhar de forma positiva, para que não ocorram os comportamentos indesejados.” (Mello, 2005, p.37)

Este tipo de intervenção deve iniciar-se o mais precocemente possível, o que permitirá que as crianças adquiram competências básicas, ao nível social e cognitivo, e reduzam os seus comportamentos estereotipados e disruptivos antes que estes se instalem. Contudo, é sempre útil adoptar esta metodologia, mesmo na idade adulta. Esta intervenção intensiva permite que uma percentagem significativa dos alunos possa acompanhar os seus pares, com mais ou menos apoio, nas escolas regulares.

Segundo a APPDA-V (2008), este tipo de terapia é muito intensiva, podendo ir até às 40 horas por semana, por um período de 2 anos, aproximadamente, em contexto escolar e ou doméstico. A gravidade dos problemas que afectam a criança, são determinantes do tempo de intervenção. Os terapeutas trabalham com a criança na proporção de um para um. Segundo informações de Joseph E. Morrow, presidente da escola “mãe” ABC Real, trata-se de “um trabalho intensivo que pode conduzir a resultados muito favoráveis e fazer com que cerca de 40% das crianças deixem de ter características autistas e possam passar para o ensino normal, em igualdade de circunstâncias com as outras crianças.” (p. 4)

2.4. Programa *Son-Rise* (SRP)

O Programa *Son-Rise* (SRP), foi criado em 1976, nos Estados Unidos, por um casal, Barry e Samahria Kaufman, pais de um rapaz diagnosticado com autismo severo e baixo Quociente de Inteligência (Q.I).

Através do SRP, os pais aprendem a interagir de uma forma divertida e dinâmica com os seus filhos com PEA, fazendo com que estes se desenvolvam a nível social, emocional e cognitivo. Este modelo educacional coloca os pais na

situação de professores, terapeutas e responsáveis dos seus próprios programas, utilizando os seus lares como o melhor ambiente para ajudar as crianças.

De acordo com Houghton (2008), o Autism Treatment Center of America utiliza o SRP com famílias desde 1983. Este mesmo autor refere que o SRP contorna a limitação da sala de aula ao empregar um quarto (normalmente na casa da criança) que é especificamente projectado para diminuir a estimulação sensorial. São utilizadas apenas cores neutras e são evitadas as cores com grande contraste geradoras de distração. Não existem painéis visuais com alto nível de distração e só é empregada iluminação natural ou incandescente. Todos os brinquedos e objectos são retirados do chão e mantidos em prateleiras nas paredes de forma a propiciar uma área no chão para brincar que seja livre de distrações. Factor ainda muito importante é que no quarto de brincar está apenas um adulto e uma criança.

“A abordagem reconhece que a ansiedade da criança autista inibe a interacção e a aprendizagem, e que os ambientes e as actividades que a minimizam facilitam melhor a aprendizagem.” (Williams, C. & Wright, B., 2008, p. 295)

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

Segundo a Associação “Vencer Autismo”, existem algumas famílias portuguesas (com possibilidades financeiras) que se têm deslocado aos Estados Unidos para receberem formação sobre o SRP, para posteriormente trabalharem com os seus filhos.

Em Outubro do ano em curso (2011), irá decorrer em Troia, durante cinco dias, a primeira formação sobre SRP, cujos formadores serão os professores seniors do Autism Treatment Center of America. Será uma oportunidade para pais e profissionais (com possibilidades para pagar a formação), se poderem familiarizar com este método, que tanto sucesso tem tido nos Estados Unidos e em Londres. (www.vencerautismo.org)

2.5. Modelo estruturado PECS

O PECS (sistema de comunicação por troca de figuras) é também outra das metodologias para o trabalho com crianças com PEA. Este sistema foi desenvolvido para ajudar crianças e adultos com autismo e com outros distúrbios de desenvolvimento a adquirir habilidades de comunicação.

O PECS visa ajudar a criança a perceber que através da comunicação pode conseguir muito mais rapidamente o que deseja, estimulando-a assim a comunicar e muito provavelmente a diminuir drasticamente problemas de comportamento.

Este sistema de comunicação aumentativa/alternativa, tem sido bem aceite pois, não exige materiais complexos ou caros, é relativamente fácil de aprender, pode ser aplicado em qualquer lugar e, quando bem aplicado, apresenta resultados inquestionáveis na comunicação através da utilização de cartões, em crianças que não conseguem falar, e na organização da linguagem verbal em crianças que falam, mas que necessitam organizar a sua linguagem (Mello, 2005).

O PECS vai ao encontro daquilo que atrai as crianças, como alimentos, bebidas, brinquedos, livros, etc. Após o conhecimento das preferências das crianças, são elaboradas imagens desses objectos que depois são apresentadas e oferecidas à criança. De forma lenta e gradual é retirada a ajuda física para a criança apanhar a imagem, verificando-se que ela própria começa a ter a iniciativa de iniciar a interacção: pega na imagem e entrega-a a um terapeuta.

2.6. Intervenções Terapêuticas Complementares

2.6.1. Envolvimento Familiar

Nas PEA, à semelhança de outras perturbações, o envolvimento da família é muito importante. Os pais não devem ser apenas aconselhados pelos terapeutas, mas devem ser eles próprios, co-terapeutas, na medida em que participam no processo de delineação dos objectivos da intervenção mais adequados para a sua criança.

Os pais têm direito a possuir a informação sobre as melhores formas de auxiliarem os seus filhos e de, em conjunto com o terapeuta, perceberem quais são os objectivos mais importantes para o seu filho. Assim sendo, devem estar

consciencializados que a sua relação com os terapeutas deve ser harmoniosa e de confiança, de modo a obterem os melhores resultados. (APPDA-V, 2009)

2.6.2. Hipoterapia e equitação terapêutica

Segundo Lobo (2003), a hipoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas da saúde e da educação procurando o desenvolvimento biopsicossocial das pessoas portadoras de deficiência física ou mental.

Os movimentos rítmicos do cavalo permitem a mobilização do tronco e pélvis a partir de uma posição inicial do eixo vertical do corpo, um aspecto bastante enfatizado na aquisição e melhoria da marcha. (Abrantes, 2004) A mesma autora refere que o treino de equilíbrio e a melhoria da marcha tónica são favorecidos quando o cavalo transmite ao praticante movimentos tridimensionais e o equilíbrio do corpo é corrigido por um duplo desequilíbrio constante.

A equitação terapêutica destina-se a indivíduos com incapacidades motoras, sensoriais, mentais, ou inaptações sociais, capazes de exercer uma acção sobre a preparação ou direcção do cavalo, funcionando este como instrumento cinesioterapêutico. (Garrigue, 1996)

A Hipoterapia “está dirigida à reabilitação motora, beneficiando cavaleiros com disfunção de movimentos (...). A Equitação Terapêutica é mais vasta, dirigindo-se a cavaleiros com diferentes disfunções nas competências gerais do movimento, (...). Também serve de entrada para cavaleiros cujas habilitações não estão devidamente asseguradas e desenvolvidas para um grupo de equitação.” (Vasconcelos, 1998, p.6)

De um modo geral, os indivíduos com PEA apresentam disfunções em vários domínios e um atraso no desenvolvimento psicomotor. O equilíbrio compreende a integração da postura num sistema funcional complexo que combina o tónus muscular e a propriocepção nas diversas relações com o espaço envolvente. (Horwitz e Horwitz, 1996, cit. por Abrantes, 2004)

Brito (2007) realizou um estudo com 13 crianças com PEA que beneficiaram de nove meses de sessões de hipoterapia. Após a realização das sessões, os resultados apontaram para melhorias significativas em todas as áreas. Segundo a autora, comprovou-se de facto que a hipoterapia revela-se benéfica para a população com PEA, tendo em conta as melhorias consideráveis

em áreas referentes às competências gerais dos indivíduos estudados após a prática deste método terapêutico.

Nas sessões de equitação terapêutica, seguindo um esquema estruturado, a criança com PEA realiza diversas actividades de jogo, com o objectivo de desenvolver capacidades de comunicação com o animal e técnicos envolvidos, interagir com o meio e com outras crianças, procurando sempre a aquisição de novas competências, facilitando a sua interacção com o que a rodeia e melhorando assim, o seu bem-estar. (Pires, 2008)

2.6.3. Musicoterapia

Como recurso terapêutico complementar de grande importância, salienta-se a musicoterapia. A música, cujo efeito sobre a mente é inegável, é muito utilizada em técnicas de relaxamento e apresenta a vantagem de ser muito apreciada por crianças com PEA.

As crianças com PEA respondem de forma muito positiva a estímulos musicais, nesse sentido, as actividades musicais favorecem a sua inclusão. Trata-se de actividades que não apresentam pressão e constituem uma forma de aliviar e relaxar a criança devido ao seu carácter lúdico e de livre expressão. É importante referir que a musicoterapia pode ajudar as crianças com PEA, uma vez que permite ensinar-lhes “as competências sociais, aumentar a sua compreensão da linguagem, encorajar o desejo de comunicar, tornar a auto-expressão criativa possível, reduzir o comportamento não comunicativo, diminuir a ecolália (repetição de palavras pronunciadas por outros)”. (APPDA-V, 2009, p.10)

Segundo Santos et al. (2009) a utilização de estímulos musicais na motivação das pessoas autistas, revela-se benéfica, induzindo respostas afectivas positivas que podem fomentar a sua participação em actividades de socialização e desenvolvimento da linguagem. Além disso, a música pode criar um contexto essencial ao desenvolvimento da curiosidade e do interesse exploratório, aspectos essenciais do processo de reabilitação. O som do instrumento, assim como o seu aspecto visual e táctil, podem auxiliar o autista a compreender melhor os outros, propiciando enormes quantidades de relações que podem ser a chave do êxito da terapia.

2.6.4. Hidroterapia

“Hidroterapia é a terapia que ocorre no contexto aquático, sendo a água um bom meio para o exercício permitindo oportunidades de movimento e estímulos sensoriais, que não são possíveis fora dela.” (APPDA-V, 2009, p.11)

Esta terapia estimula a criança através da água, fazendo com que esta receba sensações e, conseqüentemente, diminua tensões e melhore a sua relação corporal com o meio. Pode ser feita na companhia de um dos progenitores ou do terapeuta, permitindo assim um maior contacto entre os dois, reforçando uma importante relação afectiva.

Os principais objectivos da hidroterapia são:

- Promover o relaxamento;
- Melhorar a circulação sanguínea e a função respiratória;
- Melhorar o equilíbrio, a coordenação, a confiança e a concentração;
- Proporcionar recreação. (APPDA-V, 2009, p.11)

2.6.5. Psicologia

A intervenção do psicólogo, visa sobretudo apoiar e esclarecer a família e contribuir para o desenvolvimento de competências sociais das crianças e jovens com PEA.

Proporcionar acolhida à família, no sentido de minimizar as angústias e sofrimentos, e orientá-la no tratamento com a criança, é papel do psicólogo, o qual pode fazê-lo individualmente ou em grupos, no caso das instituições. (Souza et al, 2004)

Assim, pode-se pensar que o trabalho do psicólogo deve acontecer em conjunto com a equipa multidisciplinar, com a família e com o paciente para que todos possam beneficiar neste processo e principalmente proporcionar uma melhor qualidade de vida às crianças e jovens com PEA.

2.6.6. Terapia Ocupacional

De acordo com Marques & Gomes (2009) trata-se de uma terapia que intervém ao nível das capacidades de processamento sensorial prejudicadas, assim como para a intervenção ao nível do tónus muscular, planeamento motor e coordenação perceptivo-motora.

A criança envolve-se em actividades interessantes que lhe proporcionam a estimulação adequada em qualidade, intensidade e duração. A intervenção ajuda-a a processar os seus sentidos de forma a funcionarem em conjunto.

2.6.7. Terapia da Fala

Compete ao Terapeuta da Fala contribuir para:

- “Identificar, avaliar e intervir nas alterações da comunicação, linguagem e fala, muito específicas desta perturbação;
- Reeducar as alterações da fala aplicando métodos e técnicas específicas;
- Definir e implementar estratégias de intervenção na comunicação;
- Definir qual o meio aumentativo/alternativo da comunicação. (Pereira, 2008, p.33)

3. Unidades de Ensino Estruturado (UEEA)

“As Unidades de Ensino Estruturado não são, em situação alguma, mais uma turma da escola. Todos os alunos têm uma escola de referência que frequentam, usufruindo das Unidades de Ensino Estruturado enquanto recurso pedagógico especializado das escolas ou dos Agrupamentos de Escolas. Estas constituem uma resposta educativa específica para alunos com perturbações do espectro do autismo e podem ser criadas em qualquer nível de ensino.” (Pereira, 2008, p.31)

As UEEA destinam-se a apoiar a educação de todos os alunos que apresentem perturbações que se enquadrem no espectro, independentemente do grau de severidade ou de terem associadas outras perturbações.

Por outro lado, há necessidade de criação de uma UEEA sempre que existam alunos com PEA que necessitem de respostas diferenciadas. O número de alunos a atender por cada UEEA não deve ser superior a seis, tendo em conta o trabalho ali a desenvolver que deve ter em conta as necessidades de cada aluno.

As UEEA devem ser criadas em função: da diferenciação pedagógica necessária na resposta educativa a fornecer aos alunos com PEA; da concentração de alunos com PEA num ou mais concelhos, de acordo com a sua

localização e alternativas de transporte; da existência de um espaço físico (sala); da garantia da continuidade (processo de transição entre ciclos).

A constituição das UEEA “deve resultar de um trabalho de equipa que inclua sempre que possível: as famílias dos alunos; os órgãos de gestão das escolas ou agrupamentos de escolas envolvidos na procura de respostas para atender a todos os alunos; os docentes de educação especial do agrupamento; os docentes do grupo, turma ou disciplina do aluno; outros técnicos (psicólogos, terapeutas...) pertencentes ao agrupamento ou a outros serviços; serviços da comunidade que se considerem necessários para responder às necessidades individuais dos alunos com PEA.” (Pereira, 2008, pp. 31, 32)

Ainda segundo Pereira (2008), os objectivos das UEEA, são os seguintes:

- “Criar ambientes securizantes com áreas bem definidas e delimitadas;
- Proporcionar um espaço adequado à sensibilidade sensorial de cada aluno;
- Fornecer uma informação clara e objectiva, com apoio em suportes visuais, sobre a sequência das rotinas;
- Promover situações de ensino individualizado direccionadas para o desenvolvimento da comunicação, interacção e autonomia.” (p.32)

Neste sentido, Pereira refere que é conveniente que para um grupo de seis alunos, se atribuam os seguintes recursos: dois docentes com formação especializada do Quadro de Educação Especial, de preferência com experiência ou formação na área das PEA e ensino estruturado; duas assistentes de acção educativa, que deverão ser também do Quadro de Agrupamento de forma a ser garantida a estabilidade e continuidade e, sempre que possível, familiarizadas com a problemática do autismo e ensino estruturado; um terapeuta da fala e um psicólogo, em tempo a determinar.

O terapeuta e o psicólogo poderão pertencer ao agrupamento ou a serviços exteriores à escola. O seu trabalho deve ser realizado em estreita e sistemática articulação com os restantes intervenientes no processo.

Em termos de outros recursos, há necessidade de elaborar e ou adaptar material, tendo em conta a forma diferenciada e específica de aprender dos alunos com PEA. Desta forma, é fundamental que nas UEEA se verifique a existência de material informático (computador, impressora, scanner, software educativo,

software de comunicação aumentativa/alternativa), máquina de plastificar, material audiovisual, material didático e material de desgaste (exemplo: velcro autocolante, papel autocolante).

Para que se proceda à estruturação do espaço é necessário que exista mobiliário que permita a criação de áreas com fronteiras bem definidas (exemplo: estantes, armários, mesas de trabalho individual, mesas de trabalho de grupo, cadeiras, sofás, etc.).

Quanto à organização e gestão de uma UEEA, compete às escolas ou agrupamentos de escolas que integrem UEEA:

- a) Acompanhar o desenvolvimento do modelo de ensino estruturado;
- b) Organizar formação específica sobre as perturbações do espectro do autismo e o modelo de ensino estruturado;
- c) Adequar os recursos às necessidades das crianças e jovens;
- d) Assegurar os apoios necessários ao nível de terapia da fala, ou outros que se venham a considerar essenciais;
- e) Criar espaços de reflexão e de formação sobre estratégias de diferenciação pedagógica numa perspectiva de desenvolvimento de trabalho transdisciplinar e cooperativo entre vários profissionais;
- f) Organizar e apoiar os processos de transição entre os diversos níveis de educação e de ensino;
- g) Promover e apoiar o processo de transição dos jovens para a vida pós-escolar;
- h) Colaborar com as associações de pais e com as associações relevantes da comunidade, em actividades recreativas e de lazer dirigidas a jovens com perturbações do espectro do autismo, visando a inclusão social dos seus alunos. (ponto 6 do artigo 25.º do Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro)

As UEEA constituem um importante recurso pedagógico especializado para as escolas ou agrupamentos de escolas, que têm em si mesmas a pretensão de promover o desenvolvimento das crianças/alunos. No entanto, as UEEA deverão ser espaços o menos restritivos possíveis, pois nada nos parece de mais errado do que estar sempre no mesmo local, nunca esquecendo que a inclusão destas crianças numa turma dita “normal” representa um desafio para os professores que

intervêm junto delas, uma vez que lhes exige um trabalho gratificante e uma actualização constante dos seus conhecimentos.

CAPÍTULO IV

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

Introdução

“O comportamento é um dos índices da adaptação do sujeito ao seu meio” (Margerotte et al. 2005, p.4).

Todos nós estamos expostos a problemas de comportamento quer sejam das pessoas que nos rodeiam, quer de nós próprios. Acontece a qualquer um perder o controlo sobre si próprio e manifestar condutas agressivas, descargas emocionais que não se conseguem controlar (risos ou choros), comportamentos inadequados, (ter tiques, falar sozinho). Estes estados, felizmente são de forma geral, passageiros e temos capacidade para os justificar. Verifica-se que o stress ultrapassa os limites de um indivíduo, quando este manifesta comportamentos diferentes dos habituais.

Os indivíduos com PEA não estão livres, evidentemente de todas estas variações desagradáveis que afectam os comportamentos. Eles não podem reagir como nós, quando é preciso encontrar uma solução para os seus problemas. Faltam-lhes, por vezes, meios de comunicação eficazes para explicar o que desejam; aquilo que os faz sofrer e o que pretendem evitar. (Margerotte et al. 2005)

De acordo com Williams & Wright (2008), o comportamento costuma transmitir algo, costuma transmitir informações. Com as crianças com PEA, geralmente, essa comunicação não é intencional, mas sim involuntária.

“A criança gritando no meio da cozinha talvez esteja a transmitir a mensagem de sede, mas não está comunicando conscientemente à mãe, que ali se encontra. Ela terá que adivinhar e, com intuição e tentativas e erros, acabará descobrindo. Nesse sentido, a criança não tenta influenciar o adulto por meio do seu comportamento como outras fariam.” (Williams & Wright, 2008, p. 83)

Um dos principais factores influenciadores de comportamentos problemáticos das crianças com PEA deve-se à frustração causada pela dificuldade em compreender o mundo que as rodeia. “Passam muito mais tempo pensando que são o centro do universo e que suas necessidades são primordiais (ao ponto de não terem consciência das necessidades alheias) ”. (Williams & Wright, 2008, p. 83)

Segundo Margerotte et al (2005), não há nada que perturbe tanto a vida, como é o caso de comportamentos agressivos ou auto-agressivos descontrolados. Estes tornam a vida social extremamente difícil e a qualidade de vida da pessoa com PEA fica seriamente diminuída.

Quem convive diariamente com uma pessoa com PEA pode, com efeito, ver-se submetido a algo muito difícil, tal como o aparecimento de comportamentos violentos, comportamentos não habituais, que perturbam gravemente a vida familiar e a do grupo de aprendizagem.

Por vezes, quando tomamos consciência de que é necessário fazer algo para que tais comportamentos desapareçam, estes já duram há muito tempo.

A probabilidade do aparecimento de problemas de comportamento nas pessoas com PEA é maior, devido às características que apresentam. Passamos a analisar no ponto seguinte, as características essenciais do autismo e as suas possíveis implicações nos comportamentos.

1. Características influenciadoras dos comportamentos

1.1. Existência de um deficit nas capacidades de comunicação

Uma das principais características do autismo é a existência de um défice nas capacidades de comunicação. Um sistema de comunicação insuficiente, leva a criança a exprimir as suas necessidades, por meio de actos negativos, de destruições, de agressões...

Por outro lado, uma criança com PEA, pode não compreender aquilo que esperamos dela, mesmo que as mensagens nos pareçam claras! ...

Uma criança com PEA, pode até possuir um vasto vocabulário, ter uma boa pronúncia, ser capaz de formular frases correctas e no entanto, não é capaz de compreender aquilo que se espera dela. Segundo Frith (1992, cit por Magerotte et al, 2005), para interpretar uma mensagem, não é necessário somente

compreender o sentido da mensagem; é preciso compreender o seu contexto passado e presente.

1.2. Dificuldade em viver as mudanças

As modificações, os imprevistos são sentidas como uma verdadeira ruptura, trazendo uma grande ansiedade. Necessitam no seu ambiente, de pontos de referência: espaciais (saber onde se encontram os objectos, onde realizar determinada actividade, onde ir...), temporais (saber o que se vai passar a seguir, em que momento se vai a determinado sítio, a que horas termina determinada tarefa...), sociais (quem são as pessoas que a vão acompanhar a determinado sítio...)

As mudanças vão fazer com que se percam essas referências e a criança com PEA tem dificuldades em encontrá-las novamente. Vai necessitar de algum tempo para compreender e se habituar à novidade (nova casa, nova turma, partida de um familiar...).

No caso da criança com PEA, existem dificuldades face a acontecimentos que nos parecem evidentes... Tudo se passa, como se os estímulos do ambiente fossem, de todas as vezes, inesperados e diferentes. As ligações que a criança com PEA estabelece entre os acontecimentos não têm forçosamente a mesma forma que as nossas.

1.3. Dificuldades no plano das relações sociais

O simples facto de estabelecer relação com outra pessoa pode constituir um problema para ela; as mímicas são incompreensíveis, assim como as intenções dos outros. Os sinais paraverbais (tom de voz, atitude, gestos) não são sempre percebidos nem compreendidos.

Além disto, é muito difícil para uma criança com PEA, imaginar aquilo que sentem as outras pessoas, de se colocar no seu lugar. Qualquer relação com outra pessoa, sobretudo se for desconhecida, exige-lhe um grande esforço de adaptação.

1.4. Dificuldade em relacionar os acontecimentos

A criança com PEA tem dificuldades em relacionar os acontecimentos. U. Frith (1992, cit por Magerotte et al, 2005) fala do mundo fragmentado da criança com PEA. Quando nós vemos uma pessoa, um animal ou um objecto, apreendemo-lo de forma global e reconhecemo-lo imediatamente: “é a minha amiga Maria, é um gato, é uma mota...”

“Se o meu amigo Marc mudar de penteado ou de roupa, eu saberei sempre que é ele, apesar das modificações (...) Se sair um bom cheiro da cozinha, eu sei que vem do cozinhado que está no forno... Se tocarem à porta, durante o dia, irei abri-la, considerando normal que me venham visitar...” (Magerotte et al, 2005, p.8)

No caso da criança com PEA, existem dificuldades face a acontecimentos que nos parecem evidentes. Tudo se passa, como se os estímulos do ambiente fossem, de todas as vezes, inesperados e diferentes. As ligações que a criança com PEA estabelece entre os acontecimentos não têm forçosamente a mesma forma que as nossas.

1.5. Afectividade discordante

A criança com PEA tem muitas dificuldades em exprimir adequadamente os seus sentimentos. Exprimir coisas tão pouco palpáveis como as emoções, exige competências muito elaboradas. É muito complicado saber em que circunstância se pode rir às gargalhadas e em que momento é mais adequado apenas um simples sorriso!

1.6. Percepção do seu meio envolvente

As pessoas com PEA têm também uma percepção diferente do seu meio envolvente. “Certos aspectos do mundo parecem-lhes apaixonantes e despertam toda a sua atenção, enquanto para o comum dos mortais esses aspectos são totalmente insignificantes.” (Margerotte et al, 2005, p.9)

As pessoas que convivem com uma criança com PEA notam muitas vezes o seu interesse particular por detalhes do ambiente: sons e formas particulares, texturas, reflexos...

A criança com PEA pode ainda interessar-se pelos componentes sensoriais das ações: gritar, simplesmente pelo prazer de se ouvir; rasgar, pela satisfação de ouvir o barulho do papel...

2. Como e quando intervir?

“A tolerância aos problemas de comportamento varia segundo os meios, em função das exigências da família ou do meio de acolhimento.” (Margerotte et al, 2005, p.12)

Um comportamento indesejável não surge por acaso, mas por influência de circunstâncias da vida de uma pessoa, em função da forma como ela se adapta ao seu meio ambiente e da forma como esse ambiente responde às suas necessidades. Porém, para as pessoas com PEA nem sempre é fácil, o que pode originar comportamentos desviantes.

Torna-se então necessária a análise de tais circunstâncias da vida da pessoa com PEA e de situar os comportamentos – problema no conjunto dos outros domínios. Deve colocar-se um conjunto de questões: “Qual é importância desse comportamento na vida da pessoa autista? Qual é a importância desse comportamento em relação aos outros domínios, nos quais queremos acompanhar a pessoa autista? O que é prioritário? Quem “sofre” com esse comportamento? A pessoa, quem a rodeia, ou ambos?” (Margerotte, 2005, p.12)

2.1. Critérios de prioridade

De acordo com Margerotte et al (2005), os critérios segundo os quais um problema de comportamento deve ser prioritário, são os seguintes:

- Um comportamento que represente perigo para a própria pessoa com PEA ou para quem a rodeia, como é o caso de agressão e de auto-mutilação. Perante a gravidade destes comportamentos a intervenção é sempre necessária.
- Um comportamento que torne impossíveis as aprendizagens, quando estas são consideradas indispensáveis para a evolução e a qualidade de vida da pessoa com PEA.

- Comportamentos que tendem a agravar-se, caso não se lhes dê a devida atenção (ex: bater-se ligeiramente, ameaçar partir objectos). Há que também ter em atenção certos comportamentos naturais da criança com PEA, que se tornam problemáticos quando se mantêm na idade adulta (ex: chuchar no dedo, rebolar-se no chão, etc.).
- Quando o comportamento se torna incompatível com uma vida social normal (ex: despir-se em público, interpelar todos os transeuntes). Para termos consciência do que é aceitável ou não, devemos ter em conta o estilo de vida familiar ou do meio de acolhimento, pois determinados comportamentos podem ser tolerados em certos meios e vistos como desadequados noutros.

Em síntese, deve-se **agir** quando o comportamento...

...é perigoso para os outros;

...é perigoso para a própria pessoa;

... pode agravar-se caso não se intervenha de imediato;

... dificulta a integração social (desvio em relação à idade ou à cultura);

... interfere significativamente nas aprendizagens.

Contudo, este resumo de critérios essenciais não é, no entanto, suficiente, o técnico utilizá-lo-á para facilitar o seu julgamento, porém não deve esquecer-se de que cada situação deve ser objecto de uma decisão clínica individual, com base num determinado número de elementos conhecidos e também, sem dúvida, noutros menos explícitos ou que revelam em parte um julgamento de valor ou de tipo social.

2.2. Análise funcional do comportamento

Antes de se iniciar qualquer intervenção, torna-se necessário avaliar a situação de forma precisa. Maurice, cit. por L'Abbê e Morin (1992) referem que uma boa análise permite uma melhor escolha das intervenções e evita erros ulteriores, cuja reparação pode acarretar custos, tanto para a sociedade como para o bem-estar da criança. A análise sistemática dos comportamentos pode ser considerada, em geral, como um bom investimento com vista a uma intervenção eficaz.

De acordo com Margerotte et al (2005), a “análise funcional” torna possível a compreensão dos problemas de comportamento. Segundo esta autora, de acordo com os trabalhos de L’Abbé e Morin (1992) e O’Neill e Horner (1990), preconiza-se um modelo de análise do comportamento que não se baseia somente naquilo que precede ou naquilo que se segue de imediato ao comportamento. Opta-se por integrar esse aspecto numa perspectiva de análise multidimensional, fazendo-se a associação dos dados biológicos e farmacológicos, educativos e ecológicos.

“As causas de um problema de comportamento podem, com efeito, provir de diversas fontes: do estilo de vida da pessoa, de uma falta de estimulação, de estratégias de ensino ineficazes, de uma falta de interesse ou de aptidões de comunicação, de um ambiente pobre ou de uma condição fisiológica particular.” (Margerotte et al, 2005, p.19)

Não se trata porém de fazer um inventário de problemas “internos” da pessoa com PEA. Há que ter em conta que o problema de comportamento não é uma característica da pessoa com PEA, mas deve antes ser compreendido nas suas relações com o meio envolvente. O problema de comportamento é desencadeado por uma resposta inadequada da pessoa a determinadas características do ambiente. Torna-se possível descodificar esses comportamentos a partir do contexto em que surgem e, desta forma, compreendê-los.

2.2.1. Problemas de Aprendizagem

Por um lado, os problemas de comportamento revelam-se, por vezes, como sendo **problemas de aprendizagem**. Por exemplo, a pessoa com PEA exhibe comportamentos inadaptados, porque não aprendeu a agir de forma adequada, porque não dispõe de meios de comunicação que sejam suficientemente eficazes, ou ainda porque o ensino não está adaptado às suas capacidades (muito fácil ou muito difícil). Porém existe toda uma gama de problemas de comportamento que surgem independentemente das situações pedagógicas e que se relacionam, sobretudo, com a própria problemática do autismo.

Os problemas de aprendizagem nem sempre se manifestam no momento imediato em que surge o mal-estar. A acumulação de dificuldades ao longo de um dia ou de uma semana pode provocar problemas que só se manifestarão mais

tarde, por exemplo no regresso a casa. É por este motivo que não basta analisar o contexto imediato do comportamento (somente aquilo que o precede e aquilo que o sucede), pois os comportamentos nem sempre são reaccionais, podem ser motivados por acontecimentos, por contextos não imediatos.

2.2.2. Problemas de adaptação

Por outro lado, o problema de comportamento representa as **dificuldades de adaptação** da pessoa com PEA a uma situação ou a determinado contexto. Assim sendo, mais do que a pessoa em si, são as exigências, as características do seu meio envolvente que são problemáticas, pois pode ser por exemplo, incoerente e variável, ou muito ou pouco exigente.

De acordo com a mesma autora, a vida de uma pessoa autista está cheia de enigmas e incompreensões. Assim sendo, as pessoas com PEA têm necessidade de referências, de estabilidade, de rotinas tranquilizadoras. Elas preferem muitas vezes evitar aquilo que varia, o que é desconhecido ou incompreensível.

Uma alteração dos hábitos pode provocar em alguns deles, crises terríveis. Outros há, porém, que reagem muito mal aos contactos que consideram insuportáveis (ex: presença muito próxima, olhar directo) ou a sensações intoleráveis (ex: certos ruídos). Estas reacções extremas relacionam-se de forma directa com as perturbações associadas ao autismo. Frequentemente há necessidade de adaptar o ambiente, para prevenir as crises.

2.3. Função dos problemas de comportamento

Torna-se então necessário, em relação a cada um dos problemas de comportamento, descobrir a sua função. “Para que serve? O que é que a pessoa pretende com esse comportamento? O que é que está a exprimir? O que é que pretende evitar?” (Margerotte, 2005, p.20).

Difícilmente a pessoa com PEA é capaz de responder a estas questões, por isso deve evitar-se fazer-lhe perguntas, salvo se ela for capaz de responder. É de facto fazendo uma observação atenta do comportamento e do contexto no qual este ocorre, que se poderá descobrir a razão por qual ele surge.

Margerotte et al (2005) propõe uma metodologia baseada nos trabalhos da equipa da Universidade de Oregon e, particularmente, na obra de O'Neil et al. (1990), que se resume em três possibilidades:

- Recolha de informações, fazendo perguntas à pessoa com PEA ou a quem a rodeia, recorrendo a um **guia de entrevista**.
- Observação directa do comportamento e do contexto em situação real, recorrendo a uma **grelha de observação**.
- Modificação das variáveis que influenciam o comportamento, para determinar as que são verdadeiramente pertinentes: **modificação sistemática do contexto**.

2.3.1. Guia de entrevista

Segundo Margerotte et al (2005), o guia de entrevista é um instrumento que permite a recolha de informação variada acerca do contexto em que surge o comportamento da pessoa com PEA. Apresenta-se sob a forma de um questionário individual, que diz respeito a só uma pessoa com PEA. O objectivo é reunir o máximo de informação acerca do comportamento, da sua frequência, da sua duração e da sua intensidade. Pretende-se obter uma definição operacional do comportamento, ou seja, uma definição precisa, para que qualquer pessoa que não conheça a situação possa compreendê-la sem dificuldade. Para que a definição seja operacional, é necessário que o comportamento seja descrito de forma observável e mensurável. De que forma?

- Atribuindo um nome ao comportamento (por exemplo: morder, gritar, tapar os ouvidos);
- Fazendo uma descrição sucinta dos movimentos físicos realizados (por exemplo: dá uma série de pequenos gritos agudos, bate na cabeça com a palma da mão);
- Determinando a frequência de aparecimento do comportamento (por exemplo: 4 vezes/hora, 1 vez/minuto, 20 vezes/dia, 5 vezes/semana, etc.);
- Determinando a duração dos episódios (em segundos, em minutos). Este aspecto é de extrema importância, pois é principalmente a duração

que coloca problemas e é a duração do comportamento que se pretende diminuir.

- Determinando a intensidade dos episódios (exemplo: forte, média ou fraca). A intensidade é frequentemente difícil de avaliar na situação clínica concreta, uma vez que não se dispõe de aparelhos de medida... muitas vezes, teremos que basear-nos num julgamento que tentamos que seja comum a todos os intervenientes.
- Relacionando entre si os comportamentos que surgem em conjunto numa mesma situação. Essa identificação de cadeia de comportamentos é essencial, pois, frequentemente, os comportamentos – problema não aparecem de forma isolada, mas em sequência.

2.3.2. Observação directa

A observação directa do comportamento em meio natural é muito útil, pois fornece informações preciosas que vêm completar os dados do guia de entrevista. Deve utilizar-se a grelha de observação quando se necessita de informações complementares determinantes da função do comportamento.

Para além disso, a observação directa permite ainda, num determinado momento, avaliar o que se passa em relação ao problema, o que será útil para quando mais tarde se quiser reavaliar a situação. Desta forma, poder-se-á então verificar se houve ou não progressos. (Margerotte et al, 2005)

2.3.3. Modificação sistemática do contexto

“Por vezes, o guia de entrevista e a grelha de observação não são suficientes para determinar as funções dos comportamentos. A observação em meio natural tem, por vezes limites... que nos podem fazer recuar, ou hesitar, já que os comportamentos parecem complexos, imbrincados uns nos outros e não conseguimos observá-los isoladamente.” (Margerotte et al, 2005, p.57)

Antes de se preparar a intervenção, devemos assegurar-nos de que as nossas hipóteses estão correctas. Para tal tentamos modificar as variáveis que nos parecem importantes. Intervém-se directamente sobre o meio, modificando as variáveis e observando os seus efeitos sobre o comportamento. Por exemplo,

pode-se confrontar a pessoa com as suas necessidades específicas, observar a sua atitude quando está sozinha, interromper de forma voluntária a sua tarefa, observá-la quando os objectos que deseja estão fora do seu alcance.

Para haver uma avaliação precisa do impacto das variáveis observadas, é aconselhável que não se varie mais do que uma de cada vez. Sempre que a situação muda, faz-se o registo das reacções da pessoa observada e o contexto em que surgem.

A vantagem deste procedimento: tornar mais rápida a observação, não se corre o risco de não se observar nada e ao modificarem-se as variáveis, pode controlar-se de imediato os factores que influenciam o comportamento. A desvantagem é provocar comportamentos que sabemos a priori que irão perturbar a própria pessoa ou quem a rodeia, é uma questão muito delicada, que requer muitos cuidados.

Por um lado, se provocarmos intencionalmente problemas de comportamento na pessoa observada, poderemos compreender porque motivo eles aparecem, mas por outro lado, confrontamo-nos com a questão ética. Assim, só se deve recorrer a este tipo de observação, em último caso e tomando todas as precauções necessárias. (Margerotte et al, 2005)

Introdução

Perante uma situação tão complexa, como são as PEA, a partir da observação e do diagnóstico das crianças com esta perturbação, torna-se necessário a utilização de instrumentos para triagem de problemas de comportamento, pois tornam possível o rigor da observação e do registo dos comportamentos.

As PEA são caracterizadas por comportamentos atípicos, que se manifestam de forma heterogénea com diferentes níveis de gravidade. Há crianças que falam e outras que não falam, crianças sem qualquer tipo de contacto social e outras com relacionamento atípico. Além disto, algumas crianças podem apresentar atraso mental e outras porém, podem ter um coeficiente intelectual dentro da variação média normal (Lampreia, 2004).

Esta heterogeneidade é que impulsiona o clínico em busca de instrumentos sensíveis e específicos para ajudar no diagnóstico diferencial e na identificação de diferentes problemas que as crianças com autismo podem apresentar (Matson&cols.,2006).

“O Child Behavior Checklist – CBCL- é um dos instrumentos mais utilizados para fazer rastreamento de comportamentos problemáticos” (Achenbach, 1991, cit. por Marteleto et al, 2011, p.6). Trata-se de um questionário dividido em duas partes: a primeira parte refere-se às competências sociais dos indivíduos e a segunda parte é composta por 113 itens, que identifica problemas de comportamento em crianças e adolescentes de 4 a 8 anos, a partir de informações fornecidas pelos pais. É um instrumento que se destaca pelo rigor metodológico com que foi elaborado, pelo seu valor na pesquisa e na prática clínica. As escalas do CBCL apresentam boa validade e confiabilidade e fornecem os sintomas psicopatológicos encontrados na infância e na adolescência (Marteleto et al, 2011).

“O CBCL já foi traduzido em mais de 30 culturas diferentes e tem sido empregado internacionalmente em pesquisas epidemiológicas, diagnóstico, comparações entre culturas (Brown&Achenbach, 1995, Ivanova&cols., 2007, Rescorla &cols., 2007, cit. por Marteleto et al,p. 6, 2011).

Há pesquisadores que têm vindo a desenvolver trabalhos com o CBCL, na tentativa de procurar identificar suspeitas de autismo na população em geral e para aprender conjuntos de sintomas mais comuns em crianças autistas (Bolte, Dickhut & Poustka, 1999, Duarte, 2001, Duarte, Bordin, Oliveira& Bird, 2003, cit. po Marteleto, 2001).

Kenneth W. Merrel, professor de psicologia escolar na Universidade de Oregon, co-director do Programa de Psicologia Escolar, líder do Departamento de Educação Especial e Ciências Clínicas na mesma instituição, desenvolveu um outro instrumento em 1994, as *Preschool and Kindergarten Behavior Scales* (PKBS-2), com segunda edição em 2002. Trata-se de um inventário do comportamento desenvolvido para ser utilizado especificamente com crianças entre os 3 e os 6 anos de idade. (Major, 2007).

“Focam-se em aptidões sociais e problemas de comportamento típicos, gerais e rotineiros, vulgarmente manifestados em casa e em contexto escolar. Esta característica proporciona aos pais e profissionais um certo ‘à vontade’ com a terminologia e descrições comportamentais apresentadas (Merrel, 2002^a, cit. por Major, 2007, p.92).

As PKBS-2 incluem duas escalas: *Aptidões Sociais* (34 itens) e *Problemas de Comportamento* (42 itens). Cada uma das duas escalas encontra-se dividida em diversas subescalas. A escala de *Aptidões Sociais* encontra-se subdividida nas seguintes subescalas: “*Cooperação Social*”; “*Interacção Social*” e “*Independência Social*”. A escala de *Problemas de Comportamento* subdivide-se na subescala de problemas “*Externalizantes*”: “*Auto-Centrado/Explosivo*”; “*Problemas de Atenção e Excesso de Actividade*” e “*Antissocial/Agressivo*” e na subescala de problemas “*Internalizantes*”: “*Evitamento Social*” e “*Ansiedade/Queixas Somáticas*”. (Major, 2007)

1. Estudo – Problemas de comportamento de crianças com PEA

O principal objectivo deste estudo que decorreu no Brasil, consistiu em verificar problemas de comportamento apresentados por crianças com PEA, distinguindo-os de crianças com transtorno de linguagem e de crianças em idade escolar sem diagnóstico de patologia.

Quanto ao método foi utilizado o “Estudo transversal, observacional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp, com a devida autorização dos serviços envolvidos, bem como assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido” (Marteleto,2011, p.6).

Os participantes neste estudo foram um grupo de 35 (29,66%) mães de crianças com PEA, com idade entre os 3 e os 15 anos, com idade média de 7 anos e 6 meses; um segundo grupo com 31 (26,27%) mães de crianças portadoras de transtornos de linguagem oral específica, cujas idades eram entre os 3 e os 11 anos, com idade média de 7 anos e 6 meses; e um terceiro grupo composto por 52 (44, 06%) mães de crianças sem patologias informadas, que frequentavam a “Educação Infantil ou o Ensino Fundamental”. Neste grupo as crianças tinham entre 3 e 11 anos de idade, com média de 7 anos e 7 meses.

O instrumento utilizado para este estudo foi a segunda parte do CBCL, por identificar problemas de comportamentos em crianças e adolescentes. Esta secção do CBCL é composta, como já foi referido por 113 itens referentes a problemas de comportamento que a mãe deve avaliar dando um valor numérico de 0, se o comportamento é ausente; 1, se o comportamento aparece às vezes; ou 2 se o comportamento aparece frequentemente.

O somatório dos escores obtidos permite ao avaliador traçar um perfil comportamental da criança ou adolescente, derivado da análise de oito agrupamentos de itens: I- Retraimento; II-Queixas somáticas; III- Ansiedade/Depressão; IV- Problemas com o Relacionamento Social; V- Problemas com o Pensamento; VI- Problemas com a Atenção; VII- Comportamento Delinquente; VIII- Comportamento Agressivo. O somatório dos três primeiros agrupamentos forma a Escala de Internalização e dos agrupamentos, VII e VIII formam a Escala de Externalização.

Relativamente ao tipo de procedimento, o CBCL foi aplicado na forma de entrevista conduzida pelo aplicador para facilitar a compreensão das questões. Utilizando os escores norte-americanos, foram obtidos os escores por escalas e por agrupamentos. Foram calculadas as médias e desvios-padrão de cada agrupamento e escala do CBCL por grupo.

Dos resultados obtidos com este estudo, verificou-se (segundo a Tabela 1. Médias, desvios-padrão e teste Kruskal-Wallis em cada categoria do CBCL segundo os grupos, em Anexo) que nos agrupamentos 'Comportamento Delinquent e T externalizante' não existiu diferença significativa entre os grupos.

Pode também observar-se através dos testes executados, que as crianças do grupo PEA e Distúrbios da Linguagem tiveram pontuações médias 'T total' (Total de problemas de comportamento) significativamente maiores que o grupo de 'escolares típicos'. O grupo de crianças com Distúrbios da Linguagem teve pontuações médias maiores no 'comportamento agressivo' e nos 'comportamentos externalizantes' do que o grupo PEA.

As crianças com PEA tiveram pontuações médias maiores na categoria 'problemas de pensamento'. Na categoria 'ansiedade', o valor médio foi significativamente menor no grupo de crianças com PEA do que nos outros dois grupos.

As crianças inseridas em 'escola de educação infantil e ensino fundamental' demonstraram menor tendência ao isolamento, a problemas sociais e aos problemas de atenção que os outros dois grupos. (Marteleto,2011).

No entanto, nas escalas de 'ansiedade e de agressividade', o grupo PEA teve os menores valores. "Apesar das crianças com Transtorno Autístico terem poucas habilidades sociais, a agressividade não é uma característica (APA, 2002, cit. por Marteleto, 2011, p.7). Os estereótipos que estas crianças costumam apresentar podem até assustar as pessoas, entretanto as mães percebem que os seus filhos não são agressivos. Estes comportamentos (exemplo: não permitir ser tocado, bater com a cabeça na parede, balançar o corpo,) não têm como objectivo magoar as outras pessoas, mas protegem-se a si mesmo de algo com que não conseguem lidar (Rutgers& cols., 2007).

As crianças do grupo PEA foram identificadas pelas suas mães como tendo mais comportamentos do tipo "Problemas de Pensamento e Problemas de

Atenção” do que as crianças dos outros dois grupos. “Trabalhos em diferentes culturas vêm confirmando a presença desses comportamentos atípicos em indivíduos com transtorno autístico. São agrupamentos que vão ao encontro das características que o DSM-IV- TR (APA, 2002) e a CID 10 (OMS, 1993) colocam para o Transtorno Autístico” (Marteleto, 2011, p.9).

O isolamento é uma forma que os indivíduos com PEA parecem desenvolver para conviverem melhor com as suas dificuldades. Neste estudo, apesar das crianças com PEA obterem pontuações mais altas que os dois outros grupos, não houve diferença estatística entre eles quanto ao agrupamento “isolamento” (os da Educação Infantil ou do Ensino Fundamental, é que se diferenciaram dos dois grupos). As mães das crianças com PEA afirmam que as crianças gostam de estar com elas e com outras pessoas próximas, mas preferem não ter intimidade com indivíduos com os quais têm pouco contacto.

As crianças com PEA apresentaram valores significativamente mais baixos no agrupamento “Ansiedade/Depressão. Acredita-se que tal resultado se deva às características da síndrome, que dificulta a identificação de comportamentos do tipo ansioso ou depressivo. Por exemplo, roer as unhas, pode ser identificado como comportamento estereotipado do autista e não como manifestação de ansiedade especificamente. É necessário analisar e descobrir o propósito do comportamento problemático. (Marteleto, 2011).

2. Estudo – Avaliação de Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento em idade pré-escolar

Foi realizado um outro estudo, este no nosso país, com o “objectivo de adaptar, validar e produzir normas das PKBS-2 para a população portuguesa” (Major, 2007, p.115).

Desta forma, a versão das ECIP-2 elaborada para este estudo de adaptação para a população portuguesa das PKBS-2 é constituída por um total de 89 itens (35 na escala de Aptidões Sociais e 54 nos Problemas de Comportamento).

Para este estudo exploratório a amostra foi recolhida na zona Centro de Portugal, incidindo nos distritos de Coimbra, Leiria e Castelo Branco, sendo composta por um total de 320 crianças, entre os 3 e os 6 anos de idade.

As ECIP-2 foram preenchidas por pais e educadores/professores da região Centro de Portugal. (Major, 2007)

Quanto aos resultados deste estudo, destacamos as Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento mais frequentes nas ECIP-2.

Relativamente às Aptidões Sociais (ver tabela em anexo), verifica-se que o item 2. 'É cooperante (colabora na realização de tarefas/actividades)', foi registado como "Muitas vezes" exactamente pelo mesmo número de pais e educadores (63,1%).

O item 24 'Procura consolo no adulto quando se magoa' foi o que obteve maior pontuação pelos pais, por sua vez o item 16. "Senta-se e ouve quando estão a ser lidas histórias" foi o mais pontuado pelos educadores/professores. O item 22.'Arruma o que desarrumou quando lhe é pedido' obteve pontuações mais altas pelos educadores/professores (66,3%) enquanto os pais apenas pontuaram (30,6%). Quanto ao item 7. 'Segue instruções do adulto' verifica-se que são os pais que pontuam mais baixo (36,6) relativamente aos educadores/professores (66,3%). Relativamente ao item 33.'É sensível aos problemas do adulto ("Estás triste?")', obteve maior pontuação junto dos pais (76,6%) em relação aos educadores/professores (45,6%).

No entanto, geralmente, há uma proximidade de prevalência nos restantes itens assinalados como mais frequentes tanto pelos pais como pelos educadores/professores. (Major, 2007)

No tocante aos Problemas de Comportamento (escala que iremos utilizar no nosso próprio estudo), com maior taxa de prevalência, verifica-se que "os pais tendem a cotar os seus filhos com mais problemas de comportamento do que os educadores (Major, 2007, p.161).

Pela análise dos resultados (ver tabela em anexo), conclui-se que o item 8. "Requer a atenção toda para ele (a) é o que é mais pontuado pelos pais (68,2%) relativamente aos educadores/professores (36,6%), seguido pelos itens 1.'Age impulsivamente sem pensar' que pontuou para os pais (67,2%) e para os educadores/professores (49,1%) e 7.'Enerva-se facilmente ou faz birras' que pontuou pelos pais 67,2% e pelos educadores/professores 32,8%.

“É importante assinalar que, com excepção dos itens 36 ‘É extremamente sensível à crítica ou repreensão (chora ou amua) ‘ e 44 ‘Chora facilmente’, de carácter internalizante, todos os problemas de comportamento mais referenciados pelos pais são de foro externalizante, com especial destaque para a hiperactividade e impulsividade (...) Estes dados confirmam a literatura, atestando maior facilidade de identificação e a maior visibilidade dos problemas externalizantes” (Campbell, 2002, Kean et al., 1998; Marinheiro&Lopes, 1999, Merrel, 1996b, 1999, cit. por Major, 2007, p.161).

Respectivamente aos problemas de comportamento com menor taxa de prevalência, conclui-se que “os educadores assinalaram com menor frequência comportamentos de infelicidade e de brigas (estes segundos mais visíveis no jardim de infância). As maiores discrepâncias encontraram-se nos itens 22.‘Desafia o adulto’, 38.‘As outras crianças aproveitam-se dele (a)’ e 40 ‘Diz mentiras’, todos eles muito menos valorizados pelos educadores” (Major, 2007, p.162).

PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA

Introdução

Educar tem como condição essencial primeira que o profissional da educação seja um investigador, ou seja, maneje a investigação como princípio científico e educativo. Não é o caso fazer dele um pesquisador “profissional”, sobretudo na educação básica, já que não a cultiva em si, mas como instrumento principal do processo educativo. Não se busca um “profissional da pesquisa”, mas um profissional da educação pela pesquisa. (Demo, 2000, p. 2)

Por outro lado, a investigação científica serve para descrever conhecimentos, verificar dados, prever e controlar fenómenos, sempre baseados no rigor e na sistematização. Assim sendo, toda a investigação carece de metodologia, ou seja uma linha orientadora, para que seja possível alcançar a verdade. Segundo Almeida & Freire (2003) os resultados numa investigação e por conseguinte as conclusões daí decorrentes dependem muito dos meios usados na avaliação (instrumentos), de quem é tomado para ser avaliado (amostra) e o modo como ocorre e se procede nessa avaliação (método).

Tal como temos vindo a sublinhar através da literatura revista, tendo em conta as nossas preocupações e o foco de interesse, com este *Capítulo* dedicado à Metodologia, pretendemos dar o *pontapé de saída* para enquadrar a investigação empírica.

Incidimos nos seguintes pontos:

1. Problemática e objectivos (o porquê da nossa escolha): descrevemos brevemente o problema, delineámos e que nos orientou neste percurso, assim como os objectivos de investigação à qual tentámos dar alguma resposta, de forma coerente, concertada e de acordo com a parcela da realidade sobre a qual nos focámos;
2. *Design* metodológico: abrimos espaço para uma breve apresentação, delimitação e justificação das amostras do nosso estudo e do

instrumento usado para recolher os dados, assim como descreveremos sucintamente os procedimentos estatísticos efectuados.

1. Problemática e objectivos

Uma investigação inicia-se sempre pela identificação e clarificação de um problema, a sua definição constitui a primeira fase na elaboração de um projecto ou a concretização de uma investigação. Portanto, escolher ou formular o problema é um dos aspectos mais importantes da prática da investigação em qualquer campo de estudo.

A sua operacionalização depende da identificação das variáveis e relação entre elas. “A natureza de um problema de investigação consiste na produção do conhecimento da realidade social, de um determinado contexto ou processo, o que é expresso na questão O que é que não sabemos e queremos saber?” (Afonso, 2005, p.53)

Sabendo que os problemas comportamentais são frequentes em alunos com PEA, e que os mesmos são muitas vezes, uma resposta ao meio ambiente (desajustado às suas características), somos levados a colocar a seguinte questão de partida: **Quais os problemas de comportamento mais frequentes nas UEEA do distrito de Viseu?**

1.1. Objectivos gerais:

De acordo com Bell (2003), os objectivos da pesquisa devem ser definidos e devidamente contextualizados. Na linha das nossas intenções e preocupações alinhamos os seguintes objectivos gerais e específicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre as PEA;
- Compreender a frequência e tipologia dos problemas de comportamento das crianças/alunos com PEA.

1.2. Objectivos específicos:

- Conhecer o tipo de diagnóstico das crianças/alunos das UEEA do Distrito de Viseu;
- Conhecer a forma de comunicação mais utilizada pelas crianças/alunos das UEEA do Distrito de Viseu;

- Conhecer/reflectir acerca do (s) tipo (s) de apoio prestado na UEEA do distrito de Viseu.
- Conhecer os tipos de problemas externalizantes e internalizantes das crianças/alunos que frequentam as UEEA do distrito de Viseu;

2. Design metodológico

Para a compreensão do fenómeno em estudo, fomos orientados para o diagnóstico pedagógico em contexto natural, seguindo uma abordagem de carácter quantitativo, através de um plano descritivo por inquérito e de tipo não experimental (*ex-post-facto*), exploratório mais em acordo com o modelo 'correlacional-diferencial' (Almeida & Freire, 2003). Em relação ao método correlacional, podemos afirmar que este se situa entre os métodos descritivos, ou simplesmente compreensivos da realidade (estudos qualitativos) e os estudos experimentais (estudos quantitativos).

Por sua vez, a recolha de dados implica "uma opção teórica (...) respeitante àquilo que é, ou será, observado, isto é, quais são ou virão a ser as unidades de observação. Esta selecção é inevitável, uma vez que se torna impossível observar toda a realidade. Nós só podemos perceber e representar segmentos, designados por «unidades»: «cada unidade representa um aspecto específico da realidade e não toda a realidade» (Evertson e Green, 1986, citados por, Boutin, Goyette & Lessard-Hébert, 2005, p.141-142).

Como referem Boavida e Amado (2006), quando a investigação é feita a partir da realização de inquéritos por questionários é possível saber-se através deles se as experiências e as perspectivas dos inquiridos se enquadram num conjunto de categorias pré determinadas expressas no questionário estruturado. Além disso, com este tipo de metodologia é mais fácil preservar o anonimato e a confidencialidade, fomentar a imparcialidade nas respostas e minimizar constrangimentos por parte dos participantes.

2.1. Amostra

Para Quivy e Campenhoudt (2003, p. 160), o investigador, após limitação do seu campo de análise, confronta-se com três hipóteses: “ ou recolhe dados e faz incidir as suas análises sobre a totalidade da população coberta por esse campo; ou limita a uma amostra representativa desta população; ou estuda apenas componentes muito típicas, ainda que estreitamente representativas dessa população”.

Antes da aplicação da versão definitiva do instrumento de recolha de dados, procedemos ao levantamento prévio da amostra, sobre a qual incidiu o nosso estudo. “A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população.” (Fortin, 2000, p.202).

Tendo em linha de conta a problemática em causa, seria interessante que no universo dos participantes/sujeitos estivessem incluídos todas as crianças/alunos portuguesas com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), denominada população alvo. Contudo, esta investigação tornar-se-ia temporalmente impossível no quadro em que se inscreve o presente trabalho.

Optámos por circunscrever o universo de análise. Assim, o nosso estudo incidiu sobre o total de 39 crianças, das quais 14 frequentam o Pré-escolar e 25 são alunos do 1.º Ciclo, que frequentam as oito UEEA do distrito de Viseu (estes constituíram a amostra do nosso estudo).

No tocante ao método de amostragem, optamos de forma intencional, não aleatória, seleccionar os docentes de educação especial que trabalham nas UEEA do distrito de Viseu. Trata-se de uma amostra não probabilística de conveniência (Moroco, 2007), constituída por sujeitos voluntários que, depois de esclarecidos se disponibilizaram para participar na nossa investigação e que, julgamos, serem aqueles que estão mais directamente relacionados com a problemática da investigação.

O método utilizado tem a vantagem de ser rápido e mais expedito, mas, encontra algumas desvantagens no que diz respeito ao rigor e generalização, uma vez que, os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados para o universo do estudo (Hill e Hill, 2005).

2.2. Instrumento

Um questionário é, por definição, “um instrumento estandardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem” (Ghiglione & Matalon, 1993, p.121) Ou seja, “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores” (Quivy e Campenhoudt, 2003, p.188).

A escolha do questionário como instrumento de recolha de dados constitui uma das opções metodológicas deste estudo, na medida em que se apresenta como mais adequada a um dos nossos propósitos: o de questionar de uma forma impessoal sobre um tema preciso. Por outro lado, entendemos que a utilização do questionário seria vantajosa, devido à sua facilidade de aplicação, pode abranger um largo número de dados homogéneos susceptíveis de tratamento estatístico.

Após várias pesquisas efectuadas acerca dos instrumentos mais vulgarmente utilizados para avaliar o comportamento de crianças e jovens, decidimos recorrer à ECIP-2 – “Escala de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição” que são uma tradução e adaptação das PKBS – 2 – *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – 2nd Edition* (Merrel, 2002).

O instrumento original é um inventário do comportamento especificamente desenvolvido para ser utilizado com crianças dos 3 aos 6 anos de idade (Merrel, 2002) e é constituído por 76 itens que abordam questões comportamentais e emocionais em crianças dos 3 aos 6 anos.

Este instrumento engloba a «Escala de Aptidões Sociais» (EAS), com 34 itens, que procuram avaliar os comportamentos sociais e emocionais das crianças que frequentam o jardim-de-infância e a «Escala de Problemas de Comportamento» (EPC), com 42 itens, que avaliam os comportamentos problemáticos ao nível social e emocional.

O manual (Merrell, 2002) das PKBS-2 oferece ainda três níveis de interpretação e utilização dos resultados obtidos. O processo de cotação envolve os seguintes passos:

- Calcular os resultados brutos para cada uma das subescalas: EAS e EPC;

- Converter os resultados brutos em resultados padronizados, percentis e níveis de risco;
- Somar os resultados padronizados, de forma a criar compósitos;
- Converter os resultados compósitos padronizados em percentis e níveis de risco para cada uma das escalas EAS e EPC.

Uma versão de investigação com base na PKBS-2 de Merrell foi também traduzida e adaptada por Gomes & Pereira (2009), com permissão do autor, para a língua portuguesa. Ambas, as versões destinaram-se exclusivamente à investigação e estudos exploratórios.

Por sua vez, a ECIP-2, Escala de Comportamento para a Educação Pré-escolar- 2ª edição, é uma tradução da versão original das PKBS-2, cujo processo de adaptação e validação para a população portuguesa, nível pré-escolar, foi realizado por Sofia Oliveira Major (Major, 2007) na sua dissertação de mestrado, sob orientação científica da Professora Doutora Maria João Seabra-Santos (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra).

À ECIP-2 foram adicionados 14 itens relativamente à versão original das PKBS-2, englobados em duas escalas: ‘Escala de Aptidões Sociais (EAS)’, com 36 itens, composta pelas subescalas: ‘Cooperação social’, ‘Interacção social’ e ‘Independência social’ e, ‘Escala de Problemas de Comportamento (EPC)’, com 54 itens, para avaliar comportamentos problemáticos ao nível social e emocional das crianças que frequentam o jardim-de-infância. Esta última escala, a utilizada por nós no nosso estudo, abrange problemas Externalizantes (EPC-E) e problemas internalizantes (EPC-I), incluindo as subescalas suplementares ‘Auto Centrado/ explosivo’, ‘Problemas de atenção/ excesso de actividade’; ‘Antissocial/ agressivo’; ‘Evitamento social’ e ‘Ansiedade/ queixas Somáticas’.

Na revisão de literatura, constatamos que os estudos psicométricos desenvolvidos sobre a PKBS-2, apresentam os itens distribuídos por duas componentes (factores) que representam duas dimensões distintas dos problemas de comportamento, acima referidos: problemas externalizantes e problemas internalizantes. Ou seja:

Problemas externalizantes – caracterizados por comportamentos disruptivos, de desobediência às regras, manifestações de actividade excessiva, inquietude,

impulsividade e episódios de agressividade para com os outros. Segundo Major (2007), estes comportamentos convergem em três componentes:

- Ext1: autocentrado/explosivo, com 11 itens (7, 8, 10, 13, 19, 22, 31, 32, 35, 37 e 41), que reflectem comportamentos imprevisíveis, impulsivos, desafiantes, alterações de humor...
- Ext2: atenção/ actividade excessiva, com 8 itens (1, 6, 14, 15, 16, 20, 25 e 39), que envolvem comportamentos de irrequietude e agitação, dificuldades de concentração e no cumprimento de regras...
- Ext3: antissocial/ agressividade, com 8 itens (3, 11, 21, 26, 29, 34, 40 e 42) que implicam comportamentos anti-sociais, sustentados na agressividade para com os outros...

Problemas internalizantes – caracterizam-se através de comportamentos associados a estados de ansiedade e depressão, afastamento e evitamento social acompanhado frequentemente de queixas somáticas (amuos, recusas, choros...). Estes comportamentos convergem em:

- Int4: evitamento social, com 7 itens (4, 12, 17, 27, 28, 30 e 33), que traduzem problemas de interacção social e no relacionamento com os outros...
- Int5: ansiedade/ queixas somáticas, com 8 itens (2, 5, 9, 18, 23, 36 e 38), resultantes de estados de tensão e ansiedade e medos...

A definição operacional das variáveis usadas para a presente investigação coincide com a descrição funcional dos factores, tal como interpretado no processo de validação e dimensionamento da versão portuguesa da Escala de Problemas de Comportamento (EPC-E e EPC-I) realizado por Major e Seabra-Santos (Major, 2007).

Parte I: Inclui questões directas de identificação/caracterização das crianças/alunos com PEA, operacionalizadas através das variáveis: Sexo; Idade; Nível de Ensino (Pré Escolar ou 1º Ciclo); Diagnóstico da PEA; Forma de comunicação (verbal, não verbal) utilizada pela criança/aluno; Modelo (s) de intervenção utilizados na UEEA; Terapias de que a criança/aluno com PEA beneficia.

Parte II: Inclui as subescalas ECP-E e ECP-I das ECIP-2, que é um inventário dos problemas do comportamento, especificamente

desenvolvido para ser utilizado com crianças dos três aos seis anos de idade. Foi ainda acrescentado um espaço para os inquiridos registarem informação adicional (resposta aberta) relativa a comportamentos problemáticos das crianças/alunos com PEA que não estejam expostos na escala EPC da ECIP-2.

“Nas respostas em escala pretende-se que o respondente situe a sua resposta num dos níveis de uma escala proposta” (Afonso, 2005, p. 104). Os itens foram cotados com recurso a uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos, em que 0 tem o valor de «nunca»; 1 tem o valor de «raramente»; 2 tem o valor de «às vezes» e 3 tem o valor de «muitas vezes».

No questionário foram dadas as seguintes instruções para aplicação da escala - Durante os últimos três meses, (1) Se a criança não exibiu um comportamento específico ou se não teve a oportunidade de o observar, assinale 0, que indica Nunca; (2) Se a criança poucas vezes exibiu um comportamento específico ou característica, assinale 1, que indica Raramente; (3) Se a criança ocasionalmente exibiu um comportamento específico ou característica, assinale 2, que indica, Às vezes; (3) Se a criança frequentemente exibiu um comportamento específico ou característica, assinale 3, que indica, Muitas vezes.

2.3. Metodologia e Procedimentos

Para este estudo ficou decidido usar um método de cariz mais quantitativo num “processo indutivo-exploratório (contexto da descoberta), que passará pela formulação de teorias interpretativas” (Boutin, Goyette & Lessard-Hébert, 2005, p.96).

Para podermos utilizar uma das escalas (EPC) do instrumento ECIP-2, foi assinado um documento (numa fase inicial) por nós e pela autora da versão portuguesa das PKBS-2, no qual se apresentam as condições de utilização do mesmo. Posteriormente a mesma autora emitiu um documento semelhante, porém numa versão mais resumida, o qual se encontra em anexo.

Em conformidade com o que foi acordado entre ambas as partes, os resultados obtidos com as EPC, no presente estudo, serão partilhados com a Mestre Sofia Major, uma vez que acabarão por funcionar como uma validação

complementar ao estudo realizado pela mesma, por aplicação junto de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo.

Antes da aplicação do instrumento de recolha de dados definitivo, efectuámos o levantamento prévio das UEEA existentes no distrito de Viseu, bem como os Agrupamentos de Escola, aos quais estas pertencem. Este levantamento foi efectuado através do contacto com a Direcção Regional de Educação do Centro (vias telefone e correio electrónico). Posteriormente contactámos telefonicamente os Agrupamentos de Escolas que incluem as UEEA, para tentar saber qual a população escolar com PEA do Pré-Escolar e o 1º e CEB que as frequentam.

Para que fosse possível a aplicação do instrumento, foi efectuado um pedido de autorização para aplicação de questionários/realização de estudos de investigação em meio escolar, dirigido à Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) – Ministério da Educação, nos termos previstos no Despacho nº 1584/2007.

Após a autorização da DGIDC (em anexo) foi efectuado o pedido de autorização, para aplicação das EPC da ECIP-2, à direcção dos agrupamentos/escolas por contacto telefónico. As EPC foram distribuídas durante o mês de Abril e recolhidas durante o mês de Maio. Foi pedido aos professores de educação especial (inquiridos) que atribuissem um código a cada criança/aluno, no sentido de proteger a sua identidade. Devido ao tamanho reduzido da amostra, as EPC foram entregues e recolhidas por nós próprios, nas oito UEEA do Distrito de Viseu.

Posteriormente, os dados foram submetidos a tratamento estatístico, utilizando o programa SPSS-v15.0 for Windows (*Statistical Package for Social Sciences*). A partir da base produzida, procedeu-se à análise descritiva das frequências das respostas dadas pelos respondentes e ao cálculo de algumas medidas amostrais de tendência central e/ou de dispersão, através das respostas nos itens e, de acordo com as leis e propriedades de uma distribuição *Normal*.

No tratamento estatístico dos resultados, como critério geral, optamos por considerar que as pontuações obtidas nas escalas fossem o somatório dos resultados obtidos nos respectivos itens originais. Não foram controladas as

variáveis que serviram, primeiro para caracterizar a amostra e depois para a apresentação e análise dos resultados.

CAPÍTULO VII

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Introdução

Neste capítulo, apresentamos e analisamos os resultados obtidos através de análises descritivas, tomando os dados referentes à criança/aluno e as pontuações obtidas na escala de problemas de comportamento (EPC).

Fazemos a caracterização da amostra retida. A nível descritivo, procuramos fazer um retrato muito sumário e superficial das características psicométricas do instrumento usado recorrendo à análise discriminatória, de validação interna (consistência) e dimensionalidade (factorial) dos resultados obtidos nos itens da EPC. Importa frisar que são dados preliminares e exploratórios, provenientes de uma amostra reduzida (N=39) e circunscrita ao grupo de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) que frequentam UEEA do distrito de Viseu.

Seguidamente apresentamos e analisamos os resultados globais relativos aos problemas de comportamento observados, na amostra, e estudamos as possíveis (co) relações e influências entre as diferentes variáveis do estudo.

1. Adaptação da Escala à população em estudo

A EPC-E e EPC-I incluíram 54 itens que representam a variedade de problemas de comportamento das crianças em idade pré-escolar. A fim de verificar a estrutura dimensional, obtida por Major (2007), submetemos os resultados da nossa amostra a uma extracção factorial pelo método das componentes principais (ACP), com normalização Kaiser (valor próprio superior a 1). A solução obtida, não interpretável, extraiu 12 componentes principais a explicar 86,21 % do total da variância.

A visualização do gráfico (*scree plot*) sugeria a retenção de, no máximo, três componentes que explicavam 57,04 % do total da variância. Tendo por base a estrutura bi-factorial da EPC da versão original (PKBS-2) e os resultados obtidos

na tradução em língua portuguesa (ECIP-2), impusemos a retenção de duas componentes com rotação ortogonal (método *Varimax*) da matriz das componentes principais seguindo o procedimento usual do SPSS.

A solução convergiu em 3 iterações numa estrutura de 2 componentes que explicavam 48,83% do total da variância (valores consistentes com os estudos anteriores). Conforme se pode observar na Tabela Nº 1, na matriz rodada, a maioria dos itens saturavam na 1ª componente (valor próprio igual a 21,16 e 39,18% da variância explicada), reflectindo claramente problemas de comportamento externalizantes.

A 2ª componente (valor próprio igual a 5,21 e 9,64% de variância explicada) em que a maioria dos itens reflecte problemas internalizantes.

Ao comparar os resultados obtidos na extracção da EPC-54 itens da ECIP-2, a partir da amostra total (N=640) com a extracção tomada a partir da nossa própria amostra (N= 39), observa-se que há uma clara sobreposição dos itens da escala EPC em ambas as amostras. Algumas discrepâncias, encontradas, são facilmente compreensíveis e justificáveis, desde logo, pela reduzida dimensão e natureza ímpar da nossa amostra (crianças com PEA), pelo processo metodológico seguido (rácio nº de sujeitos/ nº de itens), qualidade métrica e sensibilidade dos resultados nos itens, por diferentes percepções e interpretações dos comportamentos, nos contextos de recolha dos dados, etc.

Todos os itens saturam acima do valor critério na componente prevista, com excepção dos itens números: 2, 21, 22, 26, 29, 32, 40, 45, 50, 52 e 54 que migram da EPC-E para a EPC-I. A inclusão destes itens no conjunto dos problemas internalizantes parece explicável, em função das características psicológicas e comportamentais de uma criança com PEA.

A migração dos itens 4, 30, 33, 37, 44 e 47 também é compreensível, uma vez que são itens que avaliam comportamentos que se podem exteriorizar facilmente em crianças com PEA. Já a omissão (carga factorial inferior a .35) dos itens números 5, 28 e 53 é mais difícil de explicar tendo em conta o respectivo conteúdo. Estes itens sugerem a observação de comportamentos internalizantes, no sentido do evitamento /rejeição social.

Ambos as componentes apresentam uma percentagem de variância explicada aproximada aos valores correspondentes da ECIP-2. Os valores

próprios também são consistentes em ambas as matrizes. A 1ª componente, designada de problemas externalizantes é também a que agrupa maior número (32 itens). Quanto à 2.ª componente, agrupa 20 itens associados a problemas internalizantes.

Estes dados vêm confirmar resultados obtidos junto de outras amostras e salienta as qualidades psicométricas e avaliativas da EPC da ECIP-2. A confirmação da maioria dos itens, que estruturam a ECIP-2 (Major, 2007), reforça a ideia de que este instrumento é adequado e útil à realidade educativa portuguesa.

Tabela Nº 1: Matriz rodada das componentes principais dos resultados nos itens da EPC-Externalizante/Internalizante

	Major (2007) Amostra Total (N=640)		Amostra PEA (N=39)	
	Externaliza	Internaliza	Externaliza	Internaliza
01. Age impulsivamente sem pensar	,72		,72	
02. Adoece quando está aborrecido(a) ou..		,43		,73
03. Faz troça ou implica c/ outras crianças	,69		,42	
04. Não responde ao afecto dos outros		,42	,46	
05. Agarra-se aos pais/ prestador cuidados		,52		--
06. Faz barulhos que incomodam os outros	,69		,61	
07. Enerva-se facilmente ou faz birras	,65		,78	
08. Requer toda a atenção	,51		,60	
09. É ansioso(a) ou tenso(a)		,54		,56
10. Não partilha	,45		,59	
11. É fisicamente agressivo(a)	,75		,66	
12. Evita brincar com outras crianças		,54	,32	
13. Grita ou berra quando está zangado(a)	,68		,80	
14. Tira coisas às outras crianças	,72		,79	
15. Tem dificuldades em concentrar-se ou	,60		,34	
16. Desobedece às regras	,71		,84	

17. Tem dificuldade em fazer amigos		,59	,44	
18. É apreensivo(a) ou medroso(a)		,71		,59
19. Tudo tem de estar à maneira dele(a)	,62		,52	
20. É extremamente activo(a)	,72		,70	
21. Procura vingar-se dos outros	,69			,61
22. Desafia o adulto	,72			,62
23. Queixa-se de estar doente, com dores ou		,52		,83
24. Resiste em ir para o jardim/escola/creche		,59		,72
25. É irrequieto(a) e agitado(a)	,75		,85	
26. Chama nomes às pessoas	,65			,73
27. É difícil de consolar quando está triste, ...		,61	,50	,48
28. Afasta-se da companhia dos outros		,65		--
29. Ameaça ou intimida outras crianças	,63			,77
30. Aparenta estar infeliz ou deprimido(a)		,66	,72	
31. Tem um comportamento imprevisível	,62		,77	
32. Tem ciúmes de outras crianças	,39			,59
33. Comporta-se c/ uma criança mais nova		,36	,44	
34. Destrói objectos que pertencem aos outros	,65		,60	
35. É mal-humorado(a) ou temperamental	,55		,75	
36. É sensível à crítica ou repreensão		,51		,41
37. Choramanga ou queixa-se		,58	,50	
38. As outras crianças aproveitam-se dele(a)		,54		,78
39. Perturba o funcionamento de actividades	,73		,93	
40. Diz mentiras	,57			,80
41. É facilmente provocador(a)	,72		,66	
42. Aborrece e incomoda outras crianças	,75		,84	
43. É desobediente	,79		,83	
44. Chora facilmente		,58	,45	
45. Culpa os outros pelos seus próprios erros	,65			,59

46. Não sabe esperar	,70		,73	
47. Parece apático(a) ou desmotivado(a)		,60	,55	
48. Não parece sentir-se culpado(a)...	,52		,57	
49. É acanhado(a) ou envergonhado(a)		,63		,43
50. Envolve-se em muitas brigas	,70			,65
51. Não sabe divertir-se		,54		,37
52. Não muda o seu comportamento ...	,48			,49
53. Não responde quando falam com ele(a)		,37	--	
54. É queixinhas	,40			,78

Valor próprio	14,93	7,90	21,16	5,21
% de Variância	27,64	14,63	39,18	9,64

Método de extracção: ACP
Método de rotação: Varimax

1.1.Subescalas suplementares da EPC da PKBS-2

Fomos também estimar como os factores mais específicos apresentados na PKBS-2 (Merrell, 2002) se comportavam junto da amostra retida de crianças com PEA. Tal como se pode verificar na Tabela Nº 2, para o efeito, optámos por fazer separadamente uma análise de componentes principais (método ACP) seguida de rotação *Varimax*, aos resultados obtidos nos 42 itens originais, relativos aos problemas de comportamento Externalizantes (EPC-E) e, aos problemas de comportamento Internalizantes (EPC-I).

A observação da matriz de extracção das componentes principais (ACP) permitiu verificar, de acordo com os critérios de normalização de valor próprio superior a 1, extraímos uma solução, não interpretável, com 5 componentes que explicavam 75,01% do total da variância (EPC'E) e que todos os itens se salientavam em algum factor acima do critério mínimo de (.40).

Atendendo aos objectivos exploratórios deste estudo, optamos por fixar uma solução com imposição de 3 componentes principais que explicam 61,88% do total da variância na EPC-E. Observando os *Outputs* estatísticos produzidos pelo SPSS, registamos que a solução obtida, após rotação ortogonal da matriz

principal, aproximou-se do dimensionamento estabelecido na versão original das PKBS-2 (Merrell, 2002).

Nesta solução tri-factorial, a comunalidade que indica a percentagem de covariância de cada item considerada para a extracção das componentes é aceitável (acima de 25%) para todos os itens que constituem a EPC-E, validando a sua consistência interna.

Conforme a Tabela Nº 2, na matriz rodada, a 1ª componente (11 itens), denominada de 'Autocentrado/ Comportamento explosivo', explica 34,43% do total da variância (valor próprio igual a 5,16) e salienta todos os itens previstos para esta escala, à excepção dos itens 8 (satura na 3ª componente) e 32 (satura na 2ª componente) que revelam dificuldade de apropriação à sua componente inicial. A 2ª componente (8 itens), denominada de 'Problemas de atenção/ actividade excessiva', explica 17,01 % do total da variância (valor próprio igual a 2,55) e salienta todos os itens previstos, à excepção do item 6 que obteve uma carga superior na 1ª componente. A 3ª componente (8 itens), denominada de 'Antissocial/ problemas de agressividade', explica 10,44% da variância e, tem valor próprio igual a 1,57, salientando todos os itens previstos, à excepção do item 42 que apresenta uma carga factorial superior na 1ª componente.

Tabela Nº 2: Matriz rodada das componentes principais dos resultados nos itens da EPC-Externalizante

Descrição dos itens	Comunalidade	Componentes		
		1	2	3
	%			
07. Enerva-se facilmente ou faz birras	,81	,818		
08. Requer toda a atenção	,51	,330		0,604
10. Não partilha	,36	,509		
13. Grita ou berra quando está zangado(a)	,78	,796		
19. Tudo tem de estar à maneira dele(a)	,34	,439		
22. Desafia o adulto	,75	,639		
31. Tem um comportamento imprevisível	,82	,826		
32. Tem ciúmes de outras crianças	,39	,330	,527	
35. É mal-humorado(a) ou temperamental	,68	,676		
37. Choramanga ou queixa-se	,50	,679		
41. É facilmente provocador(a)	,75	,725		
01. Age impulsivamente sem pensar	,64			,668
06. Faz barulhos que incomodam	,50	,574		,390
14. Tira coisas às outras crianças	,64			,571
15. Tem dificuldades em concentrar-se	,60			,774
16. Desobedece às regras	,76			,503
20. É extremamente activo(a)	,72			,790
25. É irrequieto(a) e agitado(a)	,76			,588
39. Perturba o funcionamento de actividades	,84			,594

Anti-social / Agressividade	03. Faz troça ou implica c/ outras crianças	,54		,695	
	11. É fisicamente agressivo(a)	,78		,624	
	21. Procura vingar-se dos outros	,77		,836	
	26. Chama nomes às pessoas	,62		,744	
	29. Ameaça ou intimida outras crianças	,87		,857	
	34. Destroí objectos que dos outros	,63		,595	
	40. Diz mentiras	,72		,846	
	42. Aborrece e incomoda outras crianças	,75	,478	,321	
		<i>Valor próprio</i>	5,16	2,55	1,57
		% de Variância	34,43	17,01	10,44
<i>Estudo de Merrell (2002) - % de Variância</i>		53,0%	5,0%	6,0%	
<i>Estudo de Major (2007) - % de Variância</i>		--	--	--	
<i>Estudo de Gomes & Pereira (2009) - % de Variância</i>		62,5%	3,6%	4,7%	

Método de extracção: ACP

Método de rotação: Varimax

A extracção das componentes principais (ACP) permitiu obter, de acordo com os critérios de normalização de Kaiser (valor próprio superior a 1), uma solução com 4 componentes que explicavam 69,31% do total da variância (EPC'I), mas, de difícil interpretação.

Optamos por fixar uma solução com imposição de 2 factores, os quais explicam 51,44% do total da variância na EPC-I. Observando os *Outputs* estatísticos registamos que, após rotação ortogonal sobre a matriz principal, a solução obtida inverteu a ordem de importância de cada uma das componentes para a explicação da variância da EPC-I, mas, ainda assim muito próxima do dimensionamento estabelecido na versão original (Merrell, 2002) e, na versão adaptada para a população portuguesa (Gomes & Pereira, 2009).

Nesta solução bi-factorial, o índice de comunalidade é superior a 25% para todos os itens que constituem a EPC-I. Na matriz rodada, a 2.^a componente (8

itens), denominada de 'Evitamento social' explica do 17,01 % do total da variância (valor próprio igual a 2,55) e salienta todos os itens previstos para esta escala, à excepção dos itens 27, 30 e 33 que saturam na outra componente, revelando alguma dificuldade de apropriação à sua componente inicial. A 2.^a componente (8 itens), denominada de 'Ansiedade/ problemas somáticos', explica 34,43% do total da variância (valor próprio igual a 5,16) salienta todos os itens previstos, à excepção do item 5 e item 36 que obtêm cargas superiores na outra componente.

Tabela Nº 3: Matriz rodada das componentes principais dos resultados nos itens da EPC-Internalizante

	Descrição dos itens	Comunalidade	
		1	2
		%	
Evitamento social	04. Não responde ao afecto dos outros	,349	,522
	12. Evita brincar com outras crianças	,764	,871
	17. Tem dificuldade em fazer amigos	,788	,886
	27. É difícil de consolar se está triste,...	,464	,673
	28. Afasta-se da companhia dos outros	,652	,802
	30. Aparenta estar infeliz ou deprimido(a)	,523	,649
	33. Comporta-se c/uma criança mais nova	,311	,557
Ansiedade/ problemas somáticos	02. Adoece quando está aborrecido(a)	,593	,770
	05. Agarra-se pais/ prestador de cuidados	,327	,549
	09. É ansioso(a) ou tenso(a)	,530	,716
	18. É apreensivo(a) ou medroso(a)	,515	,535
	23. Queixa-se de estar doente, com dores ou	,597	,771
	24. Resiste em ir para o jardim/escola/creche	,441	,599
	36. É sensível à crítica ou repreensão	,254	,455
38. As outras crianças aproveitam-se dele(a)	,606	,766	

	<i>Valor próprio</i>	5,16	2,55
	% de Variância	34,43	17,01
<hr/>			
<i>Estudo de Merrell (2002) - % de Variância</i>		9,0%	42,0 %
<hr/>			
<i>Estudo de Major & Seabra-Santos (2007 - % de Variância</i>		--	--
<hr/>			
<i>Estudo de Gomes &Pereira (2009)- % de Variância</i>		8,1%	42,3 %
<hr/>			

1.2. Consistência interna

Foram estudadas as características psicométricas do instrumento que confirmaram a proximidade dos resultados obtidos com a EPC da ECIP-2 e da PKBS-2. Concluímos que os valores obtidos na análise são considerados muito adequados, apresentando assim, o instrumento uma alta consistência interna.

Para o efeito, começamos por determinar o coeficiente de consistência interna - *Alfa de Cronbach* (procedimento *scale reliability analysis* do SPSS), mantendo na íntegra os 54 itens da versão original da ECIP-2. O *Alfa de Cronbach* (global) para a escala completa de problemas de comportamento (EPC- 54 itens) foi de .97.

Analisando ainda possibilidade de haver algum item cuja eliminação aumentasse o valor da consistência interna, observamos os valores correspondentes à coluna 'correlação item-total' tomados como coeficientes de discriminação. Apenas os itens 5, 12 e 15 apresentavam uma correlação item-total, corrigida, com valores entre .24 e .29, mas, a sua eliminação não alterava o valor de consistência interna.

Seguidamente, tomamos os 42 itens da EPC traduzidos da PKBS-2 (Merrell, 2002) e determinamos o coeficiente de consistência interna para cada uma das subescalas EPC-E e EPC-I, considerando ainda a adição dos 12 itens apresentados na ECIP-2 (Major, 2007). Os resultados obtidos são apresentados

no quadro seguinte em que se comparam os valores de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) com e sem itens adicionais.

A Tabela Nº 4 mostra que os resultados globais para os totais da escala EPC (com ou sem itens adicionais) são iguais em qualquer uma das amostras utilizadas. O *Alfa de Cronbach* é ligeiramente superior na versão americana da PKBS-2 em relação às versões portuguesas.

No estudo de Major (2007) não há valores comparativos para as subescalas EPC-E e EPC-I. Os valores obtidos junto da nossa amostra são considerados bastante adequados e sugerem uma alta consistência interna dos indicadores de ambas as escalas que avaliam os problemas de comportamentos.

Tabela Nº 4: Comparação da consistência interna nos resultados globais EPC-E e EPC-I (com e sem itens adicionais)

	EPC- E		EPC- I		EPC-Total	
	26 itens	33 itens	16 itens	21 itens	42 itens	54 itens
PKBS-2- 42 itens (Merrell, 2002)	.97	--	.96	--	.98	--
EPC- 42 itens (Gomes & Pereira, 2009)	.94	--	.85	--	.96	--
ECIP-2 – 54 itens (Major, 2007)	--	--	--	--	.96	.97
Nosso estudo	.96	.97	.86	.90	.96	.97

2. Dados referentes à amostra

Neste estudo participaram 39 crianças com PEA do ensino pré-escolar e do 1º CEB, que frequentam as Unidades do Ensino Estruturado do distrito de Viseu que se encontram distribuídas pelos seguintes Agrupamentos: Agrupamento de Escolas Grão Vasco – Viseu, Agrupamento de Escolas do Viso – Viseu; Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa; Agrupamento de Escolas de Castro Daire; Agrupamento de Escolas de Mortágua; Agrupamento de Escolas de

Mangualde; Agrupamento de Escolas de Canas de Senhorim e a mais recentemente criada, no Agrupamento de Escolas de Carregal do Sal.

2.1. Distribuição da amostra, por sexo

Como podemos verificar na Tabela Nº 5, a maioria (81,6 %) dos alunos/crianças da nossa amostra é do género masculino. O autismo raramente afecta mais do que uma criança em cada família e, segundo Siegel“ o autismo é a perturbação global do desenvolvimento que afecta quatro a cinco vezes mais rapazes do que raparigas”. (2008, p.25)

Tabela Nº 5: Distribuição da amostra, por Sexo

Sexo	n	%
Feminino	7	18,4 %
Masculino	31	81,6 %
Total	38	100 %

2.2. Distribuição da amostra, segundo a idade

Na amostra, a idade das crianças/alunos varia entre os 3 anos (mínimo) e os 10 anos (máximo) e mais de metade tem idade superior a 8 anos, sendo a média aritmética das idades de 7,18 anos (DP= 2,04).

A fim de facilitar o tratamento estatístico e a interpretação dos resultados, optamos por dividir a amostra em 3 grupos de idade, tal como podemos verificar na Tabela Nº6, usando o critério de intervalos normalizados a partir da média e 2/3 do desvio padrão. O quadro seguinte apresenta o total de efectivos e percentagem, na amostra, de cada um dos grupos etários obtidos, sendo que a maioria da amostra se situa no intervalo de 6-8 anos de idade (43,6%).

Tabela Nº6: Distribuição da amostra, segundo a Idade

Idade (anos)	n	%
3 - 5	9	23,1 %
6 – 8	17	43,6 %
9 - 10	12	30,8 %
Total	39	100 %

2.3. Distribuição da amostra, por nível de ensino

No que concerne ao nível de ensino das crianças, na amostra, verifica-se na Tabela Nº 7, que 14 crianças (35,9%) frequentam a Educação Pré-Escolar, enquanto a maioria dos alunos (25) frequenta o 1º Ciclo do Ensino Básico (64,1 %).

Tabela Nº 7: Distribuição da amostra, por nível de ensino

Idade	n	%
Pré-escolar	14	35,9 %
1º CEB	25	64,1 %
Total	39	100 %

2.4. Diagnóstico da perturbação

Pretendemos saber qual o diagnóstico da perturbação do espectro autista junto das crianças da amostra. Os resultados obtidos, de acordo com a Tabela Nº 8 foram os seguintes:

Concluimos que, na amostra, não foi diagnosticado qualquer caso de síndrome de Rett (0%). Na amostra, uma pequena percentagem (2,6%) foi diagnosticada uma perturbação desintegrativa da segunda infância (PDSI). Também uma mesma percentagem (2,6%) de crianças, na amostra, foi diagnosticada uma perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação (PGDSOE). Para uma percentagem de 5,1% das crianças da amostra foi diagnosticada uma perturbação de Asperger. Por fim, registamos que

a grande maioria (89,7%) das crianças, na amostra, foi-lhe diagnosticada uma perturbação autística (autismo de Kanner, autismo infantil ou autismo clássico).

Tabela Nº 8: Distribuição da amostra, por Diagnóstico da perturbação

Tipo de perturbação	n	%
Autística	35	89,7 %
Síndrome de Asperger	2	5,1 %
Desintegrativa	1	2,6 %
Atípica	1	2,6 %
Síndrome de Rett	0	0
Total	39	100 %

Salientamos que, neste grupo de crianças, uma parte importante (17,9%) tem outra(s) perturbação(ões) associada(s) e distribuídas conforme a Tabela Nº 9. Verificamos que 1 criança da amostra (2,6%), apresenta associada à PEA a síndrome de X- Frágil; 2 têm associada uma Surdez Bilateral (5,2%); 5 têm associado à PEA um Défice Cognitivo e por fim 31 não apresentam associada qualquer perturbação (79%).

Tabela nº9: Distribuição da amostra, por tipo de perturbação associada

Perturbação associada	n	%
Nenhuma	31	79,5 %
Défice cognitivo	5	12,7 %
Surdez bilateral	2	5,2 %
X-Frágil	1	2,6 %
Total	39	100 %

2.5. Forma de comunicação utilizada pela criança/aluno

Pretendemos saber qual a forma de comunicação frequentemente usada pela criança/aluno.

De acordo com a Tabela Nº 10, a maioria (71,8%) das crianças da amostra utiliza a forma de comunicação verbal. Apenas um elemento da amostra indica os dois tipos de comunicação verbal/ não verbal.

Por outro lado, uma quarta parte (25,6%) utiliza meios não-verbais de comunicação (aumentativo/alternativo) com indicação do sistema de comunicação através de figuras (PECS - *Picture Exchange Communication System*).

Tabela Nº10: Distribuição da amostra, por forma de comunicação utilizada pela criança

Forma de comunicação	n	%
Verbal	28	71,8 %
Não verbal (aumentativo/alternativo)	10	25,6 %
Verbal e Não verbal	1	2,6 %
Total	39	100 %

2.6. Dados referentes ao apoio na UEEA

No questionário eram indicadas as opções: TEACCH, ABA e outros (com especificação).

Os resultados permitiram constatar que a totalidade da amostra (100%) assinalou utilizar o modelo TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* - Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Perturbações da Comunicação).

Quanto ao modelo estruturado ABA, o qual faz uma análise aplicada ao comportamento da criança, não obteve qualquer indicação (0%) junto da amostra.

2.7. Terapias de que a criança/aluno beneficia na UEEA

Através da Tabela Nº11, constatamos que a totalidade das crianças da amostra (100%) é apoiada pela Terapia da Fala e conjuga mais que um tipo de terapia. Em segundo plano, observamos que a Hipoterapia é aquela que beneficia mais de 46,3% das crianças da amostra, seguida da Terapia Ocupacional com cerca de 36,1% e da Hidroterapia, com 20,6%. A musicoterapia surge a beneficiar cerca de 10,3% da totalidade da amostra. Conforme se pode verificar uma percentagem importante de 12,8% da totalidade das crianças, na amostra, beneficia de outro (s) tipo (s) de terapia. Assinalamos que pelo menos 17,8% destas crianças da amostra beneficiam de apoio psicológico, enquanto 5,2% é apoiada através da fisioterapia, psicomotricidade e da natação.

Tabela Nº11: Distribuição da amostra, por tipo de terapias que beneficia

Nº de Terapias	n	%
Psicoterapia	1	2,6 %
Terapia da fala	39	100 %
Terapia ocupacional	14	36,1 %
Hipoterapia	18	46,3 %
Musicoterapia	4	10,3 %
Hidroterapia	3	7,8 %
Outra(s)	8	20,5 %

Observa-se pela Tabela Nº12 que apenas 30,8 % da totalidade da amostra beneficia de uma única forma terapêutica (Terapia da Fala). Os restantes, em maioria (69,2%), beneficiam de duas (30,8%), três (23,3%) ou quatro (15,4%) tipos de terapia diferente em concomitância.

Tabela Nº 12: Distribuição da amostra, por Nº de terapias beneficiadas

Nº de terapias	n	%
Uma	12	30,8 %
Duas	12	30,8%
Três	9	23,3%
Quatro	6	15,4 %
Total	39	100 %

3. Problemas de Comportamento- Resultados Globais

O estudo realizado acerca das características psicométricas da escala ECIP-2 totalizou os 54 itens e os dados foram sujeitos a procedimentos idênticos aos adotados para as escalas PKBS-2, adaptadas à população portuguesa (Major e Seabra-Santos, 2007; Gomes e Pereira, 2009).

Apresentamos de seguida algumas das características psicométricas da escala EPC, relativamente à amostra retida (N=39), tendo por base as respostas dadas pelos respectivos professores/educadores das UEEA, na escala, tipo Likert, com 4 níveis de respostas, em que 0 tem o valor de «nunca»; 1 tem o valor de «raramente»; 2 tem o valor de «às vezes» e 3 tem o valor de «muitas vezes» observado na criança/ aluno com PEA, durante os últimos três meses.

Iniciamos a nossa análise aos resultados globais, obtidos através da definição operacional das EPC, coincidente com a descrição funcional dos problemas de comportamento internalizantes/ externalizantes, tal como interpretados na validação e dimensionamento factorial da versão portuguesa do EPC da ECIP-2 (Major, 2007).

Admitimos que nem todas as componentes contribuem do mesmo modo e significativamente para explicar a variância dos resultados na escala de problemas de comportamento.

3.1. Resultados obtidos na EPC-E

Na Tabela Nº13 indicam-se as medidas de tendência central (média e mediano) e de dispersão (desvio padrão e leque) da distribuição das respostas nos itens 1-54 do EPC- E (Externalizante) .

A observação da Tabela com a distribuição das pontuações médias obtidas em cada um dos itens da EPC-E permite concluir que, na nossa amostra, a pontuação mais elevada (média = 2,49; DP= 0,64) foi obtida no item '15. Tem dificuldades em concentrar-se' que integra a subescala 'Atenção/ Actividade excessiva' sendo neste caso, que a maioria (> 50%) indica que isto acontece muitas vezes (mediano= 3). Ainda nesta subescala, o item '01. Age impulsivamente sem pensar' é o que se segue, com uma pontuação média = 2,26 (DP= 0,91) sendo que, este comportamento ocorre às vezes, para a maioria das crianças da amostra.

Também para a maioria das crianças, na subescala 'Autocentrado/ Explosivo', o item 07-Enerva-se facilmente ou faz birras' é o que pontua mais elevado (média = 2,15; DP= 1,06), seguido do item 08- Requer toda a atenção (média = 2,03; DP= 0,93).

Na subescala 'Anti-social/ Agressividade, o item '42. Aborrece e incomoda outras crianças' é aquele que tem média = 1,59 (DP=1,12) mais elevada, seguido do item '11. É fisicamente agressivo(a)' com pontuação média = 1,15 (DP=1,09). No que concerne aos itens adicionais, o item '46. Não sabe esperar' é aquele que apresenta uma pontuação média = 2,21 (DP=0,92) mais elevada.

No pólo oposto, verificamos que a maioria dos inquiridos entende *nunca* (mediano= 0) acontecer o comportamento 'Diz mentiras' (item 40) da subescala 'Anti-social/ Agressividade, com uma pontuação média = 0,67 (DP=1,01).

Registamos ainda o dado curioso de que, na maioria das crianças da amostra, *nunca* se observaram nos últimos três meses alguns comportamentos de tipo externalizante reflectidos, por exemplo, nos itens: 'Procura vingar-se dos outros (item 21); Chama nomes (palavrões) às pessoas (item 26); Ameaça ou intimidar os outros (item 29); Destroí objectos das outras crianças (item 34); Diz mentiras (item 40); Culpa os outros pelos seus próprios erros (item 45) e; Envolve-se em brigas (item 50). Estes itens foram adicionados 'à posteriori', no estudo realizado por Major (2007), à escala EPC-E.

Tabela nº13-Elementos estatísticos das respostas na EPC-E

	Problemas de comportamento	Média	Desvio Padrão	Mediano 50%	Leque
Autocentrado/ Explosivo	7. Enerva-se facilmente ou faz birras	2,15	1,06	2	0-3
	8. Requer toda a atenção	2,03	0,93	2	0-3
	10. Não partilha	1,56	0,88	2	0-3
	13. Grita ou berra quando está zangado(a)	1,85	1,11	2	0-3
	19. Tudo tem de estar à maneira dele(a)	1,95	0,86	2	0-3
	22. Desafia o adulto	1,56	1,09	2	0-3
	31. Tem um comportamento imprevisível	1,79	0,98	2	0-3
	32. Tem ciúmes de outras crianças	1,59	1,09	1	0-3
	35. <i>É mal-humorado(a) ou temperamental</i>	<i>1,41</i>	1,09	1	0-3
	41. <i>É facilmente provocador(a)</i>	1,51	1,19	1	0-3
43. <i>É desobediente</i>	1,92	0,93	2	0-3	
Atenção/ Actividade excessiva	1. Age impulsivamente sem pensar	2,26	0,91	2	0-3
	6. Faz barulhos que incomodam os outros	1,51	1,12	3	0-3
	14. <i>Tira coisas às outras crianças</i>	<i>1,41</i>	1,02	1	0-3
	15. Tem dificuldades em concentrar-se	2,49	0,64	3	1-3
	16. Desobedece às regras	2,18	0,85	2	0-3
	20. <i>É extremamente activo(a)</i>	1,72	0,97	2	0-3
	25. <i>É irrequieto(a) e agitado(a)</i>	2,00	1,00	2	0-3
39. Perturba as actividades	1,87	1,08	2	0-3	
Anti-social/ Agressividade	3. Faz troça ou implica c/as outras crianças	1,05	1,12	1	0-3
	11. É fisicamente agressivo(a)	1,15	1,09	1	0-3
	21. Procura vingar-se dos outros	0,90	1,05	0	0-3
	26. Chama nomes às pessoas	0,74	1,14	0	0-3
	29. Ameaça ou intimida outras crianças	0,77	1,01	0	0-3
	34. Destroí objectos que dos outros	0,82	1,02	0	0-3
	40. <i>Diz mentiras</i>	<i>0,67</i>	1,01	0	0-3
42. Aborrece incomoda outras crianças	1,59	1,12	2	0-3	
Itens adicionais	45. Culpa os outros pelos seus erros	0,79	1,08	0	0-3
	46. Não sabe esperar	2,21	0,92	2	0-3
	48. Não parece sentir-se culpado(a) ...	1,33	1,08	1	0-3
	50. Envolve-se em muitas brigas	0,79	1,06	0	0-3
	52. Não muda o seu comportamento se ...	1,19	0,91	1	0-3
	54. <i>É queixinhas</i>	0,82	0,95	0,5	0-3

3.2. Resultados globais obtidos na EPC-I

Na Tabela Nº 14, indicam-se as medidas de tendência central (média e mediano) e de dispersão (desvio padrão e leque) da distribuição das respostas nos itens 1-54 do EPC- I (Internalizante).

A observação da tabela com a distribuição das pontuações médias obtidas em cada um dos itens da EPC-I permite concluir que, na nossa amostra, a pontuação mais elevada (média = 2,13; DP= 0,74) foi obtida no item '09.É ansioso(a) ou tenso (a)' da subescala 'Ansiedade/ Queixas somáticas', sendo neste caso, que a maioria (> 50%) indica que isto acontece algumas vezes (mediano = 2). Ainda nesta subescala, o item '36. É sensível à crítica ou repreensão' é o que se segue, com média = 2,00 (DP=0,86). No pólo oposto, verificamos que a maioria dos inquiridos entende *nunca* (mediano= 0) acontecer 'As outras crianças aproveitarem-se dele (item 38) ', com média = 0,54; (DP= 0,82).

Na subescala 'Evitamento social', os itens '17. Tem dificuldade em fazer amigos' e '28. Afasta-se da companhia dos outros', são aqueles que pontuam mais alto com média = 1,82 (DP= 0,99 e 0,91, respectivamente). O comportamento menos valorizado nesta subescala foi o item '30. Aparenta estar infeliz ou deprimido (a)' com média = 1,08 (DP= 0,94).

Tabela nº 14: Elementos estatísticos das respostas na EPC-I

Problemas de comportamento	Média	Desvio Padrão	Mediano 50%	Leque
4. Não responde ao afecto dos outros	1,44	0,75	1	0-3
12. Evita brincar com outras crianças	1,72	0,97	2	0-3
17. Tem dificuldade em fazer amigos	1,82	0,99	2	0-3
27. É difícil de consolar se triste ou ...	1,31	0,89	1	0-3
28. Afasta-se da companhia dos outros	1,82	0,91	2	0-3
30. <i>Aparenta estar infeliz ou deprimido(a)</i>	1,08	0,94	1	0-3
33. Comporta-se c/ uma criança mais nova	1,77	1,01	2	0-3
37. Choraminga ou queixa-se	1,67	1,01	2	0-3

Ansiedade/ Queixas	2. Adoece quando está aborrecido(a)	0,90	1,02	1	0-3
	5. Agarra-se aos pais/prestador de cuidado	1,05	0,99	2	0-3
	9. É ansioso(a) ou tenso(a)	2,13	0,74	2	1-3
	18. É apreensivo(a) ou medroso(a)	1,62	0,93	2	0-3
	23. Queixa-se de estar doente, ou...	1,08	1,08	1	0-3
	24. Resiste em ir ao jardim/escola/creche	0,76	0,79	1	0-3
	36. É sensível à crítica ou repreensão	2,00	0,86	2	0-3
38. <i>As outras crianças aproveitam-se dele</i>	<i>0,54</i>	0,82	0	0-3	
Itens adicionais	44. Chora facilmente	1,69	1,00	2	0-3
	47. Parece apático(a) ou desmotivado(a)	1,54	0,94	1	0-3
	49. É acanhado(a) ou envergonhado(a)	0,87	0,98	1	0-3
	51. Não sabe divertir-se	0,76	0,89	0,5	0-3
	53. Não responde quando falam com ele(a)	1,29	0,87	1	0-3

3.3 Resultados com base em dados referentes às crianças com PEA

Tendo em vista analisar eventuais diferentes resultados nas escalas de problemas de comportamento entre os grupos de crianças com PEA, fomos testar possíveis variações nas pontuações globais obtidas na EPC-E e EPC-I, segundo os dados referentes às crianças/ alunos com PEA: sexo, idade, nível de ensino.

Face aos resultados obtidos no teste de normalidade (K-S), aceitamos que os resultados na EPC-E, na EPC-I e, no total das escalas, seguiam uma distribuição *normal*. De seguida, utilizamos testes paramétricos para a comparação das pontuações médias dos resultados nas escalas com base nos dados referentes às crianças com PEA.

Nas tabelas seguintes apresentamos as médias e desvio-padrão dos resultados globais obtidos nas EPC-Externalizante e EPC-Internalizante, segundo as características: sexo, grupo etário e nível de ensino frequentado das crianças, na amostra.

Pela análise da Tabela N^o15 verificamos que na escala de problemas de comportamento externalizantes (EPC-E), as raparigas obtêm pontuações médias mais elevadas em todos os indicadores e que há um aumento gradual das pontuações com a idade. Este dado é consistente com os resultados segundo o nível de ensino.

Registamos uma maior dispersão dos resultados obtidos na escala E3 (Anti-social/ agressividade) para todos os grupos de crianças.

Tabela nº 15: Variação dos resultados na EPC-Externalizantes

		E1		E2		E3		Total	
		média	DP	média	DP	média	DP	média	DP
Sexo	Feminino	20,28	3,9	18,9	4,8	7,43	4,9	55,00	13,8
	Masculino	18,72	9,4	15,2	6,4	7,77	7,0	50,56	26,6
Idade	3 – 5 anos	19,75	8,7	15,7	5,5	6,89	6,8	51,12	25,0
	6 – 8 anos	16,81	7,9	14,82	6,0	6,00	5,2	42,20	21,4
	9 – 10 anos	21,5	9,4	16,25	6,9	10,70	7,7	61,70	27,3
Nível ensino	Pré-escolar	18,75	7,5	15,50	5,5	7,1	5,8	48,58	22,3
	1º CEB	19,24	9,1	15,40	6,4	8,0	7,0	53,04	25,2

Segundo a Tabela Nº16, na escala de problemas de comportamento internalizantes (EPC-I) verificamos que são também as raparigas que obtêm pontuações médias mais elevadas em todos os indicadores.

Ao nível da idade, há uma oscilação das pontuações médias entre os grupos (não significativa), sendo que as crianças entre os 6-8 anos são aquelas que, em média, pontuam mais baixo.

Quanto ao nível de ensino, é possível observar um aumento gradual das pontuações médias.

Contudo, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de crianças com PEA em função das características: sexo, grupo de idade e nível de ensino, uma vez que, no intervalo de confiança fixado, os resultados amostrais não permitiram rejeitar a hipótese das pontuações média serem iguais entre os grupos.

Tabela nº 16: Variação dos resultados na EPC-Internalizantes

		I1		I2		Total	
		média	DP	média	DP	média	DP
Sexo	Feminino	12,23	3,6	11,57	5,6	31,43	9,6
	Masculino	10,53	4,5	9,62	4,7	27,85	11,6
Idade	3 – 5 anos	10,71	4,9	9,44	4,9	27,55	11,7
	6 – 8 anos	9,71	3,6	10,13	5,6	26,87	10,1
	9 – 10 anos	13,24	4,3	10,25	4,3	32,10	12,6
Nível ensino	Pré-escolar	9,50	4,1	9,38	4,6	26,38	10,1
	1º CEB	11,62	4,3	10,37	5,0	29,91	11,6

3.4 Informação adicional- Outros Comportamentos

O questionário incluía uma questão aberta para informação adicional, onde se pedia aos respondentes que indicassem outros comportamentos problemáticos manifestados pela criança com PEA, que não tivessem sido referidos anteriormente. De acordo com a tabela N° 17, os resultados obtidos junto da nossa amostra foram os seguintes: a maioria (51,3%) dos indivíduos da amostra não respondeu à questão aberta para informação adicional acerca de outro tipo de comportamentos manifestados pelas crianças com PEA. Dos respondentes a esta questão, metade indicou problemas de comportamento já referidos na escala ou similares (exemplo: “agressivo”; “mal humorado”; “dificuldades de interação social”; “desobediente e agitado”; “grita muito”; “masturba-se à frente dos colegas e adultos”, “diz palavrões”; “faz birras”; “exige comer”; “chora sem razão”, “teimosa”; “morde as mãos”, “esmurra a cabeça”).

As restantes indicações foram para outros problemas não comportamentais, característicos da perturbação autista, entre os quais destacamos os seguintes: “ansioso”, “impulsivo”; “imprevisível”; “obcecado por telenovelas”; “fascínio por objectos que rodam”; “colocar fios no chão”; “fobia a barulhos” ou, outros problemas não comportamentais, tais como: “dificuldades cognitivas”; “atenção e concentração”; “rigidez de pensamento”; “dificuldade abstração”; “dificuldade na comunicação com os outros”; “motricidade global”; “autonomia” e “independência”.

Tabela Nº17: questão- Outros comportamentos problemáticos

	n	%
Problemas de comportamento	10	25,6 %
Outro tipo de problemas	10	25,6 %
Não responderam	19	51,3 %
Total	39	100 %

CAPÍTULO VIII

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Introdução

Neste capítulo iremos proceder à discussão dos resultados obtidos, no sentido de se averiguar se os mesmos vão ou não ao encontro dos objectivos deste estudo. Para tal, fundamentaremos os resultados obtidos no enquadramento teórico deste trabalho, bem como em outros estudos efectuados dentro da mesma temática.

1. Aprofundar conhecimentos sobre as PEA

Toda a revisão da literatura, principalmente tudo o que está explanado no enquadramento teórico deste trabalho, contribuiu substancialmente para ir ao encontro deste objectivo geral. Ficámos muito mais esclarecidos e aprofundámos conhecimentos sobre o conceito, etiologia, categorização, diagnóstico, prevalência, áreas deficitárias, modelos de avaliação e intervenção relativamente às PEA, etc...

O autismo caracteriza-se por um défice significativo nos processos de aquisição das habilidades, causando um prejuízo severo em diversas áreas do desenvolvimento, que constituem a interacção social, comunicação verbal, não-verbal e comportamental.

O comportamento das crianças/alunos com perturbações do espectro do autismo (PEA) é exteriorizado através da ausência de contacto visual e emocional com as outras pessoas; ausência de fala, estereotipias, obsessão por rotinas familiares; fascinação por objectos e utilização do interlocutor como mediador de situações e/ou uso do objecto.

Poderíamos citar vários autores, mas estaríamos a repetir-nos desnecessariamente, assim para fundamentar o acima transcrito optámos apenas pela transcrição do pensamento de Siegel (2008) do nosso enquadramento teórico:

As PEA consistem numa perturbação severa do neurodesenvolvimento e manifestam-se através de dificuldades muito específicas da comunicação e da interacção, associadas a dificuldades em utilizar a imaginação, em aceitar alterações de rotinas e à exibição de comportamentos estereotipados e restritos. Estas perturbações implicam um défice na flexibilidade de pensamento e uma especificidade no modo de aprender que comprometem, em particular, o contacto e a comunicação do indivíduo com o meio (Siegel, 2008).

2. Compreender a frequência e tipologia dos problemas de comportamento das crianças/alunos com PEA.

Todo o capítulo IV deste trabalho intitulado “Problemas de Comportamento” permite a concretização deste objectivo.

De acordo com Margerotte et al (2005), a “análise funcional” torna possível a compreensão dos problemas de comportamento. Segundo esta autora, de acordo com os trabalhos de L’Abbé e Morin (1992) e O’Neill e Horner (1990), preconiza-se um modelo de análise do comportamento que não se baseia somente naquilo que precede ou naquilo que se segue de imediato ao comportamento. Opta-se por integrar esse aspecto numa perspectiva de análise multidimensional, fazendo-se a associação dos dados biológicos e farmacológicos, educativos e ecológicos.

3. Conhecer o tipo de Diagnóstico das crianças/alunos das UEEA do distrito de Viseu.

Em 1994 surge o DSM – IV que se aproximou da CID 10 e subdividiu as perturbações globais do desenvolvimento em cinco categorias: Perturbação Autística (PA), Síndrome de Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, Síndrome de Asperger e Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra Especificação ou Autismo Atípico. (*American Psychiatric Association*, 2002; Vidigal e Guapo, 2003).

Os resultados que concorreram para este objectivo foram os seguintes: em concordância com a DSM-IV-TR (2002), a grande maioria das crianças da nossa amostra (35) foi-lhe diagnosticada uma perturbação autística (autismo de Kanner, autismo infantil ou autismo clássico). As características essenciais da perturbação

autística são a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário da interacção e comunicação social e um repertório acentuadamente restritivo de actividades e interesses.

Na amostra, 2 crianças foram diagnosticadas com Síndrome de Asperger. As características desta perturbação são um défice grave e persistente da interacção social e o desenvolvimento de padrões de comportamento, interesses e actividades restritos e repetitivos.

Segundo Siegel (2008), a SA difere da PA num certo número de aspectos-chave. Em primeiro lugar as crianças com SA podem não ser detectadas tão precocemente, porque podem não apresentar atrasos de linguagem, ou podem revelar unicamente atrasos ligeiros. “Ao contrário do autismo, em que a grande maioria das crianças apresenta também um certo grau de deficiência mental, nas crianças (e nos adultos) com SA raramente se verifica deficiência mental, apesar de (muitos) registarem um baixo funcionamento intelectual.” (Siegel, 2008, p.36)

Com uma Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância resultou 1 criança. A Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância é uma forma muito rara do espectro autista, em que, apenas, cerca de 2 em cada 100000 crianças com PEA apresenta uma perturbação deste tipo. Ocorre em ambos os géneros, apesar de ser mais frequente no masculino e, tal como a síndrome de Rett, inclui um período de desenvolvimento normal a que se segue uma perda (neurodegenerativa) das capacidades que resulta em graves défices das capacidades cognitivas, de auto-ajuda e outras.

Em termos de tratamento, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância é actualmente tratada da mesma forma que a PA. (Siegel, 2008)

Dos resultados apurou-se também 1 criança com um tipo de uma perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação (PGDSOE). Esta classificação é utilizada para as crianças que apresentam um défice grave e global no desenvolvimento da interacção social recíproca associado a um défice das competências de comunicação verbal e não-verbal ou à presença de comportamentos, interesses e actividades estereotipadas, mas que não preencham os critérios para qualquer outra PEA.

Nesta categoria, está incluído, por exemplo, o “Autismo Atípico” com casos que não preenchem os critérios de perturbação autística, por uma idade de início

mais tardia, uma sintomatologia atípica ou uma sintomatologia subliminar ou por todos estes factos em conjunto.

Concluimos que, na amostra, não foi diagnosticado qualquer caso de síndrome de Rett.

“A Síndrome de Rett é uma perturbação extremamente rara que pode chegar a afectar apenas uma em 100.000 crianças (...) As raparigas com Síndrome de Rett tendem a iniciar a vida de forma normal, passando depois, ao longo do tempo, a perder aptidões previamente adquiridas. (Siegel, 2008, p.37)

Ainda, ao encontro deste objectivo, concorreram os resultados de outra (s) perturbação (ões) associada (s) à PEA. Assim, verificou-se que 1 criança da amostra apresenta associado o Síndrome de X- Frágil. Com Surdez Bilateral associada, surgem 2 crianças. Associado à PEA, resultaram 5 crianças com Défice Cognitivo. Não apresentam qualquer perturbação associada, 31 crianças, um valor considerável.

4. Conhecer a forma de comunicação mais utilizada pelas crianças/alunos das UEEA do Distrito de Viseu.

Importa referir que os tipos de comunicação humana são inúmeros. Contudo, a comunicação pode ser processada através de dois níveis: a comunicação verbal e a comunicação não-verbal.

Para este objectivo específico do nosso estudo, concorreram os seguintes resultados:

- A maioria das crianças (28) utiliza a forma de comunicação verbal. A comunicação verbal (escrita e oral) é aquela que é mais utilizada na sociedade em geral, por ser a única que permite a transmissão de ideias complexas e por ser um exclusivo dos seres humanos.
- São 10, as crianças que utilizam a forma de comunicação não-verbal (aumentativo/alternativo) com indicação do sistema de comunicação através de figuras (PECS - *Picture Exchange Communication System*). O PECS é um sistema alternativo/aumentativo de comunicação não-verbal baseado em figuras, ideal para crianças com menos capacidades cognitivas, linguísticas ou de memória que

é utilizado a nível internacional junto de crianças com autismo de diferentes contextos.

Este sistema de comunicação aumentativa/alternativa, tem sido bem aceite pois, não exige materiais complexos ou caros, é relativamente fácil de aprender, pode ser aplicado em qualquer lugar e quando bem aplicado apresenta resultados inquestionáveis na comunicação através da utilização de cartões, em crianças que não conseguem falar, e na organização da linguagem verbal em crianças que falam, mas que necessitam de organizar a sua linguagem (Mello, 2005).

Apenas um elemento da amostra utiliza os dois tipos de comunicação verbal/ não verbal. Quanto à comunicação não-verbal, podemos considerar os sons, os gestos, a mímica, a expressão facial, as imagens, entre outras. Esta forma de linguagem aparece como um processo constituído por variados elementos, como por exemplo o gesto, símbolos, palavras e até sons, usados para representar algo, ideias ou pensamentos, facilmente interpretados por quem os recebe.

Podemos considerar as expressões faciais e corporais como uma forma de comunicação autêntica, que nos facilita em qualquer interacção social, nomeadamente a criança com perturbações autistas. O choro, o sorriso, a expressão facial, são facilmente identificados e interpretados pelas pessoas que convivem com a criança em questão, assim como outro tipo de expressões são imediatamente entendidas por qualquer um de nós.

5. Conhecer/ Reflectir acerca do (s) tipo (s) de apoio prestado na UEEA do distrito de Viseu.

De acordo com vários autores, são vários os modelos que podem ser aplicados na intervenção em crianças com autismo, sendo na sua maioria modelos estruturados. No questionário eram indicadas as opções: TEACCH, ABA e outros (com especificação).

- Os resultados que vão ao encontro deste objectivo permitiram constatar que a totalidade da amostra assinalou utilizar o modelo TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* - Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Perturbações da

Comunicação), criado em 1971 por Eric Schopler e seus colaboradores da Universidade de Chapel e Hill, na Califórnia do Norte.

O ensino estruturado que é aplicado pelo modelo Teacch, tem vindo a ser utilizado em Portugal, desde 1996, como resposta educativa aos alunos com PEA em escolas de ensino regular, nas quais são criadas as UEEA (mais comumente designadas de Salas Teacch) (Pereira et al., 2008).

- Quanto ao modelo estruturado ABA (*Applied Behavioural Analysis* ou Análise Comportamental Aplicada, em português), o qual faz uma análise aplicada ao comportamento da criança, não obteve qualquer indicação junto da amostra.

Neste modelo de intervenção, as capacidades são desenvolvidas através de técnicas comportamentais. O trabalho é individualizado e reforçado positivamente ou dado um alerta para cada etapa de um comportamento, de forma a aumentar, diminuir, criar ou melhorar comportamentos.

A primeira escola para crianças autistas a utilizar, em Portugal, o método ABA está a funcionar desde Setembro de 2008, em Almada.” (APPDA-V, 2008, p.4)

Relativamente a este objectivo conclui-se que no nosso distrito apenas vigora o Modelo TEACCH, o que leva a crer que os docentes de educação especial carecem de formação acerca de outros modelos de intervenção como é o caso do ABA, DIR e o modelo mais recentemente chegado a Portugal, o *Son-Rise*, uma vez que ninguém os indicou como modelos de intervenção utilizados nas UEEA.

Vão também ao encontro deste objectivo, os resultados relativos às terapias de que beneficiam as crianças/alunos com PEEA, do distrito de Viseu. Assim, os resultados indicam-nos que a totalidade da amostra (N=39) beneficia de Terapia da Fala, o que é excelente. Compete ao Terapeuta da Fala contribuir para:

- “Identificar, avaliar e intervir nas alterações da comunicação, linguagem e fala, muito específicas desta perturbação;
- Reeducação das alterações da fala aplicando métodos e técnicas específicas;
- Definir e implementar estratégias de intervenção na comunicação;
- Definir qual o meio aumentativo/alternativo da comunicação. (Pereira, 2008, p.33)

Quase metade da amostra (46,6%) beneficia de Hipoterapia, o que também já se pode considerar um valor satisfatório. Com efeito, Brito (2007) realizou um estudo com 13 crianças com PEA que beneficiaram de nove meses de sessões de hipoterapia. Após a realização das sessões os resultados apontaram para melhorias significativas em todas as áreas. Segundo a autora, comprovou-se de facto que a hipoterapia revela-se benéfica para a população com PEA, tendo em conta as melhorias consideráveis em áreas referentes às competências gerais dos indivíduos estudados após a prática deste método terapêutico.

A beneficiarem de Terapia Ocupacional aparecem, no nosso estudo, 14 crianças (35,9%). De acordo com Marques & Gomes (2009), trata-se de uma terapia que intervém ao nível das capacidades de processamento sensorial prejudicadas, assim como para a intervenção ao nível do tónus muscular, planeamento motor e coordenação perceptivo-motora.

Quanto a nós seria benéfico que um maior número de crianças beneficiasse desta terapia, pois a maior parte das crianças com PEA apresenta os problemas atrás referidos.

Apenas beneficiam de Musicoterapia, 4 crianças (10%). Trata-se de um número muito reduzido tendo em conta as vantagens deste tipo de terapia!

As crianças com PEA respondem de forma muito positiva a estímulos musicais, nesse sentido, as actividades musicais favorecem a sua inclusão. Trata-se de actividades que não apresentam pressão e constituem uma forma de aliviar e relaxar a criança devido ao seu carácter lúdico e de livre expressão. É importante referir que a musicoterapia pode ajudar as crianças com PEA, uma vez que permite ensinar-lhes “as competências sociais, aumentar a sua compreensão da linguagem, encorajar o desejo de comunicar, tornar a auto-expressão criativa possível, reduzir o comportamento não comunicativo, diminuir a ecolália (repetição de palavras pronunciadas por outros)”. (APPDA-V, 2009, p.10)

São ainda menos (7,7%) as crianças contempladas com Hidroterapia!

“Hidroterapia é a terapia que ocorre no contexto aquático, sendo a água um bom meio para o exercício permitindo oportunidades de movimento e estímulos sensoriais, que não são possíveis fora dela.” (APPDA-V, 2009, p.11)

De Psicoterapia, beneficia apenas uma criança, um n.º preocupante!

No entanto, há ainda na nossa amostra, 12 (30,7%) crianças que beneficiam de outras terapias, sendo que uma boa parte beneficia de Apoio Psicológico e outra parte, menos significativa, beneficia de Fisioterapia, Psicomotricidade e Natação.

Proporcionar acolhida à família, no sentido de minimizar as angústias e sofrimentos, e orientá-la no tratamento com a criança, é papel do psicólogo, o qual pode fazê-lo individualmente ou em grupos, no caso das instituições. (Souza et al, 2004)

Ainda concorrem para este objectivo, os resultados referentes ao nº de terapias de cada criança com PEA beneficia. Verificou-se que 6 (15,4%) das crianças beneficiam de 4 terapias, 9 (23,1%) das crianças beneficiam de 3 terapias, 12 (30,7%) das crianças beneficiam de 2 terapias e outras 12 (30,7%) tiram benefício apenas de 1 terapia.

O tratamento não farmacológico das PEA tem como objectivos melhorar as capacidades de relacionamento e comportamento social, diminuir os sintomas comportamentais característicos e ajudar no desenvolvimento da comunicação verbal e não-verbal. Trata-se de um tratamento multidisciplinar que se baseia principalmente em métodos linguísticos, sociais, comportamentais e educacionais. Assim sendo, exige abordagens psicológicas e sociais (psicoterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, etc.) que incluem educação e ensino especial.

No entanto, tal como para todas as perturbações do desenvolvimento, não existe uma abordagem única que seja totalmente eficaz para todas as crianças, nem existe um tratamento específico que seja capaz de “curar” o autismo. Diferentes tratamentos podem ter impactos específicos em cada criança, dependendo da idade, do grau de défice cognitivo, da presença ou não de linguagem e da gravidade da sintomatologia geral.

Recentemente, algumas das tentativas mais promissoras em melhorar as capacidades de comunicação resultaram da pesquisa de problemas comportamentais. Tem-se tornado cada vez mais evidente que, os comportamentos disruptivos têm uma grande importância nas funções comunicativas das crianças com PEA, ou seja, estes comportamentos podem ser a única forma da criança com PEA, com limitações nas capacidades comunicativas, conseguir controlar o seu ambiente.

Para além das terapias comportamentais e educacionais surgem também as terapias alternativas, como forma de atenuar os sintomas das PEA, no entanto, não existem evidências científicas nem estudos comprovados dos seus benefícios. Nestas, podemos incluir a hidroterapia, a musicoterapia, a hipoterapia e interacção com golfinhos, entre outras, que ajudam as crianças com PEA a expressar as suas necessidades e a reduzir os comportamentos disruptivos.

Ao revisar a literatura actual sobre as diferentes intervenções que têm sido utilizadas no tratamento do autismo, constatou-se que poucas tiveram embasamento empírico. Ainda que algum tipo de melhora possa ser demonstrado em diferentes estudos, os resultados devem ser interpretados com cautela uma vez que estudos metodológicos bem controlados são muito raros. Aparentemente, não existe uma única abordagem que seja totalmente eficaz para todas as crianças, em todas as etapas da vida. Ou seja, uma intervenção específica pode ter um bom resultado em certo período de tempo (ex: anos pré-escolares) e pode apresentar uma diferente eficácia nos anos seguintes (ex: adolescência). Para concluir é de frisar também que a intervenção não deve recair apenas no indivíduo com PEA, mas focar-se em toda a família (Bosa, 2006).

6. Conhecer os tipos de problemas externalizantes e internalizantes das crianças/alunos que frequentam as UEEA do distrito de Viseu

Os resultados do nosso estudo foram ao encontro deste objectivo específico. Verificámos que a nível dos problemas de comportamento **Externalizantes**, a pontuação mais elevada foi obtida no item '15. Tem dificuldades em concentrar-se', ao que os respondentes assinalaram este comportamento acontecer muitas vezes.

Este resultado vai ao encontro dos resultados do estudo efectuado no Brasil, uma vez que crianças do grupo PEA foram identificadas pelas suas mães como tendo mais comportamentos do tipo "(...) e Problemas de Atenção" do que as crianças dos outros dois grupos. "Trabalhos em diferentes culturas vêm confirmando a presença desses comportamentos atípicos em indivíduos com transtorno autístico. São agrupamentos que vão ao encontro das características que o DSM-IV- TR (APA, 2002) e a CID 10 (OMS, 1993) colocam para o Transtorno Autístico" (Marteleto, 2011, p.9).

Logo de seguida, aparece-nos o item '01. Age impulsivamente sem pensar' o que ocorre às vezes, na maioria das crianças da nossa amostra.

Também para a maioria das crianças, na subescala 'Autocentrado/ Explosivo' o item '07. Enerva-se facilmente ou faz birras' é o que pontua mais elevado, seguido do item '08. Requer toda a atenção'.

À semelhança do estudo de Major (2007), ainda que no seu estudo tenham sido os pais e não os educadores/professores, também o item '8. Requer toda a atenção'. foi o mais pontuado , o mesmo aconteceu com o item '7. Enerva-se facilmente ou faz birras' que também foi bastante pontuado pelos pais. Já em relação ao item '01. Age impulsivamente sem pensar' o que ocorre às vezes, na maioria das crianças da nossa amostra, verifica-se que no estudo de Major (2007) foi também bastante pontuado.

No nosso estudo, na subescala 'Anti-social/ Agressividade, o item '42. Aborrece e incomoda outras crianças' é aquele que tem média mais elevada, seguido do item '11. É fisicamente agressivo (a)'. No que concerne aos itens adicionais, o item '46. Não sabe esperar' é aquele que apresenta uma pontuação média mais elevada.

Relativamente à agressividade, os nossos resultados contrariam os resultados obtidos no estudo do Brasil, pois nas escalas de 'ansiedade e de agressividade', o grupo PEA teve os menores valores. "Apesar das crianças com Transtorno Autístico terem poucas habilidades sociais, a agressividade não é uma característica (APA, 2002, cit. por Marteleto, 2011, p.7). Os estereótipos que estas crianças costumam apresentar podem até assustar as pessoas, entretanto as mães percebem que os seus filhos não são agressivos. Estes comportamentos (exemplo: não permitir ser tocado, bater com a cabeça na parede, balançar o corpo,) não têm como objectivo magoar as outras pessoas, mas proteger-se a si mesmos de algo que não conseguem lidar (Rutgers& cols., 2007).

Isto pode levar a concluir que no nosso distrito os professores das UEEA podem ainda não estar muito esclarecidos sobre o que é e o que não é a agressividade nas crianças com PEA!

No pólo oposto do nosso estudo, verificamos que a maioria dos inquiridos entende *nunca* acontecer o comportamento 'Diz mentiras' (item 40) da subescala 'Anti-social/ Agressividade.

Registamos ainda o dado curioso que, na maioria das crianças da amostra, *nunca* se observaram nos últimos três meses alguns comportamentos de tipo externalizante reflectidos, por exemplo, nos itens: 'Procura vingar-se dos outros (item 21); Chama nomes (palavrões) às pessoas (item 26); Ameaça ou intimida os outros (item 29); Destrói objectos das outras crianças (item 34); Diz mentiras (item 40); Culpa os outros pelos seus próprios erros (item 45) e; Envolve-se em brigas (item 50).

Também no estudo de Major (2007), o item 40.'Diz mentiras' foi um dos que obteve uma taxa de menor prevalência, neste caso assinalado pelos educadores/professores.

Os resultados obtidos são consistentes com estudos anteriores com a mesma escala (Major e Seabra- Santos, 2007; Gomes e Pereira, 2009). Ao nível dos problemas de comportamento externalizantes (EPC-E), verificamos que as raparigas obtêm pontuações médias mais elevadas em todos os indicadores e que há um aumento gradual das pontuações com a idade.

Este dado é consistente com os resultados segundo o nível de ensino. Na escala dos comportamentos anti-sociais/ agressividade, registamos uma maior dispersão das respostas relativamente às crianças da nossa amostra.

Quanto aos problemas de comportamento **Internalizantes**, os resultados permitem concluir que na nossa amostra, a pontuação mais elevada foi obtida no item '09.É ansioso(a) ou tenso (a)' da subescala 'Ansiedade/ Queixas somáticas', sendo neste caso, que a maioria indica que isto acontece algumas vezes. Ainda nesta subescala, o item '36. É sensível à crítica ou repreensão' é o que se segue mais pontuado. No polo oposto, verificamos que a maioria dos inquiridos entende *nunca* acontecer 'As outras crianças aproveitarem-se dele (item 38) '.

Relativamente à ansiedade, no estudo brasileiro as crianças com PEA conseguiram atingir valores significativamente mais baixos, que os outros dois grupos. Acredita-se que tal resultado se deva às características da síndrome, que dificulta a identificação de comportamentos do tipo ansioso ou depressivo. Por exemplo, roer as unhas, pode ser identificado como comportamento estereotipado do autista e não como manifestação de ansiedade especificamente. É necessário analisar e descobrir o propósito do comportamento problemático. (Marteleto, 2011).

Concluimos que a este nível, nós professores das UEEA do distrito de Viseu, necessitamos também de formação, no sentido de discernirmos quais as reais manifestações de ansiedade dos nossos alunos com PEA, pois poderemos estar a cair no erro de criar falsas ansiedades...

No nosso estudo, na subescala 'Evitamento social', os itens '17. Tem dificuldade em fazer amigos' e '28. Afasta-se da companhia dos outros', são aqueles que pontuam mais alto. O comportamento menos valorizado nesta subescala foi o item '30. Aparenta estar infeliz ou deprimido (a)'.

O isolamento é uma forma que os indivíduos com PEA parecem desenvolver para conviverem melhor com as suas dificuldades.

Relativamente ao isolamento social, curiosamente no estudo do Brasil, apesar das crianças com PEA obterem pontuações mais altas que os dois outros grupos, não houve diferença estatística entre eles quanto ao agrupamento "isolamento" (os da Educação Infantil ou do Ensino Fundamental, é que se diferenciaram dos dois grupos). As mães das crianças com PEA afirmam que as crianças gostam de estar com elas e com outras pessoas próximas, mas preferem não ter intimidade com indivíduos com os quais têm pouco contacto (Marteleto et al., 2011).

Na EPC- I, do nosso estudo, verificamos que são também as raparigas que obtêm pontuações médias mais elevadas em todos os indicadores, à semelhança da EPC-E.

Ao nível da idade, há uma oscilação das pontuações médias entre os grupos (não significativa), sendo que as crianças entre os 6-8 anos são aquelas que, em média, pontuam mais baixo.

Quanto ao nível de ensino, é possível observar um aumento gradual das pontuações médias.

Não se observaram, na amostra, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de crianças com PEA em função das características: sexo, grupo de idade e nível de ensino, uma vez que, no intervalo de confiança fixado, os resultados amostrais não permitiram rejeitar a hipótese das pontuações média serem iguais entre os grupos.

CONCLUSÃO

Para concretizarmos o trabalho a que nos tínhamos proposto, sentimos a necessidade de investigar, ler, consultar e procurar, no sentido de melhor compreender a frequência e tipo de comportamentos em crianças com PEA que frequentam as UEEA do distrito de Viseu.

Para o efeito, na primeira parte deste trabalho, procurámos fazer uma revisão à literatura acerca da problemática, destacando as principais perspectivas sobre os comportamentos mais frequentes em crianças com PEA, para perceber melhor qual a sua etiologia, que meios de diagnóstico, avaliação e intervenção são mais utilizados e proeminentes.

Concluimos que o autismo é uma perturbação do desenvolvimento que abrange e engloba uma série de áreas e conhecimentos, que variam de indivíduo para indivíduo. A sua amplitude implica diversas linhas de investigação actuais, que sugerem causas multifactoriais para as PEA, com intervenção tanto de factores genéticos e ambientais, como de factores psicológicos e biológicos. Mas, as características da PEA identificadas na literatura não estão todas presentes em cada indivíduo, nem se manifestam sempre do mesmo modo. Isto é, não existem duas pessoas afectadas da mesma forma e por isso podem ser muito diferentes entre si.

O diagnóstico, apesar de ter critérios específicos (exemplo, o DSM-IV-TR), apresenta alguns obstáculos, sendo constante a preocupação em saber discriminar e avaliar rigorosamente: a complexidade e amplitude das características e sintomas tendem a confundi-lo, muitas vezes, com outras perturbações do desenvolvimento. Por outro lado, ficamos a saber que os problemas de comportamento das crianças e jovens com PEA instalam-se rapidamente e não é preciso muito tempo para que se tornem habituais. Estes, são muitas vezes, uma resposta da criança ao meio ambiente (desajustado às suas características).

Sentimos que grande parte dos comportamentos problemáticos das crianças com PEA devem-se à sua frustração perante um mundo que não

responde ao que elas desejam. Elas não entendem, por exemplo, a necessidade de esperar ou compartilhar. Estas aptidões relacionam-se à ‘cegueira mental’ (Williams & Wright, 2008) e significa que indivíduos com PEA têm grande dificuldade em entender o ponto de vista ou as ideias ou sentimentos alheios.

Assim, quanto mais cedo se iniciar o caminho da inclusão, mais extensas e positivas serão as mudanças no desenvolvimento de crianças com PEA. Esta intervenção precoce ajuda a acelerar o desenvolvimento total da criança, reduz os comportamentos inadequados e melhora a inserção social. Mas, “só depois da compreensão dos problemas, é o momento de agir.” (Magerotte e tal, 2005, p.61).

Com o estudo que realizamos, na parte empírica deste trabalho, constatamos que as abordagens educacionais actualmente realizadas junto das UEEA, têm a finalidade de melhorar o desempenho, as capacidades individuais e desenvolver a adaptação dessas crianças ao ambiente. E, apesar da dificuldade de avaliação dos benefícios individuais de cada tipo de tratamento, os resultados finais parecem ser bastante satisfatórios.

Por outro lado, é evidente a contribuição das educadoras e dos técnicos das UEEA para a integração efectiva de uma criança com PEA na Educação Pré-escolar. A intervenção junto destas crianças passa muitas vezes por realizar apenas pequenas mudanças no ambiente da sala de actividades, por simplificar a organização da sala e das tarefas e ajudar a criança a perceber melhor como pode satisfazer as suas expectativas, no sentido de, para que a criança com síndrome de PEA seja autónoma, “o melhor professor de apoio é aquele que consegue passar despercebido” Hewitt, (2006, p.55).

Contudo, não há um livro de receitas acerca do tipo de acções educativas mais facilitadoras da integração de uma criança com PEA, precisamente porque cada uma destas crianças é única e diferente. As experiências de aprendizagem diferenciadas que se poderão utilizar para contribuir para a melhoria dos comportamentos da criança com PEA terão que ter sempre em conta a sua própria natureza.

É do senso comum considerar-se que os ambientes educacionais regulares oferecem mais igualdade de oportunidades e uma melhor preparação para a vida. Ao nível da integração da criança com PEA, assistimos a uma variedade de

modelos, tais como: terapia comportamental; consultas de reeducação dos pais para a aceitação dos deficits da criança; terapias de diálogo e linguagem (como o PECS); terapia ocupacional; programas psico-educacionais, como o TEACCH; hipoterapia; musicoterapia, entre outros.

A criação de ambientes estruturados e programas diários que implementem estratégias aplicadas de forma detalhada, sequenciada e persistente torna possível que as crianças com PEA aprendam e apresentem uma melhoria significativa. “Possibilita o aumento das capacidades funcionais, a redução das limitações e dos comportamentos disruptivos e ainda a melhoria nos desempenhos e nas suas adaptações aos contextos frequentados pelas outras crianças, nomeadamente o escolar.” (Carvalho & Onofre, s.d., p.15)

No nosso estudo, os resultados são contudo pouco conclusivos no que diz respeito a intervenção junto das crianças com PEA, havendo no entanto predominância e esperança na modificação de comportamentos desajustados. Para que haja uma intervenção adequada, é importantíssimo apostar na formação e sensibilização de toda a comunidade educativa e apetrechar as escolas a nível de recursos materiais, espaciais e humanos. Por outro lado, é comum os pais de crianças com PEA questionarem os profissionais sobre o controle de comportamento. O comportamento dos filhos pode ser compreendido, mas para ser controlado com sucesso torna-se necessária uma abordagem um pouco diferente da utilizada para com as outras crianças.

Acreditamos que a diminuição dos problemas de comportamento em crianças com PEA passa necessariamente pela compreensão do que esses comportamentos significam para a própria criança, a qual tem normalmente muitas dificuldades em fazer-se entender. Ajudar essas crianças, é também acompanhá-las no seu sofrimento, é colocarmo-nos no seu lugar e tentar apreender um mundo à sua maneira.

Com este trabalho, aprendemos a compreender melhor os problemas de comportamento das crianças/alunos com PEA e a aperfeiçoar estratégias de intervenção apropriadas. Temos consciência de que essa tarefa é difícil de levar a cabo pelos que têm de a enfrentar; que os problemas de comportamento nunca provocam indiferença. Esses comportamentos chocam-nos e obrigam-nos a tomar

uma posição, desestabilizam a nossa vida; perturbando-nos ou culpabilizando-nos.

Uma das **limitações do estudo** foi o facto de não se observarem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de crianças com PEA em função das características: sexo, grupo de idade e nível de ensino, uma vez que, no intervalo de confiança fixado, os resultados amostrais não permitiram rejeitar a hipótese das pontuações média serem iguais entre os grupos. Tendo em linha de conta a problemática em causa, seria interessante que no universo dos participantes/sujeitos estivessem incluídos todas as crianças/alunos portugueses com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), denominada população alvo. Contudo, esta investigação tornar-se-ia temporalmente impossível no quadro em que se inscreve o presente trabalho.

Temos também consciência que os resultados do presente trabalho, não constituem dados inovadores: os aspectos teóricos estão revistos na literatura e a nossa parte empírica não adiciona muito mais ao que até agora já foi referido.

Com efeito, tratou-se de um trabalho pessoal, que nos tornou mais fortes, mais atentos às necessidades das crianças que acompanhamos, deixando de esperar que seja a criança que temos diante de nós, a encontrar sozinha, a solução para o seu problema. Através desta tarefa, alicerçada nas funções dos comportamentos, defendemos o direito da criança com PEA à palavra, mesmo se essa palavra começa por exprimir-se através de actos violentos e perturbadores.

O nosso contributo consistirá em guiar essa criança para outras formas de expressão e, esperamos nós, para uma vida de melhor qualidade. Temos a convicção de que é possível ajudar a criança com PEA a ultrapassar os seus problemas de comportamento. Não existem milagres nem receitas, mas cada interveniente é capaz de encontrar os meios necessários.

Da nossa parte deixamos algumas **sugestões/estratégias de intervenção**, que poderão ajudar a minorar e até, quem sabe, eliminar parte dos problemas de comportamento das crianças com PEA, desde que devidamente postas em prática.

Depois de se detectar um comportamento que coloca problemas e de se descobrir a sua função, é chegado então o momento de se preparar a intervenção, de se aperfeiçoar uma estratégia que vise reduzir os problemas.

Quando surge um comportamento-problema, é necessário intervir, mas da forma mais segura possível. É necessário um certo distanciamento que torne possível a compreensão dos comportamentos no contexto de vida das pessoas com PEA. É nesta base que deve ser elaborado o plano de intervenção. Isto não significa que quando surge um problema de comportamento não devemos intervir de imediato!

Segundo Magerotte et al (2005), esta intervenção não fará, porém, desaparecer a motivação que originou esse comportamento. Como tal, iremos de seguida abordar alguns tipos de intervenção:

Modificação do meio

Deve implementar-se este tipo de intervenção, quando o problema de comportamento é, em parte ou na totalidade, um problema de adaptação ao meio. O meio é “(...) o contexto em que vive uma pessoa, a sua casa, a sua escola (...)” (Magerotte, 2005, p.63)

Modificar o meio é torná-lo mais “ competente”, é conseguir que ele possa atenuar certas dificuldades encontradas pelas crianças e jovens com PEA. Desenvolvendo-se num meio mais adaptado às suas dificuldades, as crianças e jovens podem controlá-lo melhor, compreendê-lo melhor.

Questões:

- Será imprescindível modificar o meio em que a criança ou o jovem com PEA vive?
- Como escolher o meio adequado?

Em qualquer uma das circunstâncias, devemos fazer o possível para:

- Individualizar: não existem receitas para modificar o meio em função de certos problemas. Será necessário agir, centrando-nos no aspecto do meio que coloca problemas em relação à criança em questão, num determinado momento.
- Ter sempre em conta a melhor qualidade de vida possível para a criança.

Exemplo: Alteração do meio em resposta a um comportamento – problema. “Na escola, a Marie, tem muita dificuldade em concentrar-se; distrai-se sempre ao mínimo ruído ou ao mínimo movimento. Então, levanta-se... facto que se verifica de 2 em 2 minutos!” (Magerotte et al, 2005, p. 66)

Segundo esta autora, é preciso ajudar a Marie a concentrar-se. Para tal, ela tem necessidade de sessões de trabalho calmas, com estimulações muito limitadas (local retirado, que não seja de passagem). Para que possa ficar satisfeita com o seu sucesso, é melhor que lhe sejam propostas sessões muito curtas, mas com garantia de sucesso, do que sessões longas, geradoras de agitação.

Aprendizagem de algo novo

Pode-se ensinar à criança um comportamento alternativo àquele que apresenta problemas e que satisfaça a mesma necessidade. Trata-se de comportamentos funcionalmente equivalentes; isto é, comportamentos que cumprem a mesma função que os comportamentos – problema.

Exemplo: Se “(...) grita e bate os pés para dizer que tem fome, o comportamento funcionalmente equivalente, que poderia ser ensinado é o de pedir comida através dum sinal, ou apontando um pictograma.” (Magerotte et al, 2005, p. 67)

Novas tarefas

Exemplo: “(...) verifica-se que o Leonel fica mais agressivo quando tem de esperar. Decide-se ensiná-lo a utilizar um jogo electrónico de bolso, que poderá ocupá-lo quando é preciso esperar (na estação de comboios, no consultório médico...)” (Magerotte et al, 2005, p. 68)

Um novo meio de comunicação

Exemplo: “ (...) O Marc começa a chorar quando está cansado. Como ele não consegue exprimir essa sensação, poderíamos ensinar-lhe uma forma de o fazer, o que lhe permitiria pedir uma pausa quando necessário.” (Magerotte et al, 2005, p. 68)

Nesta situação ou noutras semelhantes, poderemos recorrer ao PECS, um meio de comunicação aumentativa/alternativa, descrito por nós anteriormente.

Novas competências relacionais

Em substituição do comportamento-problema, pode ensinar-se também, por exemplo, a criança ou o jovem com PEA a suportar a presença de outras pessoas, a partilhar, a dirigir-se aos outros...

Definir objectivos

Uma intervenção eficaz deve ser formulada em termos objectivos. Precisando as condições de realização dos objectivos, está a permitir-se aos diferentes intervenientes coordenar as suas acções tornando explícito onde se quer chegar.

Realce-se que um objectivo deve: visar a aprendizagem de um comportamento observável e mensurável, ser avaliável, incluir os critérios de sucesso e descrever da forma mais precisa possível as condições de realização do mesmo.

Um problema de comportamento não fica resolvido logo que se concretiza a intervenção. Pode dizer-se que a criança continuará a apresentar esse problema no início da aprendizagem ou da modificação do meio. Os efeitos positivos da intervenção irão fazer sentir-se progressivamente, sendo importante prepararmos antecipadamente a reacção que teremos quando o problema aparecer, devendo encorajar-se uma atitude coerente entre os diferentes intervenientes.

Que meios temos à nossa disposição para actuar quando o comportamento persiste?

- A **indiferença**: certos comportamentos são reforçados quando se presta atenção à pessoa, no momento em que surgem. No entanto, a indiferença só pode ser utilizada em comportamentos que não são perigosos.
- O **isolamento**: trata-se de colocar a criança afastada do grupo, até que a calma seja estabelecida. Esse isolamento deve ser momentâneo e deve ser concretizado em condições adequadas, assegurando-se que a

criança não corre o risco de se magoar; garantindo-lhe uma vigilância adequada.

- A **reparação**: levar a criança a reparar as consequências negativas dos seus actos (exemplo: apanhar a loiça partida, recolher os livros rasgados...)
- A **imobilização momentânea**: quando o comportamento é perigoso para a criança ou para quem se encontra à sua volta (auto-mutilação, agressão), é preciso impedir esse comportamento, segurando a criança.
- A **punição**: uma punição só é eficaz quando se tem a certeza de que a criança relaciona o que fez de repreensível com a sanção que daí decorre. Temos de ter em atenção, que não se pode basear um programa educativo em punições. Essas punições devem ter uma relevância proporcional a esse mesmo acto e nada mais. Mais vale encorajar os comportamentos positivos do que punir aqueles que queremos fazer desaparecer.

De qualquer forma, sugerimos uma atitude coerente entre os vários intervenientes: é preciso falar em conjunto e procurar formas comuns de enfrentar esses problemas. Exemplo de um guia que descreve a intervenção desejada e a que se deve evitar, segundo Magerotte et al (2005, p.73).

Comportamento	Intervenção	
	A criança...	a evitar
...agride fisicamente uma pessoa	<ul style="list-style-type: none"> • aproximar-se suavemente, incitá-lo a acalmar-se. 	<ul style="list-style-type: none"> • aproximar-se por trás de • Gritar
...não quer que o adulto se aproxime	<ul style="list-style-type: none"> • recuar, se ele reagir negativamente à aproximação. Se o aceitar, continue...Pegue-lhe na mão ou toque-lhe suavemente no ombro... 	<ul style="list-style-type: none"> • tocar-lhe com força
...bate ou continua a bater em outra pessoa	<ul style="list-style-type: none"> • parar o movimento • enquanto o controla fisicamente: falar-lhe docemente, dar-lhe segurança, aliviar a pressão física 	<ul style="list-style-type: none"> • gritar • fazer muita força

De acordo com Garcia et al (1997), deve recorrer-se a técnicas que permitam a modificação de comportamentos. Assim, em situações de comportamentos disruptivos, após a análise funcional do mesmo deve adoptar atitudes que permitam que esse comportamento desapareça, tais como:

- Eliminar, sempre que possível, os estímulos que desencadeiam tal comportamento e aqueles que, de alguma forma, possam dar à criança a pista de que nesse momento o seu comportamento vai ser recompensado;
- Ensinar-lhe formas de reagir a determinadas situações que desencadeiam esses comportamentos, ou seja, comportamentos incompatíveis com aqueles;
- Reforçar diferenciadamente outros comportamentos já aprendidos e que são comportamentos adaptados, para que a criança seja motivada a utilizá-los com mais frequência;
- Eliminar o reforço do comportamento desajustado;
- Retirar a atenção, de forma mais ou menos activa, podendo chegar a ter de se deixar a criança sozinha, se necessário;
- Castigo positivo, ou seja, aplicar um castigo suficientemente forte para eliminar o comportamento desajustado;
- Castigo negativo, ou seja, não dar à criança aquilo que ela espera obter através do comportamento inadequado, de forma contingente.

A melhor técnica para fazer desaparecer comportamentos disruptivos será a aprendizagem de comportamentos adequados. Ao ser conhecedor dos vários tipos de intervenção, caberá ao técnico escolher a via ou as vias que lhe parecem mais eficazes para cada situação. Desta forma, será possível ajudar as pessoas com PEA a ultrapassar as suas dificuldades e a ter uma vida melhor!

Fica-nos um pensamento final: os problemas de comportamento em crianças com PEA, apesar dos avanços que se têm verificado, é ainda uma problemática investigacional.

Por último, gostaríamos de agradecer e apoiar os esforços de todos aqueles que acreditam que tudo é possível, mesmo quando surgem dificuldades e que se esforçam por oferecer às crianças com PEA um lugar de pleno direito na nossa sociedade!

- Abrantes, F. (2004). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Indivíduos com sequelas de Actividade Vascular Cerebral. Estudo da influência de um programa de equitação terapêutica. Dissertação de Mestrado em Ciência do Desporto – área de especialização em Actividade Física Adaptada. Faculdade de Ciências de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Edição do autor.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2003). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilibrios.
- Atienza, F.D. (2001). Bases Biológicas del Autismo y Tratamientos Farmacológicos. Revista de Psiquiatria y Psicología Niño Adolescente, pp.18-30.
- APA – American Psychiatric Association (2000). DSM-IV- TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- ASA – Autism Society of America. Consultado em 20 de Junho de 2011 em <http://www.ama.org./br./autismo>
- Bénard, C. (2003). Comunicação no “Encontro sobre Crianças e Jovens na Sociedade Portuguesa: do Ordenamento Jurídico à Prática Institucional”. Consultado em 17 de Outubro de 2006 em: www.pt/ecae-cm/Ana Maria.htm
- Boavida, J. & Amado, J. (2006). *Ciências da educação-epistemologia, identidade e perspectivas*. Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Boutin, G., Goyette, G. & Lessard-Hébert, M. (2005). *Investigação qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Brito, A.M. (2007). Hipoterapia e Competências Gerais em Crianças Autistas. Dissertação de Monografia em Psicologia Clínica. INUAF. Loulé. Edição do Autor.
- Cavaco, N. (2009). O Profissional de Educação Especial – Uma abordagem sobre o Autismo. Lisboa: Editorial Novembro.
- Caldeira, P. et al. (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no modelo D.I.R. *Análise psicológica*, 1 (XXI): 31-39.

- Carvalho A. & Onofre C. (s.d). Aprender a Olhar Para o Outro. DGIDC.
- Christy Charlop, H.M. ; Carpenter, M; LeBlanc, L; Kellet K. (2002). Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*; 35 (3), 213-231.
- Correia, L. M. (1997). Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares. Colecção : Educação Especial, nº1. Porto Editora.
- Correia, L. M. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais – Um Guia para Educadores e Professores*. Porto: Porto Editora.
- Correia, N. (2006). Estudo exploratório dos níveis de Coordenação Motor em Indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto área de especialização em actividade física adaptada. Faculdade de Ciências de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto. Edição do Autor.
- Declaração de Salamanca, Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade. Salamanca, Ministério da Educação e Ciência de Espanha, ONU.
- Demo, P. (2000). Educar pela pesquisa. Campinas: Autores Associados.
- Dijkxhoorn, I. (2000). O que é o Autismo. In *Autisme – Europe. Manual de boas práticas para a prevenção da violência e dos abusos em relação às pessoas autistas*, 21-25. Tradução Portuguesa da Associação Portuguesa aos Deficientes Autistas – Delegação de Lisboa e Porto.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591-598.
- Frith, U. (2003). *Explaining the Enigma*. Oxford: Blackwell.
- Garcia, T. & Rodrigues, C. (1997). A criança autista in “Necessidades Educativas Especiais”. Lisboa: Dinalivro.

- Gonzalez, C.M. (1992). El transtorno autista. Contextualização e intervenção logopédica. Sevilla: Editora Alfar S.A.
- Gomes, R.M.; Pereira, A.S.; Merrell, K.W. (2009). *Avaliação sócio-emocional: estudo exploratório do PKBS-2 de Merrell aplicado a crianças portuguesas em idade pré-escolar*. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga. Universidade do Minho
- Hewitt, S. (2006). Compreender o Autismo – Estratégias para alunos com Autismo nas Escolas Regulares. Porto: Porto Editora.
- Hill, M.M. e Hill, A. (2005), *Investigação por Questionário* (2ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Houghton, K. (2008). Empirical Reserch Supporting the Son-Rise Program. The Autism Treatment Center of America. Consultado em 17 de Julho de 2011 em: <http://www.autismtreatmentcenter.org/>
- Jordan, R. (2000). Educação de crianças e jovens com autismo. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Kaplan, H. & Sadock, B. 1998, Manual de Psiquiatria Clínica, 2ª Edição, Artmed, Porto Alegre.
- Kuperstein e Missalguia (2005). Autismo. Consultado a 23 de Abril de 2011 em: <http://www.autismo.com.br>.
- Lampreia, C. (2004). Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: Uma análise preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 11-120.
- Leonard, H., Dixon, G., Whitehouse, A.J., Bourke, J., Aiberti, K., Nassar, N., et al. (2010). Unpacking the Complex Nature of the Autism Epidemic. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 548-554.
- Lobo, A. (2003). Equitação Terapêutica: a influência de um Programa de Equitação Terapêutica em jovens com problemas/distúrbios comportamentais portadores de Deficiência Mental ligeira. Dissertação de Mestrado em Ciência do Desporto – área de especialização em Actividade Física da Universidade do Porto. Edição do autor.
- Magerotte, G., Duprez, M., Magerotte, C., Houchard, V., Bury, F. (2005). *EDUCAUTISME – Os Problemas de Comportamento*. 2ª Edição. APPDA – Lisboa, Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo.

- Major, S. (Avaliação de Aptidões sociais e problemas de comportamento em idade Pré-Escolar – Estudo Exploratório com Crianças Portuguesas. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra. Cota MAJ, 20, TM. Tese de Mestrado não publicada.
- Marques, C.E. (2000). Perturbações do Espectro do Autismo: Ensaio de uma Intervenção Construtivista e Desenvolvimentista com Mães. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, A. & Gomes, L. (2009). A Intervenção do Centro de Desenvolvimento da Criança. In Revista Diversidades (Outubro/Dezembro 2009). Mundo Aspi. Região Autónoma da Madeira: Secretaria Regional de Educação e Cultura – Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação – Direcção de Serviços de Apoio, Gestão de Recursos e Investigação.
- Marteleto, M.R., Ferreira, T.H., Chiari, B.M., Perissinoto, J. (2011). Psicologia: Teoria e Pesquisa. Problemas de Comportamento em Crianças com Transtorno Autista. Universidade Federal de São Paulo. Jan-Mar. 2001, Vol. 27n. 1, pp 5-12.
- Matson, J.L., Nebel – Schwalm, M., & Matson, M.L. (2006). A review of methodological issues in the differential diagnosis of autism spectrum disorders in children. *Research in Autism spectrum Disorders*, 1, 38-54.
- Mello, A.M. (2001). Autismo – Guia Prático (2ª Ed.). Brasília: Edições AMA.
- Mello, A.M. (2005). Autismo - Guia Prático (4ª Ed.). Corde: Brasília, pp.15-40.
- Moroco, J. (2007). Análise estatística, com utilização do SPSS (2ªed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Nielsen, L.B. (1999). Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula. Porto: Porto Editora.
- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T., Coutinho, A., Vieira, L., Gonçalves, E., Lopes, N., Rodrigues, V., Mota, H., & Vicent, A. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(10), 726-733.
- Organização Mundial de Saúde (2001). Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade de Saúde (CIF). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Pereira, E. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa (2ª edição)*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Pereira, F. (Coord.). (2008). *Unidades de Ensino Estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo – Normas orientadoras*. Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Direcção dos Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Pereira, M. (2006). *Autismo – Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. Colecção Biblioteca do Professor. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.
- Pires, I. (2008). *Terapias Assistidas por Animais? (TAA) Actividades Assistidas por Animais? (AAA)*. In “O Saturnino”. Edição Nº II – Dezembro de 2008. APPDA-Viseu.
- Prazeres, D. (2009). *Intervenções Terapêuticas*. In “O Saturnino”. Edição Nº III – Dezembro de 2009. APPDA-Viseu.
- Programa Teacch. Consultado em 20 de Junho de 2011 em [http://educaçãoespecial.madeira-edu/Programa Teacch](http://educaçãoespecial.madeira-edu/Programa%20Teacch).
- Rutgers, A.H., Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-kranenburg, M.J., & Swinkels, S.H.N. (2007). *Austism and attachment: The attachment Q- Sort*. *Autism*, 11, 187-200.
- Santos, I. e Sousa P. (2009). *Como intervir na perturbação autista*. Consultado em 22-04-2011 em: www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0262.pdf
- Siegel, B. (2008). *O Mundo da Criança com Autismo – Compreender e tratar Perturbações do Espectro do Autismo*. Porto: Colecção Referência. Porto Editora.
- Souza, J. et al. (2004). *Actuação do psicólogo frente aos transtornos globais do desenvolvimento infantil*. In *Psicologia: ciência e profissão*. Vol. 24, nº2, 2004.
- Vasconcelos, O. (1998). *Apresentação de alguns Jogos e Exercícios Práticos para o Ensino e Exercitação das Capacidades Coordenativas*. Porto: Faculdade de Ciencias do Desporto e de Educação Física – Universidade do Porto.
- Vidigal, M.J. & Guapo, M.T. (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo – uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*. Lisboa: Trilhos Editora.

Waterhouse, S. (2000). *A Positive Approach to Autism*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Williams, C. & Wright, B. (2008). *Convivendo com Autismo e Síndrome de Asperger – Estratégias Práticas para Pais e Profissionais*. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Ltda.

Wing, L., & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic disorders: Is the prevalence rising?. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 151-161.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Declaração de Salamanca, UNESCO, Edição do IIE, Lisboa, 1994

Decreto-Lei n.º 35/90, de 25 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto

Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro

Despacho Conjunto n.º 105/97 de 1 de Julho

Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro, Lei de Bases do Sistema Educativo

ANEXOS



UTILIZAÇÃO DAS ECIP-2 PARA INVESTIGAÇÃO

a) Este protocolo visa apresentar as condições para a utilização das ECIP-2, por parte da **Silvia Maria Gomes Alves Costa**, e frequentar o 2º ano do Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Educação Especial da Universidade Católica Portuguesa – Fco de Viseu, sob orientação científica do Professor Doutor Paulo Almeida Pereira e da Mestre Sofia Pinho. O respectivo projecto intitula-se: **“Problemas Comportamentais dos Alunos com Perturbação do Espectro do Autismo – Intervenção em Contexto Escolar e Familiar”**.

b) As ECIP-2 – “Escala de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição” – são uma tradução e adaptação das PKBS-2 – *Preschool and Kindergarten Behavior Scales – 2nd Edition (Merrell, 2002)* realizada no âmbito de um projecto de Mestrado/Doutoramento, de Sofia da Divóia Major sob orientação científica da Professora Doutora Maria João Seabra-Santos (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra).

c) Na versão das ECIP-2 a utilizar consta a identificação da autora e respectiva orientadora, sendo que esta mesma versão destina-se **EXCLUSIVAMENTE PARA INVESTIGAÇÃO**.

d) As ECIP-2 **APENAS** poderão ser utilizadas pela **Silvia Maria Gomes Alves Costa**, no âmbito da sua tese de Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Educação Especial, no ano lectivo **2010/2011**.

e) **EM MOMENTO ALGUM** as ECIP-2 deverão ser partilhadas/ utilizadas por terceiros, ou para outros fins que não sejam respeitantes ao estudo em questão.

f) **As ECIP-2 NÃO PODERÃO, DE FORMA ALGUMA, constar dos anexos ou reproduzidas no corpo da tese do Mestrado.**

g) A versão utilizada no estudo da **Silvia Maria Gomes Alves Costa** corresponde a uma **VERSÃO ADAPTADA** da versão utilizada nos estudos de adaptação e validação das PKBS-2, sendo composta apenas pela **escala de Problemas de Comportamento** (privada num ficheiro PDF em Novembro de 2010).

Este documento destina-se a salvaguardar a utilização das ECIP-2 exclusivamente para os trabalhos acima referidos, no ano lectivo 2010/2011.

Coimbra, 9 de Novembro de 2010.

Sofia da Divóia Major

Sofia da Divóia Major

Investigadora e autora do projecto de Doutoramento para a adaptação/validação das ECIP-2 para a população portuguesa

Silvia Maria Gomes Alves Costa

Silvia Costa

Aluna que se propõe utilizar as ECIP-2



Silvia Maria Alves Costa <silvia.especial910@gmail.com>

Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0208300001

1 mensagem

mime-noreply@gepe.min-edu.pt <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>
Para: silvia.especial910@gmail.com

14 de Julho de 2011 11:15

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0208300001, com a designação *ECIP-2 – "Escala de Comportamento para a Idade Pré-Escolar – 2ª Edição"* que são uma tradução e adaptação das *PKBS – 2 – Prechool and Kindergarten Behavior Scales – 2nd Edition (Merrel, 2002)* realizada no âmbito de um projecto de Mestrado/Doutoramen, registado em 18-06-2011, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Silvia Maria Gomes Alves Costa
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal.
Com os melhores cumprimentos
Isabel Oliveira
Directora de Serviços de Inovação Educativa
DGIDC

Observações:

Sem observações

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Comportamentos do autismo, segundo a ASA (*Autism Society of American*)



Usa as pessoas como ferramentas



Resiste a mudanças de rotina



Não se mistura com outras crianças



Apego não apropriado a objectos



Não mantém contacto visual



Age como se fosse surdo



Resiste a aprendizagem



ao Não demonstra medo de perigos



Risos e movimentos não apropriados



Resiste ao contacto físico



Acentuada hiperactividade física



Gira objectos de maneira bizarra e peculiar



Às vezes é agressivo e destrutivo



Modo comportamento indiferente

e arredo

