



CATOLICA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

# Conhecimento da Comunidade Escolar sobre a Perturbação do Espectro do Autismo

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde  
Comunitária e de Saúde Pública

Por  
Vera Sílvia Meireles Martins

Porto, março de 2026





CATOLICA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

# Conhecimento da Comunidade Escolar sobre a Perturbação do Espectro do Autismo

## Knowledge of the School Community about Autism Spectrum Disorder

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do  
grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde  
Comunitária e de Saúde Pública

Por

Vera Sílvia Meireles Martins

Sob a orientação de Professor Paulo Alves

Porto, março de 2026



**Resumo:**

O presente relatório apresenta as competências desenvolvidas na área clínica de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública durante a Unidade Curricular de “Estágio e Relatório Final”. O trabalho realizado incidiu, essencialmente, na operacionalização do Programa Nacional de Saúde Escolar, na conceção e implementação de um Projeto de Intervenção orientado pela Metodologia de Planeamento em Saúde e no aprofundamento de competências de investigação em contexto comunitário.

A implementação do Projeto de Intervenção seguiu as etapas estruturantes do Planeamento em Saúde, desde o diagnóstico de situação até à avaliação dos resultados. A população-alvo correspondeu aos docentes e não docentes dos Agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas de um concelho do Norte de Portugal, tendo sido recolhidas 135 respostas através de um questionário online. Para a avaliação do conhecimento sobre Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) foi aplicada a Escala de Conhecimento sobre Autismo (ECAT), procedendo-se à sua adaptação linguística e terminológica para a população portuguesa.

Os resultados evidenciaram fragilidades ao nível do conhecimento, particularmente nas questões relacionadas com o diagnóstico. Itens como “Atualmente, não existe exame cerebral ou exame de sangue para diagnosticar o autismo” e “O autismo pode ser diagnosticado precocemente aos 18 meses de idade” reuniram percentagens elevadas de respostas nos itens “não concordo nem discordo” e “discordo”, traduzindo incerteza ou desconhecimento sobre o tema. Em contraste, itens relativos a comportamentos e interesses, nomeadamente “Muitas pessoas com autismo mostram a necessidade de manter rotinas”, apresentaram elevada concordância, sugerindo que os participantes têm uma maior familiaridade com aspetos comportamentais associados à PEA.

Relativamente à identificação de necessidades formativas, entre os participantes que referiram necessitar de formação sobre PEA (87%), as áreas prioritárias identificadas foram a gestão de comportamentos (27%) e a comunicação (23%), seguindo-se a interação social e aprendizagem. Em reunião de peritos, foi definida a realização de uma Sessão de Educação para a Saúde centrada predominantemente nos temas da comunicação e gestão comportamental, conduzida por uma formadora especializada. Paralelamente, foi elaborada

uma apresentação destinada a clarificar as dúvidas mais frequentes, evidenciadas pelos participantes, em resposta ao questionário.

A avaliação de eficácia foi realizada através da aplicação de um questionário pré e pós-intervenção, verificando-se um aumento global de 7% nas respostas corretas após a sessão. Este resultado supera o objetivo inicialmente estipulado de um ganho mínimo de 5% no nível de conhecimento da comunidade educativa.

Considera-se que os objetivos do estágio foram cumpridos, destacando-se a vertente da investigação e a aplicação da Metodologia de Planeamento em Saúde. Entre as principais limitações, identificam-se o reduzido período de tempo para realização do Projeto de Intervenção e a baixa adesão à Sessão de Educação para a Saúde. Ainda assim, o Projeto de Intervenção reforça a necessidade de atuação dirigida à PEA em contexto escolar e evidencia o papel fundamental do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Torna-se, por isso, imperativo investir na integração destes profissionais nas Equipas de Saúde Escolar e na sua formação contínua, adequando-a às exigências atuais.

**Palavras chave:** Perturbação do Espectro do Autismo, Conhecimento, Saúde Escolar, Enfermagem, Inclusão

**Abstract:**

This report presents the competencies developed within the clinical area of Community Health Nursing and Public Health Nursing during the curricular unit “Internship and Final Report.” The work conducted focused primarily on the operationalization of the National School Health Programme, the design and implementation of an Intervention Project guided by the Health Planning Methodology, and the enhancement of research competencies in community settings.

The implementation of the Intervention Project followed the structural stages of Health Planning, from the situation diagnosis to the evaluation of outcomes. The target population comprised teaching and non-teaching staff from the School Clusters of a municipality in Northern Portugal, from which 135 responses were collected through an online questionnaire. To assess knowledge regarding Autism Spectrum Disorder (ASD), the Autism Knowledge Scale was used, proceeding with the adaptation of its linguistics and terminology for the Portuguese population.

The results revealed notable gaps in knowledge, particularly in items related to diagnosis. Statements such as “Currently, there is no brain scan or blood test that can diagnose autism” and “Autism can be reliably diagnosed as early as 18 months of age” received high proportions of responses in the categories “neither agree nor disagree” and “disagree,” indicating uncertainty or lack of knowledge on these topics. In contrast, items related to behaviours and interests, such as “Many individuals with autism demonstrate a strong need for routines,” presented high levels of agreement, suggesting that participants were more familiar with behavioural aspects associated with ASD.

Regarding the identification of training needs, among the participants who indicated needing training on ASD (87%), the priority areas identified were behavior management (27%) and communication (23%), followed by social interaction and learning. In a meeting of experts, it was decided to hold a Health Education Session focused primarily on the topics of communication and behavior management, conducted by a specialized trainer. In parallel, a presentation was prepared to clarify the most frequent doubts raised by the participants in response to the questionnaire.

Effectiveness was assessed through the administration of a pre- and post-intervention questionnaire, which revealed an overall increase of 7% in correct responses after the session. This outcome exceeds the initial objective of achieving a minimum 5% improvement in the knowledge level of the educational community.

It is considered that the objectives of the internship were achieved, with emphasis on the investigative component and the application of the Health Planning Methodology. The main limitations identified relate to the limited timeframe available for the completion of the Intervention Project and the low participation rate in the Health Education Session. Nevertheless, the Intervention Project reinforces the need for targeted action regarding ASD in the school context and highlights the essential role of the Specialist Nurse in Community Health Nursing and Public Health Nursing. It is therefore imperative to strengthen the integration of these professionals within School Health teams and to invest in ongoing training tailored to contemporary needs.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder, Knowledge Health School, Nursing, Inclusion

Pensamento

“Nós podemos mudar o mundo e torná-lo um sítio melhor.  
Está nas nossas mãos fazer a diferença”

Nelson Mandela



## Dedicatória

Aos meus pais, por me ensinarem a lutar pelos meus objetivos.

À Cristina e ao Pedro por estarem sempre presentes.

Ao André, o meu porto seguro, pelo apoio incondicional e pela paciência.

À Ana pelas suas palavras de apoio e por todo o carinho e incentivo.

Ao Tiago, por me mostrar que a felicidade está nas pequenas coisas e que todos temos o poder e dever de tornar o mundo, um lugar melhor.

A todos aqueles que encontram no seu caminho pessoas com a Perturbação do Espectro do Autismo e contribuem para a sua inclusão.



Um muito obrigada:

Ao Professor Paulo Alves, pela sua orientação, por todo o tempo dispensado e por tanto que contribuiu para a realização deste relatório.

Às minhas orientadoras de estágio, Enfermeira Liliana e Enfermeira Cláudia pela sua orientação, pelo seu apoio e disponibilidade.

Às minhas colegas de trabalho pelo incentivo, pelo apoio, pela paciência, por tornarem esta caminhada possível.

A todos os docentes e não docentes que participaram na aplicação do questionário e que tornaram possível a concretização deste trabalho.



## **LISTA DE SIGLAS**

---

**AE-**Agrupamento de Escolas

**APA-**American Psychiatric Association

**ASD-** Autism Spectrum Disorder

**ASDEU-** Autism Spectrum Disorders in Europe

**CDC-** Centers for Disease Control and Prevention

**CFAE-** Centro de Formação dos Agrupamentos de Escolas

**CRI-** Centro de Recursos para a Inclusão

**CRTIC-** Centro de Recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação para a Educação Especial

**DGS-**Direção-Geral da Saúde

**DP-** Desvio Padrão

**DSM-5-** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition

**ECAT-** Escala de Conhecimento sobre Autismo

**EEESCSP-** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**EMAEI-** Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

**ESE-** Equipas de Saúde Escolar

**EUA-** Estados Unidos da América

**INSA-** Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

**M-** Média

**NSE-** Necessidades de Saúde Especiais

**PEA-** Perturbação do Espetro do Autismo

**PEI-** Plano Educativo Individual

**PES-** Projeto de Educação para a Saúde

**PNSE-** Programa Nacional de Saúde Escolar

**PSI-** Plano Individual de Saúde

**REPE-** Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**UCC-** Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCP-** Universidade Católica Portuguesa

**WHO-** World Health Organization

## ÍNDICE

---

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	23
1.1. Definição e Dados Epidemiológicos sobre PEA .....	23
1.2. Investigação e Intervenções baseadas na evidência .....	25
1.3. Conhecimento da comunidade educativa: principais evidências .....	27
1.4. Enquadramento normativo da educação inclusiva em Portugal .....	28
<b>CAPÍTULO 2. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	31
2.1. Diagnóstico da Situação em Saúde.....	31
2.1.1. População e amostra .....	33
2.1.2. Questões de Investigação.....	33
2.1.3. Variáveis em estudo.....	34
2.1.4. Instrumento de Colheita de dados .....	34
2.1.5. Tratamento e análise de dados.....	36
2.1.6. Procedimentos de Recolha de Dados e Considerações Éticas.....	36
2.1.7. Apresentação dos Resultados .....	37
2.2. Determinação de prioridades .....	41
2.3. Fixação de objetivos .....	42
2.3.1. Indicadores .....	43
2.4. Seleção de estratégias .....	46
2.5. Preparação Operacional.....	47
2.6. Execução.....	48
2.7. Avaliação das Atividades .....	48

<b>CAPÍTULO 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO FINAL .....</b>	<b>57</b>
3.1. Competência: Estabelece, com base na metodologia do Planejamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.....	58
3.2. Competência: Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.....	59
3.3. Competência: Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; .....	61
3.4. Competência: Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico;.....	61
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>71</b>
APÊNDICE I(Cronograma de atividades) .....	73
APÊNDICE II(Instrumento de colheita de dados).....	77

## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1 - Definição de indicadores de Atividade/Processo .....	44
Tabela 2 -Definição de indicadores de Resultado/Impacto .....	45
Tabela 3- Cálculo dos indicadores de atividade/ processo .....	49
Tabela 4- Cálculo dos indicadores de resultado/impacto total .....	51
Tabela 5 - Cálculo dos indicadores de resultado/impacto para cada item.....	53
Tabela 6 - Cronograma de Atividades .....	75



## INTRODUÇÃO

---

O presente Relatório de Estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio e Relatório Final”, componente do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde, da Escola de Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa (UCP) no Porto, no ano letivo de 2025/2026, sob a regência do Prof. Doutor João Amado, orientação da UCP do Prof. Doutor Paulo Alves e orientação na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pela Enfermeira Cláudia e Enfermeira Liliana. Este documento é um dos instrumentos de avaliação deste Estágio.

A Unidade Curricular “Estágio e Relatório Final”, tem como objetivo geral, proporcionar ao estudante, oportunidades de desenvolvimento de competências na área clínica de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e, de acordo com o “Guia de Estágio Final e Relatório- Saúde Comunitária: Vigilância e Decisão Clínica” propõe como objetivos de aprendizagem:

- ✓ Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de Especialização;
- ✓ Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ✓ Demonstrar capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;

- ✓ Ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências;
- ✓ Ser capaz de desenvolver uma aprendizagem de forma autónoma.

Este Estágio realizou-se numa UCC do norte do país e teve um total de 360h de contacto, tendo decorrido entre os dias 4 de setembro e 20 de dezembro de 2025.

O presente relatório está organizado em três secções principais. Na primeira secção é realizado o enquadramento teórico da PEA e do conhecimento sobre a comunidade educativa relativamente a esta temática. A segunda secção descreve as etapas da metodologia de Planeamento em Saúde, desde o diagnóstico de situação até ao desenvolvimento do Projeto de Intervenção e a avaliação dos resultados. A terceira secção inclui uma análise crítica sobre o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP) no campo de estágio.

Com a elaboração deste relatório pretende-se apresentar uma descrição detalhada e uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada acerca das atividades realizadas. Este documento procura analisar os contributos dessas atividades para o desenvolvimento das competências gerais e específicas previamente identificadas. Além disso, integra uma componente de investigação sustentada na prática clínica, cuja finalidade consiste na operacionalização da Metodologia de Planeamento em Saúde, promovendo uma análise sistemática das necessidades identificadas, a definição de prioridades e a implementação de intervenções fundamentadas na evidência.

## CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

### 1.1. Definição e Dados Epidemiológicos sobre PEA

A PEA trata-se de um transtorno neurológico caracterizado pelo comprometimento da interação social, da comunicação verbal e não verbal e por comportamentos restritivos e repetitivos, que exige uma intervenção especializada e diversificada (American Psychiatric Association (APA), 2013). Estima-se que a nível mundial uma em cada 127 pessoas é acometida por esta perturbação (World Health Organization (WHO), 2021; Global Burden of Disease Study 2021 Autism Spectrum Collaborators, 2025), havendo, no entanto, países em que as taxas não estão determinadas, devido a fatores sociais, uma vez que muitas vezes para se estabelecer um diagnóstico é necessária a realização de exames que não são de acesso universal (WHO, 2021). Num estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), em 2022, em crianças com 8 anos, a prevalência de PEA foi de uma em cada 31 crianças (Shaw et al, 2025), verificando-se que a prevalência neste país, e nesta idade, aumentou de uma em cada 150 crianças em 2000, para uma em cada 36 crianças em 2020 (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2025; Maenner et al. 2023).

Relativamente ao número de casos de PEA diagnosticados verifica-se que tem havido um aumento associado a diversos fatores, sendo que a evidência aponta para um fenómeno multifatorial, resultante da expansão do rastreio, do aumento da literacia social e clínica, de alterações nos critérios e políticas de diagnóstico e de uma crescente sensibilidade cultural para manifestações diversas do espectro (Hansen et al., 2015; Hyman et al., 2020; Grosvenor et al., 2024). Estes fatores explicam de forma mais plausível os dados atuais do que a hipótese de uma mudança biológica repentina. Destaca-se, em particular, a maior procura de avaliação por parte de grupos historicamente subdiagnosticados, como as mulheres, contribuindo para a redução de assimetrias (Grosvenor et al., 2024). Neste contexto, são detetadas situações que anteriormente poderiam ter permanecido “invisíveis”, reforçando a importância do investimento em literacia e formação profissional.

Em Portugal, o último estudo publicado de prevalência a nível nacional remonta a 2005 e refere-se a dados de 2000 que indicam que haveria 0,92 casos por cada mil habitantes (Oliveira, 2005). Em 2020, num estudo desenvolvido no âmbito do Projeto Internacional Autism Spectrum Disorders in Europe (ASDEU), na região Centro, relativo ao ano letivo 2016/2017, em crianças com idade compreendida entre os 7 e os 9 anos, a prevalência estimada de PEA foi de 0,5% (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), 2020). Uma das causas possíveis apontadas para o aumento da prevalência de PEA em Portugal poderá estar relacionado com as alterações dos critérios de diagnóstico através da Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), estando incluídas crianças com nível funcional mais elevado (INSA, 2020).

Quanto aos níveis de apoio na PEA, estes podem dividir-se em três grupos, o nível 1 quando a pessoa com PEA necessita de suporte para iniciar interações sociais e para realizar uma comunicação eficaz, assim como para planear e organizar as atividades do dia a dia. O nível de suporte 2 requer suporte substancial, já que a pessoa com PEA pode apresentar défices acentuados a nível da comunicação verbal e não verbal que condicionam a interação social e causam dificuldade em lidar com a mudança. Já o nível de suporte 3 requer suporte muito substancial, uma vez que a pessoa com PEA pode apresentar défices severos na comunicação social verbal e não verbal que limita de forma acentuada a interação social e em que existe uma dificuldade extrema em lidar com as mudanças (APA, 2013; Sanchack & Thomas, 2016).

Estudos evidenciam também que a prevalência de PEA é superior em crianças do sexo masculino em comparação com crianças do sexo feminino (Shaw et al, 2025; Loomes et al, 2017). A literatura recente indica que raparigas e mulheres autistas tendem a apresentar com maior frequência sintomas internalizados, como ansiedade e isolamento social, recorrendo mais a estratégias de camuflagem social. Estes fatores contribuem para um maior risco de subdiagnóstico, sobretudo quando são utilizados instrumentos desenvolvidos e validados maioritariamente com base em amostras masculinas (Mao et al., 2024).

Paralelamente, dados longitudinais provenientes de sistemas de saúde nos EUA, entre 2011 e 2022, revelam um aumento acentuado das taxas de diagnóstico em mulheres, tanto em idade pediátrica como adulta, reduzindo progressivamente o diferencial histórico entre sexos e sugerindo uma melhoria na deteção de fenótipos menos típicos, mais do que uma alteração

abrupta da incidência biológica da condição (Grosvenor et al., 2024). Estas especificidades têm implicações diretas ao nível da intervenção, sendo particularmente relevantes abordagens que privilegiem a regulação emocional, a comunicação social e o desenvolvimento de competências adaptativas, com objetivos definidos em colaboração com a pessoa com autismo e a sua família (Hyman et al., 2020; Mao et al., 2024). Desta forma, o contexto escolar assume um papel de grande relevo, uma vez que se trata de um espaço privilegiado de promoção da saúde, da participação e do desenvolvimento.

## **1.2. Investigação e Intervenções baseadas na evidência**

Apesar dos avanços significativos na investigação biomédica, nomeadamente na identificação de potenciais marcadores genéticos, neurofisiológicos, metabólicos e de *eye tracking*, o diagnóstico da PEA permanece essencialmente clínico e comportamental, não existindo, até ao momento, biomarcadores laboratoriais validados para uso regular. Na prática, estes desenvolvimentos revelam maior utilidade para a estratificação clínica e a monitorização do desenvolvimento do que para substituir a avaliação funcional e o desenho de apoios personalizados, que continuam a constituir o eixo central da resposta clínica e educativa (Hyman et al. 2020; Jensen et al., 2022). Esta perspetiva é particularmente relevante no contexto escolar: se o diagnóstico assenta na observação clínica e a intervenção eficaz é funcional e contextualizada, então a qualidade do ambiente educativo e das decisões pedagógicas assume, ela própria, um papel determinante no desenvolvimento e bem-estar do aluno.

No domínio das intervenções, existe crescente evidência relativamente aos benefícios de abordagens comportamentais e psicoeducacionais baseadas na evidência, tais como os modelos naturalistas de desenvolvimento, o treino de comunicação funcional, o ensino estruturado com suportes visuais e a promoção de competências adaptativas, sobretudo quando iniciadas precocemente (Hyman et al., 2020; Daniolou et al, 2022). Estas intervenções focam-se no aumento da participação, da autonomia e do bem-estar, numa perspetiva alinhada com o respeito pelas diferentes identidades das pessoas com autismo. Também a utilização de medicina complementar e alternativa é relativamente frequente, embora revisões da literatura recentes apontem para benefícios inconsistentes e, em alguns casos, para uma avaliação de segurança insuficiente (Gosling et al., 2025). A utilização de determinados suplementos, direcionados para resultados analíticos documentados, poderá revelar benefícios, contudo é ainda necessária investigação mais robusta e conclusiva para

orientar práticas terapêuticas seguras e eficazes (Doherty, Foley & Schloss, 2024). No que respeita aos benefícios da utilização de dietas específicas, como por exemplo a dieta livre em caseína e glúten, têm vindo a ser desenvolvidos vários estudos, no entanto a evidência é ainda muito limitada nesse sentido (Zafirovski et al, 2024; Teoh & Rusdi, 2025). Assim, a decisão partilhada, a monitorização contínua e a prioridade a intervenções validadas constituem princípios fundamentais. Para a escola, isto traduz-se na necessidade de coordenação interprofissional e na gestão criteriosa de recursos, evitando o afastamento do foco central e promovendo apoios pedagógicos eficazes.

Ao nível socio-emocional, a investigação tem contribuído para desconstruir o mito da “ausência de empatia” nas pessoas autistas. Num estudo realizado por Li et al (2023), verificou-se que crianças com autismo em idade pré-escolar apesar de dificuldades iniciais na atenção ao outro, na leitura emocional e na iniciação de comportamentos pró-sociais, demonstram emoções negativas de uma forma muito similar a crianças neurotípicas. Para além disso, verificam-se ganhos consistentes em comportamentos pró-sociais ao longo do tempo, evidenciando um claro potencial de aprendizagem e desenvolvimento empático (Li et al., 2023).

Revisões da literatura relacionadas com experiências de amizade ao longo da vida demonstram que as definições de amizade em pessoas autistas assentam, tal como na população em geral, na semelhança e na proximidade, coexistindo, contudo, com maior insegurança relacional, monotropismo e esforço para conformidade com normas, frequentemente associados a níveis elevados de ansiedade (Black et al., 2024). Neste sentido, as estratégias escolares que promovam a previsibilidade, mediação social explícita, clarificação de regras implícitas e oportunidades alinhadas com interesses específicos revelam-se particularmente eficazes para favorecer vínculos autênticos e reduzir a sobrecarga emocional (Li et al., 2023; Black et al., 2024). De forma complementar, Crespi (2021) propõe um enquadramento conceptual que perspetiva a PEA como uma ampliação de processos relacionados com padrões — percepção, reconhecimento, manutenção, geração e procura — integrando interesses circunscritos, insistência em rotinas e dificuldades sociais, que tendem a intensificar-se em contextos com baixa previsibilidade. Esta perspetiva tem aplicabilidade direta no contexto educativo, ao sublinhar a importância de explicitar regras, estruturar rotinas, utilizar suportes visuais e tornar os ambientes mais previsíveis.

Apesar deste enquadramento, a inclusão escolar enfrenta ainda barreiras amplamente reconhecidas, nomeadamente lacunas na formação prática em autismo, escassez de recursos e uma articulação insuficiente com a educação especial, frequentemente referidas pelos próprios professores (Al Jaffal, 2022). Em contextos socioeconómicos mais desafiantes, estas dificuldades tendem a acentuar-se.

Desta forma, é de realçar a importância e necessidade de investimento em desenvolvimento profissional contínuo, com prática supervisionada, equipas interdisciplinares e disponibilização consistente de recursos humanos e tecnológicos, de modo a cumprir o princípio do ambiente menos restritivo e a promover melhores resultados académicos e socio emocionais (Al Jaffal, 2022; Petersson-Bloom, Leifler & Holmqvist, 2023).

### **1.3. Conhecimento da comunidade educativa: principais evidências**

A investigação sobre o conhecimento docente acerca do autismo revela uma realidade complexa. Embora os professores manifestem, em geral, atitudes favoráveis à inclusão, o conhecimento tende a ser incompleto, fragmentado ou desatualizado, influenciando expectativas e práticas pedagógicas (de Boer, Pijl & Minnaert, 2011; Low, Lee & Che Ahmad, 2020); Petersson-Bloom, Leifler & Holmqvist, 2023). As dificuldades são particularmente evidentes na compreensão da variabilidade do espectro, das manifestações para além da infância e na distinção entre mitos persistentes e conhecimento cientificamente validado (Harrison et al., 2017; Han & Cumming, 2024).

Araujo et al. (2024), através da ECAT, evidencia o carácter multidimensional do conhecimento, abrangendo aspetos como etiologia, diagnóstico, desenvolvimento socio emocional, comportamentos repetitivos, interesses restritos e autismo na vida adulta, bem como a persistência de conceções erróneas, como a crença na possibilidade de “cura” ou a associação automática ao défice intelectual. Os mesmos autores verificam ainda, que níveis mais elevados de conhecimento estão associados a menor estigma e menor distanciamento social, sugerindo uma relação bidirecional entre literacia e atitudes.

Este padrão é consistente com estudos de intervenção desenvolvidos em diferentes contextos culturais, que mostram que programas formativos breves, participativos e baseados na evidência, envolvendo pessoas autistas como participantes ativos no planeamento e execução, contribuem para o aumento do conhecimento e para a redução do estigma

(Gillespie-Lynch et al., 2015; Obeid et al., 2015; Kim et al., 2023, Araujo et al., 2024; Araujo et al., 2024). No contexto escolar, esta articulação poderá ter um impacto ainda mais positivo ao permitir o apoio mútuo e a potenciar a troca de experiências. Quando o professor compreende que a previsibilidade potencia a aprendizagem e a regulação, que a monotopia pode ser uma fonte de motivação e que a empatia existe, embora exija suportes explícitos, as suas decisões pedagógicas transformam-se, tornando-se mais funcionais, coerentes e colaborativas.

Para que esta mudança seja sustentada, é necessário investir numa formação inicial mais robusta e num desenvolvimento profissional contínuo, com componente prática, supervisão e partilha de experiências e dúvidas (Petersson-Bloom, Leifler & Holmqvist, 2023). É igualmente essencial dispor de instrumentos sensíveis às especificidades culturais e às trajetórias de vida, que permitam identificar lacunas e monitorizar a evolução do conhecimento e das atitudes docentes. Integrar a evidência biomédica e psicológica com a literatura educativa não é, assim, um exercício meramente teórico, mas um processo que liga o diagnóstico clínico, a intervenção funcional e a realidade escolar, com o conhecimento dos professores a assumir um papel central na promoção de uma inclusão efetiva.

#### **1.4. Enquadramento normativo da educação inclusiva em Portugal**

No contexto português, as práticas inclusivas para alunos com PEA inserem-se num enquadramento normativo que articula currículo, avaliação, organização escolar e saúde pública. O Decreto-Lei n.º 54/2018 estabelece o regime jurídico da educação inclusiva, deslocando o foco das categorias diagnósticas para a identificação e remoção de barreiras à aprendizagem e à participação, através de medidas de apoio à inclusão (universais, seletivas e adicionais) que são implementadas pelas Equipas Multidisciplinares de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI) em articulação com recursos especializados, como os Centros de Recursos para a Inclusão (CRI), os Centros de Recursos de Tecnologias de Informação e Comunicação para a Educação Especial (CRTIC) e as Equipas de Saúde Escolar (ESE). Este enquadramento articula-se com a autonomia e flexibilidade curricular previstas no Decreto-Lei n.º 54/2018 e orienta a construção de respostas pedagógicas a vários níveis, assim como à participação ativa de alunos e famílias, num trabalho intersetorial entre educação, saúde e ação social.

A articulação entre educação e saúde é formalizada através do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2015), que define as orientações técnicas da Direção-Geral de Saúde (DGS) para o contexto escolar. Neste âmbito, as ESE atuam em parceria com as escolas na promoção da saúde, prevenção da doença e apoio à inclusão. O PNSE contempla o Programa Inclusão Escolar - Projeto de NSE, que operacionaliza respostas para crianças e jovens cujas condições de saúde tenham impacto na funcionalidade e exijam intervenção em meio escolar, prevendo a elaboração do Plano de Saúde Individual (PSI) e a sua articulação com o Plano Educativo individual (PEI) (Decreto-Lei n.º 54/2018). Através da elaboração do PSI é possível avaliar o perfil da funcionalidade do aluno, identificar fatores ambientais barreira e facilitadores para a inclusão dos alunos com NSE, assim como as medidas de saúde a implementar na escola (Guia Orientador de Boas Práticas: A criança e o jovem com Necessidades de Saúde Especiais em contexto escolar, 2023)

Embora a evidência científica relativamente à intervenção em crianças e jovens com PEA em contexto escolar, seja ainda limitada, a experiência das ESE aponta para um aumento dos casos sinalizados nas escolas e para uma procura crescente de capacitação por parte da comunidade educativa, docente e não docente, sobretudo em áreas como a regulação emocional, a comunicação e interação social, a gestão de comportamentos, as acomodações curriculares e a colaboração entre escola, família e serviços de saúde.

Neste sentido, pretende-se com este projeto, perceber junto da comunidade docente e não docente, qual o conhecimento que têm sobre PEA e quais as áreas de intervenção nas quais sentem mais necessidade de capacitação, potenciando práticas baseadas na evidência e de natureza inclusiva.



## **CAPÍTULO 2. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**

---

Imperatori & Giraldes (1993), definem planeamento em saúde como um processo contínuo e sistemático que visa organizar e orientar os recursos disponíveis para responder às necessidades de saúde da população, de forma racional e eficiente, tendo em vista a melhoria dos níveis de saúde e a redução das desigualdades.

Esta definição destaca como pontos essenciais tratar-se de um processo sistemático, em que há racionalização de recursos de forma a melhorar a qualidade de vida da população, assim como para promover a equidade no acesso a cuidados de saúde. O presente estudo baseia-se na metodologia de Planeamento em saúde, recorrendo a uma abordagem quantitativa.

### **2.1. Diagnóstico da Situação em Saúde**

Esta etapa envolve a identificação e avaliação das condições de saúde da população, dos recursos disponíveis e das principais necessidades e problemas existentes. O diagnóstico de situação permite compreender o contexto real em que se insere a intervenção e estabelecer prioridades de atuação, constituindo a base para a definição de objetivos e estratégias subsequentes (Imperatori & Giraldes, 1993).

O estágio curricular decorreu numa UCC situada no norte do país, onde são desenvolvidos diversos projetos nas áreas da gestão da saúde, gestão da doença e intervenção comunitária. Entre estas áreas destaca-se a intervenção no âmbito da Saúde Escolar e o Projeto de NSE, entre outros projetos desenvolvidos em articulação com a comunidade. A intervenção realizada no âmbito do Projeto de NSE visa assegurar o acompanhamento de crianças e jovens com condições de saúde suscetíveis de afetar a sua funcionalidade e a participação escolar, exigindo apoio específico em contexto educativo (DGS, 2015).

A prática clínica no âmbito da saúde escolar permite às equipas de saúde identificar de forma próxima as necessidades específicas desta população, bem como as desigualdades persistentes no acesso a recursos, acompanhamento e oportunidades educativas e sociais.

Esta realidade reforça a importância de intervenções estruturadas, baseadas no conhecimento do contexto e orientadas para a promoção da inclusão. Foi neste enquadramento que emergiu o interesse em desenvolver um projeto centrado na inclusão de alunos com PEA em contexto escolar.

Apesar do crescente interesse científico e social relativamente à temática, a informação epidemiológica sobre a incidência e prevalência das PEA em Portugal permanece limitada (Oliveira, 2005; INSA, 2020). A ausência de dados atualizados constitui um constrangimento relevante, uma vez que dificulta a caracterização adequada da população, condiciona a definição de políticas públicas e limita a alocação eficiente de recursos e o desenvolvimento de respostas ajustadas às necessidades reais da comunidade.

Neste contexto, torna-se essencial considerar os referenciais estratégicos nacionais e internacionais que evidenciam a necessidade de reduzir desigualdades no acesso e na prestação de cuidados de saúde, promovendo a equidade e a igualdade de oportunidades. Entre estes referenciais, destaca-se o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 10- Reduzir as Desigualdades, cuja meta 10.3 enfatiza a garantia da igualdade de oportunidades e a redução das desigualdades de resultados, incluindo a eliminação de práticas discriminatórias e a promoção de políticas adequadas (Nações Unidas, 2015). O indicador 10.3.1, relativo à proporção de pessoas que referem situações de discriminação ou assédio, reforça a importância da monitorização destes fenómenos, que afetam frequentemente pessoas com deficiência ou necessidades específicas (Nações Unidas, 2015).

Paralelamente, o Plano Nacional de Saúde 2030 (Direção-Geral da Saúde, 2023) reforça a importância da equidade no acesso a cuidados de saúde, da promoção de ambientes saudáveis e da prestação de cuidados de qualidade. Este documento estratégico sublinha igualmente a necessidade de práticas que favoreçam a integração e a continuidade de cuidados centrados na pessoa, evidenciando a importância de intervenções que reduzam barreiras e promovam respostas inclusivas e ajustadas à singularidade de cada indivíduo.

Neste enquadramento, a inexistência de dados epidemiológicos recentes sobre a prevalência das PEA em Portugal reforça a necessidade de desenvolver iniciativas que contribuam para uma melhor caracterização da população, identificação de vulnerabilidades e orientação de políticas públicas mais eficazes. Assim, o presente projeto surge como uma resposta

pertinente no aprofundamento do diagnóstico de situação nesta área, contribuindo para uma melhor compreensão das necessidades existentes no contexto escolar.

### 2.1.1. População e amostra

A população é definida como o conjunto total de elementos que partilham características específicas relacionadas com o fenómeno em estudo. Estes elementos podem corresponder a indivíduos, famílias ou comunidades que apresentam atributos comuns relevantes para a investigação (Fortin et al., 2009). Atendendo ao objetivo do estudo, a população considerada foram a comunidade docente e não docente dos Agrupamentos de Escolas (AE) ou escolas não agrupadas de um concelho do Norte de Portugal. A população é assim definida pelos critérios de inclusão (característica comum), que neste caso foi exercerem funções de docente ou não docente num AE ou escola não agrupada de um concelho do Norte de Portugal.

A amostra, por sua vez, consiste numa fração representativa dessa população, selecionada segundo critérios que assegurem a validade e a generalização dos resultados. Para garantir a homogeneidade da amostra, definem-se critérios de inclusão e exclusão que especificam as características desejadas nos participantes (Fortin et al., 2009). Desta forma, foram definidos como critérios de inclusão, exercerem funções de docente ou não docente num AE ou escola não agrupada de um concelho do Norte de Portugal, cujas escolas tivessem aceitado participar no estudo. Para tal, foram enviados emails para os responsáveis de cada AE e escolas não agrupadas a solicitar autorização para aplicação do projeto. Como critérios de exclusão foram definidos serem docentes ou não docentes de um AE que não tenha autorizado a participação no projeto.

Desta forma, considerou-se a população constituída por 770 docentes e 374 não docentes, sendo que após a aplicação dos critérios de exclusão ficou constituída uma amostra não probabilística por conveniência de 635 docentes e 301 não docentes.

### 2.1.2. Questões de Investigação

As questões de investigação constituem a base orientadora do processo científico, pois delas dependem os resultados obtidos. Estas devem ser formuladas sob a forma de enunciados interrogativos, escritos no tempo presente, e incluir uma ou duas variáveis, bem como a

população alvo do estudo. A sua elaboração clara e precisa é essencial para garantir a coerência metodológica e a relevância dos dados recolhidos (Fortin et al., 2009).

Para o presente estudo, definiram-se as seguintes questões de investigação:

- Quais as características sociodemográficas da comunidade docente e não docente dos AE e escolas não agrupadas de um concelho do Norte do país?
- Qual o nível de conhecimento sobre PEA da comunidade docente e não docente dos AE e escolas não agrupadas de um concelho do Norte do país?
- Quais as necessidades formativas sobre PEA da comunidade docente e não docente dos AE e escolas não agrupadas de um concelho do Norte do país?

### 2.1.3. Variáveis em estudo

A definição precisa das variáveis em investigação é fundamental, uma vez que a sua seleção deve estar alinhada com o referencial teórico e considerar as possíveis interações entre elas (Pestana & Gageiro, 2008). Fortin et al. (2009) descrevem as variáveis como atributos, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações analisadas no estudo. Estas podem ser classificadas de acordo com o papel que desempenham no contexto da investigação, sendo designadas como independentes, dependentes (ou de investigação), de atributo ou estranhas. Para assegurar a sua mensuração, é necessário que sejam definidas tanto de forma conceptual, explicando o seu significado teórico, como de forma operacional, indicando como serão observadas e quantificadas.

Neste estudo as variáveis de investigação são a idade, género, local de trabalho, função que desempenha, ciclo de ensino em que exerce funções, habilitações académicas, formação em educação especial e como adquiriu essa formação, formação diferenciada para trabalhar com alunos com PEA e como adquiriu essa formação, Conhecimento sobre o Autismo e Necessidades formativas.

### 2.1.4. Instrumento de Colheita de dados

A colheita de dados pode ser realizada através de diferentes instrumentos, devendo o investigador seleccionar aquele que melhor se ajusta aos objetivos do estudo, às questões de investigação ou às hipóteses formuladas (Fortin et al., 2009).

Recorreu-se a um questionário estruturado como instrumento de colheita de dados, por permitir recolher informação de forma sistemática e comparável sobre a população-alvo, apoiando a identificação de necessidades e a definição de prioridades de intervenção (Fortin et al., 2009; Imperatori & Giraldes, 1993). O questionário foi organizado em secções, incluindo: (i) introdução e informação ética, (ii) caracterização sociodemográfica e profissional, (iii) avaliação do Conhecimento sobre a PEA e (iv) identificação de necessidades formativas, em coerência com as recomendações para construção e aplicação de instrumentos em estudos comunitários (Fortin et al., 2009).

Para a avaliação do conhecimento sobre a Perturbação do Espectro do Autismo foi utilizada a ECAT, um instrumento originalmente desenvolvido em língua portuguesa e aplicado em contextos educativos, para aferir conhecimentos e crenças sobre o autismo, incluindo a presença de concepções erróneas e mitos persistentes. A seleção da ECAT para este projeto fundamentou-se na sua adequação ao contexto escolar e no seu potencial para apoiar a identificação de lacunas específicas de conhecimento na comunidade educativa (docente e não docente), permitindo orientar intervenções focalizadas em conteúdos prioritários. Importa salientar que, em instrumentos deste tipo, a utilidade principal reside na capacidade de fornecer um retrato objetivo de áreas de maior fragilidade informativa e de necessidades de clarificação, contribuindo para a tomada de decisão no planeamento de estratégias formativas (Imperatori & Giraldes, 1993; Fortin et al., 2009).

Tendo em conta que o instrumento se encontrava redigido em português do Brasil, procedeu-se a uma adaptação linguística e terminológica para português europeu, assegurando a clareza, a compreensão e a adequação ao vocabulário habitualmente utilizado no contexto escolar português. Esta adaptação incluiu a obtenção de autorização para utilização, revisão linguística e harmonização terminológica, de modo a garantir equivalência semântica e adequação cultural, de acordo com recomendações internacionais para adaptação de instrumentos a novos contextos linguísticos (Beaton et al., 2000; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

A ECAT é constituída por 21 afirmações, abrangendo diferentes domínios relevantes para a compreensão da PEA, nomeadamente aspetos associados a características nucleares, desenvolvimento e percurso ao longo da vida, diagnóstico, intervenção e falsas crenças socialmente disseminadas (Araujo et al., 2024). Cada item é respondido numa escala Likert de cinco pontos, variando entre “Discordo totalmente”, “Discordo”, “Não concordo nem

discordo”, “Concordo” e “Concordo totalmente”. Este formato permite captar o grau de concordância dos participantes com cada afirmação e, simultaneamente, identificar áreas onde predominam respostas de incerteza (“Não concordo nem discordo”) ou concordância com proposições incorretas (e.g., “vacinas causam autismo”, “existem tratamentos que curam o autismo”), o que é particularmente útil quando o objetivo do diagnóstico é orientar ações educativas e de capacitação (Fortin et al., 2009; Araujo et al., 2024).

A aplicação da ECAT decorreu em formato online, integrada no questionário global do estudo, sendo disseminada através dos responsáveis dos Agrupamentos de Escolas ou escolas não agrupadas, para preenchimento voluntário por docentes e não docentes. A opção pela recolha online permitiu facilitar o acesso ao instrumento e reduzir constrangimentos logísticos, mantendo o anonimato e a confidencialidade das respostas.

No presente projeto, os resultados obtidos através da aplicação da ECAT contribuiu diretamente para a etapa de determinação de prioridades, ao evidenciar áreas de maior dúvida e desconhecimento, apoiando a seleção dos temas a abordar na sessão de capacitação e na produção de materiais educativos dirigidos à comunidade escolar (Imperator & Giraldes, 1993).

#### 2.1.5. Tratamento e análise de dados

A análise e interpretação de dados são fundamentais para compreender os fenómenos estudados (Costa et al., 2021). Segundo Quivy e Van Campenhoudt (2008), esta análise pode ser estatística ou de conteúdo. Dado que o presente estudo segue uma abordagem quantitativa, os dados foram tratados através de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (médias -M) e medidas de dispersão (amplitude, variância e desvio padrão- DP). Os resultados foram organizados em tabelas e acompanhados por uma análise descritiva na aplicação Excel<sup>R</sup> do Office.

#### 2.1.6. Procedimentos de Recolha de Dados e Considerações Éticas

A investigação científica exige a observância de princípios éticos, nomeadamente a obtenção do consentimento informado e a salvaguarda da privacidade dos participantes (Gerhardt & Silveira, 2009). Assim, antes da aplicação do questionário, foi solicitada autorização à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde que integra a UCC onde foi realizado o Projeto de Intervenção e à direção dos AE e escolas não agrupadas desse concelho do Norte

de Portugal, através do envio de email. Após a emissão de parecer favorável pelas entidades mencionadas, procedeu-se à articulação com o coordenador do projeto de Educação para a Saúde (PES), que enviou os questionários aos docentes e não docentes das diversas escolas. A colheita de dados foi orientada pelos princípios éticos aplicáveis à investigação com seres humanos, tendo como eixo central o respeito pela dignidade da pessoa humana. Garantiu-se a confidencialidade e anonimato das respostas, bem como a participação voluntária dos sujeitos. O Projeto de Investigação seguiu as orientações emanadas pela Declaração de Helsínquia no que se refere à investigação envolvendo seres humanos (World Medical Association, 2024).

#### 2.1.7. Apresentação dos Resultados

Este capítulo apresenta os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de recolha de dados, organizados de acordo com as variáveis em estudo. A análise segue três dimensões principais: caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, nível de conhecimento sobre a PEA e identificação das necessidades formativas da comunidade educativa.

##### **a) Caraterização Sociodemográfica e Profissional**

A amostra foi constituída por 135 participantes, maioritariamente do género feminino (83,4%), com idades compreendidas entre 29 e 65 anos ( $M = 50,9$ ;  $DP = 8,4$ ). No que se refere à categoria profissional, verificou-se um predomínio de docentes (74,8%), enquanto 25,2% desempenhavam funções não docentes.

Relativamente às habilitações académicas, a maioria dos participantes possuía licenciatura (56,3%), seguindo-se o mestrado (20,0%). Uma proporção menor apresentava habilitações ao nível do ensino secundário (18,5%) ou do ensino básico (3,7%), enquanto apenas um participante possuía grau de doutoramento.

Quanto ao nível de ensino em que exerciam funções, 69,2% dos participantes trabalhavam com alunos do 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e no ensino secundário, enquanto 30,8% desempenhavam funções no pré-escolar e no 1.º ciclo do ensino básico.

No que respeita à formação especializada, verificou-se que 80% dos participantes não possuíam formação em Educação Especial, sendo que apenas 20% referiram ter frequentado formação nesta área. Entre aqueles que tinham formação, esta foi maioritariamente adquirida

através de pós-graduações (48,1%) ou cursos breves (37,1%), sendo menos frequente a sua integração na formação inicial.

De forma ainda mais expressiva, 91,9% dos participantes referiram não possuir formação específica para trabalhar com alunos com PEA, enquanto apenas 8,1% indicaram ter recebido algum tipo de formação diferenciada nesta área, obtida sobretudo através de cursos breves (54,5%) ou pós-graduações (45,5%).

Globalmente, os resultados obtidos evidenciam uma limitada formação especializada da comunidade educativa relativamente à PEA, o que vai de encontro à literatura, onde são descritas lacunas na formação prática em PEA (Al Jaffal, 2022). Estes resultados reforçam a pertinência de iniciativas de capacitação e desenvolvimento profissional dirigidas a docentes e não docentes, particularmente no contexto da promoção de práticas educativas inclusivas.

#### **b) Escala de Conhecimento sobre Autismo**

A análise das respostas à ECAT permitiu identificar áreas de maior domínio e áreas de maior incerteza relativamente à PEA por parte dos participantes.

Os níveis mais elevados de incerteza foram observados nas seguintes afirmações:

**ECAT 20** – “Atualmente, não há exame cerebral ou exame de sangue para diagnosticar o autismo”, com 50,4% de respostas na categoria “não concordo nem discordo”;

**ECAT 6** – “O autismo pode ser diagnosticado precocemente aos 18 meses de idade”, com 43,7% de respostas de indecisão;

**ECAT 1** – “O autismo é mais frequentemente diagnosticado em homens do que em mulheres”, com 37% de respostas na categoria “não concordo nem discordo”.

Adicionalmente, registaram-se níveis relevantes de incerteza relativamente às afirmações:

**ECAT 18** – “Atualmente temos tratamentos que podem curar o autismo” (32,6%);

**ECAT 11** – “Pessoas com autismo têm empatia (capacidade de sentir o que o outro sente)” (31,9%).

Estes resultados sugerem que os participantes apresentam maior dificuldade em questões relacionadas com o diagnóstico e características clínicas, refletindo lacunas de conhecimento em aspetos fundamentais da PEA.

No que diz respeito às respostas incorretas, verificou-se que a afirmação:

**ECAT 7** – “Com uma intervenção adequada, a maioria das crianças com autismo pode eventualmente superar esse diagnóstico”, apresentou 43% de respostas incorretas.

Este resultado traduz um nível significativo de concordância com uma proposição cientificamente incorreta e poderá estar associado à ambiguidade interpretativa do termo “superar”, situação igualmente descrita na adaptação da escala para português do Brasil (Araújo et al., 2024).

Com menor magnitude, mas ainda relevantes, observaram-se níveis consideráveis de respostas incorretas nas afirmações:

**ECAT 20** – “Atualmente, não há exame cerebral ou exame de sangue para diagnosticar o autismo” (24,4%);

**ECAT 6** – “O autismo pode ser diagnosticado precocemente aos 18 meses de idade” (21,4%).

Por outro lado, algumas afirmações evidenciaram níveis elevados de conhecimento entre os participantes. Destacam-se:

**ECAT 21** – “O autismo é consequência da frieza ou rejeição dos pais”, com 96,3% de respostas corretas;

**ECAT 14** – “Muitas pessoas com autismo mostram a necessidade de manter rotinas”, com 94,8% de respostas corretas;

**ECAT 4** – “Pessoas com autismo podem levar vidas bem-sucedidas e satisfatórias”, com 90% de respostas corretas.

Estes resultados indicam que a comunidade educativa demonstra maior familiaridade com aspetos comportamentais e sociais associados à PEA, bem como com a desconstrução de mitos historicamente associados à etiologia da perturbação.

### **c) Necessidades Formativas**

Relativamente às necessidades formativas identificadas, verificou-se que 13% dos participantes indicaram não necessitar de formação (6%) ou referiram não saber se necessitam (7%). Quando questionados acerca das áreas específicas de formação, estes participantes referiram maior interesse nos temas Comunicação (25%) e Gestão de Comportamentos (25%), seguindo-se a Interação Social e a Aprendizagem. Importa salientar que 86,7% destes participantes não possuem formação diferenciada em PEA, o que poderá sugerir uma perceção limitada das necessidades formativas existentes ou uma menor consciência das exigências específicas associadas à intervenção educativa com alunos com esta condição.

Entre os participantes que referiram necessitar de formação sobre PEA (87%), as áreas prioritárias identificadas foram igualmente Gestão de Comportamentos (27%) e Comunicação (23%), seguindo-se Interação Social e Aprendizagem.

Estes resultados evidenciam uma tendência consistente na identificação das áreas de maior necessidade de capacitação, independentemente da perceção inicial dos participantes relativamente à necessidade de formação.

A predominância das áreas Gestão de Comportamentos e Comunicação como principais necessidades formativas encontra-se em consonância com a literatura científica, que aponta estas dimensões como desafios frequentemente referidos pelos profissionais da educação no trabalho com alunos com PEA. Estudos indicam que os docentes reconhecem frequentemente dificuldades na interpretação de comportamentos, na implementação de estratégias de regulação comportamental e na adaptação da comunicação às necessidades específicas destes alunos (Al Jaffal, 2022; Petersson-Bloom, Leifler & Holmqvist, 2023). Estas dificuldades podem estar associadas à complexidade das características nucleares da PEA, nomeadamente às particularidades na comunicação, na interação social e na flexibilidade comportamental, que exigem estratégias pedagógicas estruturadas e diferenciadas.

Paralelamente, a literatura evidencia que níveis mais elevados de conhecimento sobre o autismo estão associados a atitudes mais positivas face à inclusão e a maior eficácia percebida na intervenção educativa, reforçando a importância da formação contínua dirigida à comunidade educativa (de Boer, Pijl & Minnaert, 2011; Low, Lee & Che Ahmad, 2020). Neste contexto, a identificação das necessidades formativas constitui um elemento fundamental no processo de planeamento de intervenções educativas e de promoção de

práticas inclusivas, permitindo orientar programas de capacitação ajustados às dificuldades reais sentidas pelos profissionais.

Assim, os resultados obtidos sugerem que as necessidades formativas da comunidade educativa se concentram sobretudo em estratégias práticas de intervenção no contexto escolar, particularmente no que se refere à comunicação com alunos com PEA e à gestão de comportamentos em sala de aula. A priorização destas áreas revela-se coerente com a evidência científica e reforça a pertinência de desenvolver ações formativas que promovam competências pedagógicas específicas, favorecendo ambientes educativos mais inclusivos e adequados às necessidades dos alunos com PEA.

## **2.2. Determinação de prioridades**

A determinação de prioridades consiste no processo de selecionar, entre os diversos problemas identificados, aqueles que devem ser abordados com maior urgência e relevância, considerando os recursos disponíveis e os objetivos do sistema de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

A definição de prioridades é fundamental para assegurar uma alocação racional dos recursos, evitando a dispersão e garantindo que as intervenções planeadas respondam às necessidades mais relevantes. Trata-se de um elemento estratégico do planeamento em saúde, orientando as decisões para maximizar os benefícios e promover a redução das desigualdades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a definição de prioridades foi constituído um painel com quatro peritos, com experiência nas áreas da PEA, metodologia de investigação e educação, nomeadamente peritos com conhecimento aprofundado na interação com a comunidade educativa. A constituição deste painel, permitiu uma abordagem multidisciplinar, com a integração de conhecimentos técnicos diversificados e diretamente relacionados com o contexto escolar, permitindo um planeamento direcionado para os problemas identificados. Para a definição de prioridades de intervenção foi também tido em conta as necessidades formativas identificadas através da aplicação do questionário, sendo determinado que as áreas da “Comunicação” e “Gestão de comportamentos” seriam as áreas a intervir, assim como o conhecimento sobre PEA.

### 2.3. Fixação de objetivos

Os objetivos representam os resultados pretendidos para a população-alvo, decorrentes da implementação dos projetos que compõem os programas e, em conjunto, os planos. Quando bem formulados, constituem referências normativas para orientar as etapas subsequentes do planeamento e da gestão, além de esclarecer aos participantes quais comportamentos e ações são adequados e pertinentes (Tavares, A., 1990).

Com base nos resultados obtidos, na disponibilidade de recursos e nas características da população-alvo, definiu-se como objetivo geral:

- ✓ Aumentar o conhecimento sobre a Perturbação do Espectro do Autismo nos docentes e não docentes dos Agrupamentos de Escolas e Escolas não agrupadas de um concelho do Norte do país, em 5%

Os objetivos operacionais tratam-se de enunciados de resultados desejáveis e tecnicamente exequíveis, decorrentes das atividades dos serviços de saúde e suscetíveis de serem traduzidos em indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste contexto, para este projeto de intervenção, foram definidos os seguintes objetivos operacionais:

- ✓ Garantir que pelo menos 10% do total de docentes dos AE e Escolas não agrupadas respondam ao questionário inicial;
- ✓ Garantir que pelo menos 10% do total de não docentes dos AE e Escolas não agrupadas respondam ao questionário inicial;
- ✓ Realizar uma Sessão de Educação para a Saúde sobre PEA durante o Projeto de Intervenção;
- ✓ Assegurar que 10% do total de docentes dos AE e Escolas não agrupadas participem na Sessão de Educação para a Saúde;
- ✓ Assegurar que 10% do total de não docentes dos AE e Escolas não agrupadas participem na Sessão de Educação para a Saúde;
- ✓ Garantir que pelo menos 80% dos docentes e não docentes dos AE e Escolas não agrupadas, presentes na Sessão de Educação para a Saúde, respondam ao questionário inicial “Mitos e Verdades”;
- ✓ Garantir que pelo menos 80% dos docentes e não docentes dos AE e Escolas não agrupadas, presentes na Sessão de Educação para a Saúde, respondam ao questionário final “Mitos e Verdades”;

- ✓ Garantir que pelo menos 80% dos docentes e não docentes dos AE e Escolas não agrupadas, presentes na Sessão de Educação para a Saúde, respondam ao questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde;
- ✓ Garantir que pelo menos 80% dos docentes e não docentes dos AE e Escolas não agrupadas, presentes na Sessão de Educação para a Saúde apresentem avaliação da satisfação da Sessão de Educação para a Saúde “Satisfeito” ou “Muito Satisfeito”.

### 2.3.1. Indicadores

Os indicadores constituem instrumentos fundamentais para mensurar as variáveis em análise, fornecendo informação relevante para apoiar a tomada de decisão, monitorizar o cumprimento dos objetivos, quantificar as alterações ocorridas e acompanhar a execução dos projetos, permitindo correções oportunas (Tavares, 1992). Neste projeto de Intervenção, adotou-se por organizar os indicadores em três categorias: estrutura, atividade e resultado. Esta organização permitiu avaliar em que medida os objetivos foram alcançados no período previsto e identificar áreas que exigem reforço ou reorientação.

#### **a) Indicadores de Estrutura**

Os indicadores de estrutura estão relacionados com o conjunto de condições organizacionais, materiais e humanas que sustentam a realização de uma determinada intervenção. No âmbito do presente projeto, estes indicadores estão diretamente associados à implementação de uma Sessão de Educação para a Saúde para a comunidade docente e não docente sobre PEA.

Neste sentido, para além da necessária colaboração da instituição escolar, nomeadamente no que respeita à disponibilidade dos docentes para a cedência de tempo letivo, foram identificados como componentes estruturais essenciais os recursos humanos e materiais mobilizados.

Assim, foram considerados como indicadores de estrutura:

- ✓ Recursos humanos (Enfermeira e Terapeuta da Fala)
- ✓ Recursos materiais (auditório, computador, projetor multimédia, flores, capas com folhas de papel)

## b) Indicadores de Atividade/Processo

Os indicadores de atividade/processo permitem avaliar a atividade desenvolvida e os procedimentos implementados ao longo da execução do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste sentido, foram definidos os indicadores apresentados na Tabela 1 – Definição dos Indicadores de Atividade/Processo.

Tabela 1 - Definição de indicadores de Atividade/Processo

Taxa de adesão ao questionário inicial da comunidade docente	$\frac{\text{Número de docentes que responderam ao questionário inicial}}{\text{Número total de docentes}}$		X 100
Taxa de adesão ao questionário inicial da comunidade não docente	$\frac{\text{Número de não docentes que responderam ao questionário inicial}}{\text{Número total de não docentes}}$		X 100
Taxa de adesão à Sessão de Educação para a Saúde da comunidade docente	$\frac{\text{Número de docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde}}{\text{Número total de docentes}}$		X 100
Taxa de adesão à Sessão de Educação para a Saúde da comunidade não docente	$\frac{\text{Número de não docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde}}{\text{Número total de não docentes}}$		X 100
Número de Sessões de Educação para a Saúde	$\frac{\text{Número de Sessões de Educação para a Saúde realizadas}}{\text{Número de Sessões de Educação para a Saúde planeadas}}$		X 100
Taxa de adesão ao questionário inicial "Mitos e verdades" da comunidade docente e não docente	$\frac{\text{Número de docentes e não docentes que responderam ao questionário inicial "Mitos e Verdades"}}{\text{Número de docentes e não docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde}}$		X 100
Taxa de adesão ao questionário final "Mitos e verdades" da comunidade docente e não docente	$\frac{\text{Número de docentes e não docentes que responderam ao questionário final "Mitos e Verdades"}}{\text{Número de docentes e não docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde}}$		X 100
Taxa de adesão ao questionário de avaliação da satisfação da Sessão de educação para a Saúde	$\frac{\text{Número de docentes e não docentes que preencheram o questionário de avaliação da satisfação da Sessão de Educação para a Saúde}}{\text{Número de docentes e não docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde}}$		X 100

## c) Indicadores de Resultado/Impacto

Os indicadores de resultado/impacto permitem avaliar a alteração observada nos problemas de saúde alvo de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77). Neste enquadramento,

foram definidos os indicadores apresentados na Tabela 2 – Definição dos Indicadores de Resultado/Impacto.

Tabela 2 -Definição de indicadores de Resultado/Impacto

Taxa de respostas corretas ao questionário inicial “Mitos e Verdades”	$\frac{\text{Número total de respostas corretas ao questionário inicial "Mitos e Verdades"}}{\text{Número total de respostas ao questionário "Mitos e Verdades"}}$	X 100
Taxa de respostas corretas ao questionário final “Mitos e Verdades”	$\frac{\text{Número total de respostas corretas ao questionário final "Mitos e Verdades"}}{\text{Número total de respostas ao questionário "Mitos e Verdades"}}$	X 100
Taxa de respostas corretas à questão : “Pessoas com PEA têm déficit cognitivo”	$\frac{\text{Número de respostas corretas à questão "Pessoas com PEA têm déficit cognitivo"}}{\text{Número total de respostas à questão "Pessoas com PEA têm déficit cognitivo"}}$	X 100
Taxa de respostas corretas à questão: “A utilização de Comunicação Aumentativa pode atrasar a fala”	$\frac{\text{Número de respostas corretas à questão "A utilização de Comunicação Aumentativa pode atrasar a fala"}}{\text{Número total de respostas à questão "A utilização de Comunicação Aumentativa pode atrasar a fala"}}$	X 100
Taxa de respostas corretas à questão: “A PEA é mais diagnosticada em homens do que em mulheres”	$\frac{\text{Número de respostas corretas à questão "A PEA é mais diagnosticada em homens do que em mulheres"}}{\text{Número total de respostas à questão "A PEA é mais diagnosticada em homens do que em mulheres"}}$	X 100
Taxa de respostas corretas à questão: “As vacinas causam a PEA”	$\frac{\text{Número de respostas corretas à questão "As vacinas causam a PEA"}}{\text{Número total de respostas à questão "As vacinas causam a PEA"}}$	X 100
Taxa de respostas corretas à questão: “Há vários tratamentos disponíveis que curam a PEA”	$\frac{\text{Número de respostas corretas à questão "Há vários tratamentos disponíveis que curam a PEA"}}{\text{Número total de respostas à questão "Há vários tratamentos disponíveis que curam a PEA"}}$	X 100
Taxa de respostas corretas à questão: A colheita de sangue é o exame mais utilizado para diagnosticar a PEA”	$\frac{\text{Número de respostas corretas à questão: A colheita de sangue é o exame mais utilizado para diagnosticar a PEA}}{\text{Número total de respostas à questão: A colheita de sangue é o exame mais utilizado para diagnosticar a PEA}}$	X 100
Taxa de respostas corretas à questão: “A utilização de Comunicação Aumentativa pode reduzir a frustração em pessoas com PEA”	$\frac{\text{Número de respostas corretas à questão "A utilização de Comunicação Aumentativa pode reduzir a frustração em pessoas com PEA"}}{\text{Número total de respostas à questão "A utilização de Comunicação Aumentativa pode reduzir a frustração em pessoas com PEA"}}$	X 100

Taxa de respostas corretas à questão: “As pessoas com PEA mostram necessidade de manter rotinas”	$\frac{\text{Número de respostas corretas à questão As pessoas com PEA mostram necessidade de manter rotinas}}{\text{Número total de respostas à questão As pessoas com PEA mostram necessidade de manter rotinas}}$	X 100
Taxa de respostas corretas à questão: “As crianças com PEA fazem birras porque são teimosas”	$\frac{\text{Número de respostas corretas à questão: " As crianças com PEA fazem birras porque são teimosas"}}{\text{Número total de respostas à questão: " As crianças com PEA fazem birras porque são teimosas"}}$	X 100
Taxa de respostas corretas à questão: “As crianças com PEA não devem utilizar sistemas de comunicação de alta tecnologia”	$\frac{\text{Número de respostas corretas à questão: " As crianças com PEA não devem utilizar sistemas de comunicação de alta tecnologia}}{\text{Número total de respostas à questão: " As crianças com PEA não devem utilizar sistemas de comunicação de alta tecnologia}}$	X 100
Taxa de resposta “Satisfeito” ou “Muito satisfeito”, ao questionário de avaliação da satisfação	$\frac{\text{Número de docentes e não docentes que responderam Satisfeito ou Muito Satisfeito na Avaliação global da Sessão de Educação para a Saúde}}{\text{Número de docentes e não docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde}}$	X 100

#### 2.4. Seleção de estratégias

Esta etapa é considerada fundamental no processo de planejamento em saúde, pois estabelece as ações concretas para atingir os objetivos delineados. Segundo Imperatori & Giraldes (1993), esta fase envolve a escolha das alternativas mais adequadas para enfrentar os problemas identificados, tendo em conta os recursos disponíveis e as condições do contexto. Tavares (1992) acrescenta que essa elaboração deve pautar-se pela viabilidade técnica e pela eficácia das intervenções propostas, garantindo que as soluções sejam exequíveis e sustentáveis. Trata-se de um processo que requer análise criteriosa, integração entre diferentes setores e previsão de possíveis obstáculos, assegurando que as estratégias formuladas respondam às necessidades reais da população. Além disso, esta etapa implica considerar mecanismos de acompanhamento e avaliação, para que as ações possam ser ajustadas conforme os resultados obtidos. Atendendo ao exposto, foram adotadas as seguintes estratégias para a prossecução deste projeto:

- ✓ Elaboração de cartaz;
- ✓ Divulgação nas redes sociais (Facebook e Instagram da UCC);
- ✓ Sensibilização presencial junto dos docentes e não docentes para a inscrição na Sessão de Educação para a Saúde;

- ✓ Divulgação junto dos docentes e não docentes dos agrupamentos de escolas e das escolas não agrupadas do concelho onde fica situada a UCC, através do envio de convites por e-mail aos diretores dos estabelecimentos de ensino, com vista à participação na formação;
- ✓ Articulação com o Centro de Formação dos Agrupamentos de Escolas (CFAE) para acreditação da formação;
- ✓ Preparação e Concretização da Sessão de Educação para a Saúde no formato de Ação de Curta Duração.

## **2.5. Preparação Operacional**

Corresponde à fase em que se definem as condições práticas para a execução das ações previstas. Esta etapa envolve a organização dos recursos humanos, materiais e financeiros, a calendarização das atividades, a definição de responsabilidades e a articulação entre os diferentes setores envolvidos, garantindo que todos os meios necessários estejam disponíveis e adequadamente coordenados para a implementação do plano (Tavares, 1992; Imperatori & Geraldès, 1993). Desta forma, foi planeada a realização de uma formação acreditada pelo CFAE.

Para a realização da Sessão de Educação para a Saúde, foi estabelecida parceria com as seguintes instituições: UCP- Porto, Câmara Municipal, UCC. Foi feita a articulação com o CFAE para acreditação da ação de formação. A UCP- Porto tratando-se da instituição que a aluna representava, colaborou a nível logístico na organização da ação de formação. A Câmara Municipal desempenhou um papel essencial ao disponibilizar o Auditório da Biblioteca Municipal, que possui capacidade para acolher 131 participantes. A UCC foi o local onde se desenvolveu o estágio, assumindo um papel central na concretização desta atividade. A data escolhida para a realização da formação foi o dia 3 de dezembro de 2025, quarta feira e a hora programada foi entre as 16:30 e as 19:30, uma vez que se trata do dia da semana em que a maioria dos docentes não têm aulas, mas sim atividades na escola, pelo que teriam maior disponibilidade para estarem presentes.

As palestrantes convidadas para o evento exerciam funções de Terapeuta da Fala e Terapeuta Ocupacional numa instituição dedicada ao acompanhamento de pessoas com PEA. No dia da realização da formação apenas foi possível estar presente a Terapeuta da Fala, em representação da equipa de trabalho.

## **2.6. Execução**

A Sessão de Educação para a Saúde decorreu no dia 3 de dezembro de 2025 no Auditório da Biblioteca Municipal, entre as 16:30 e as 19:30, tal como planeado. A sessão teve a duração de 3 horas e contou com a presença de 43 docentes e não docentes.

Apesar da divulgação efetuada, registou-se um número reduzido de inscrições, e o espaço disponibilizado pelo município ficou aquém da sua capacidade total, uma vez que tinha capacidade para 131 participantes e estiveram presentes 43 participantes. Este resultado contrasta com as expectativas criadas a partir das respostas ao questionário inicial, que evidenciavam necessidades formativas relevantes e sugeriam uma maior adesão por parte da comunidade educativa, incluindo docentes e não docentes.

Face a esta experiência, recomenda-se que futuras iniciativas sobre a mesma temática considerem a escolha de uma data que não coincida com atividades letivas (por exemplo, no início do ano escolar ou durante períodos de férias), de modo a facilitar a participação. Adicionalmente, poderá ser vantajosa a opção por um formato online, como um *webinar*, que permita maior flexibilidade e acessibilidade, potenciando assim o alcance e a eficácia da ação formativa.

## **2.7. Avaliação das Atividades**

A etapa final do planeamento em saúde corresponde ao processo de avaliação, o qual permite verificar se os objetivos previamente definidos foram efetivamente alcançados e se se registaram ganhos em saúde decorrentes da intervenção implementada. Apesar das dificuldades inerentes a este processo, a avaliação assume um papel central na análise da eficácia das intervenções. De acordo com Tavares (1992), é fundamental que qualquer projeto integre mecanismos de avaliação, não apenas centrados nos resultados obtidos, mas também nos processos de conceção, implementação e execução do mesmo.

Neste enquadramento, optou-se pela aplicação de um questionário que focasse as temáticas a serem abordadas na Sessão denominado “Mitos e Verdades”, em dois momentos: antes do início da Sessão de Educação para a Saúde e no final da Sessão de Educação para a Saúde. Esta estratégia teve como objetivo permitir a comparação dos níveis de conhecimento em PEA possibilitando, assim, a análise da aquisição de conhecimentos ao longo do desenvolvimento da intervenção.

Os resultados relativos a esta fase do projeto encontram-se sistematizados na tabela que se apresenta de seguida.

Tabela 3- Cálculo dos indicadores de atividade/ processo

Taxa de adesão ao questionário inicial da comunidade docente	$\frac{\text{Número de docentes que responderam ao questionário inicial: 101}}{\text{Número total de docentes: 635}}$	0,159X 100= 16%
Taxa de adesão ao questionário inicial da comunidade não docente	$\frac{\text{Número de não docentes que responderam ao questionário inicial: 34}}{\text{Número total de não docentes: 301}}$	0,112X 100= 11,2%
Taxa de adesão à Sessão de Educação para a Saúde da comunidade docente	$\frac{\text{Número de docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde: 35}}{\text{Número total de docentes: 635}}$	0,055x100= 5,5%
Taxa de adesão à Sessão de Educação para a Saúde da comunidade não docente	$\frac{\text{Número de não docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde: 8}}{\text{Número total de não docentes: 301}}$	0,026 X 100= 2,6%
Número de Sessões de Educação para a Saúde	$\frac{\text{Número de Sessões de Educação para a Saúde realizadas: 1}}{\text{Número de Sessões de Educação para a Saúde planeadas: 1}}$	1 X 100= 100%
Taxa de adesão ao questionário inicial "Mitos e verdades" da comunidade docente e não docente	$\frac{\text{Número de docentes e não docentes que responderam ao questionário inicial "Mitos e Verdades": 40}}{\text{Número de docentes e não docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde: 43}}$	0,93 X 100= 93%
Taxa de adesão ao questionário final "Mitos e verdades" da comunidade docente e não docente	$\frac{\text{Número de docentes e não docentes que responderam ao questionário final "Mitos e Verdades": 30}}{\text{Número de docentes e não docentes presentes na Sessão de Educação para Saúde: 43}}$	0,69 X 100= 69%
Taxa de adesão ao questionário de avaliação da satisfação da Sessão de Educação para a Saúde	$\frac{\text{Número de docentes e não docentes que preencheram o questionário de avaliação da satisfação da Sessão de Educação para a Saúde: 25}}{\text{Número de docentes e não docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde: 43}}$	0,58x100= 58%

A avaliação dos indicadores de atividade, através das taxas de adesão nos diferentes momentos do projeto constitui um elemento essencial do Planeamento em Saúde, permitindo analisar não só os resultados obtidos, mas também o grau de envolvimento da população-alvo ao longo das várias fases da intervenção. A análise das taxas de adesão, revela aspetos relevantes para a compreensão da eficácia do processo de implementação e da aceitabilidade da intervenção junto da comunidade educativa.

Verificou-se que a taxa de adesão ao questionário inicial, tanto na comunidade docente (16%) como na comunidade não docente (11,2%), foi acima do objetivo traçado inicialmente de 10% de adesão da comunidade docente e não docente. Esta adesão permitiu identificar as principais necessidades formativas justificando a pertinência da intervenção planeada, além de tornar possível averiguar o nível de conhecimento sobre PEA da comunidade docente e não docente, de forma a fazer o diagnóstico de situação, etapa fundamental do Planeamento em Saúde.

Relativamente à adesão às sessões de educação para a saúde, os resultados evidenciam taxas particularmente baixas, sobretudo na comunidade não docente (2,6%), sendo apenas ligeiramente superiores na comunidade docente (5,5%), valores que ficam aquém do objetivo definido de garantir que 10% dos docentes e não docentes estivessem presentes na sessão. Estes valores indicam um envolvimento limitado nas atividades presenciais, o que constitui uma fragilidade ao nível da implementação do projeto. A baixa participação na sessão de educação para a saúde pode refletir dificuldades em mobilizar os profissionais para ações formativas específicas, bem como eventuais constrangimentos organizacionais. Contudo, importa salientar que, apesar da reduzida adesão individual, foi possível garantir a realização da totalidade das sessões previstas (100%), cumprindo-se assim o planeamento inicialmente definido.

No que respeita à fase de avaliação e atendendo ao baixo número de participantes na sessão, optou-se por utilizar um instrumento de avaliação de conhecimento baseado no questionário aplicado na fase de diagnóstico de situação. Desta forma, verificou-se que a taxa de adesão ao questionário inicial foi de 93%, aplicado à comunidade docente e não docente em conjunto, o que superou o objetivo inicial traçado de 80%. A taxa de adesão ao questionário final foi de 69%, portanto inferior à do momento inicial desta sessão e aquém do objetivo traçado de 80% de adesão. Este resultado poderá estar associado ao facto de não ter sido preenchido no próprio dia da sessão. No entanto o número de respostas permitiu a recolha de dados suficientes para a avaliação dos resultados e da evolução dos conhecimentos.

Em termos globais, os resultados evidenciam que, apesar das dificuldades iniciais ao nível da adesão e da participação nas sessões presenciais, o projeto conseguiu assegurar a execução das atividades planeadas e promover o envolvimento da comunidade na fase final de avaliação. Este aspeto é particularmente relevante no âmbito da PEA, uma temática que

exige sensibilização contínua, reflexão e aquisição progressiva de conhecimentos por parte dos profissionais da comunidade educativa.

Desta forma, e atendendo à metodologia de Planeamento em Saúde, pode concluir-se que a avaliação permitiu identificar fragilidades, nomeadamente ao nível da adesão inicial e da participação nas sessões de educação para a saúde, bem como pontos fortes, como o cumprimento integral do plano de atividades e o envolvimento da comunidade docente na fase final do projeto. Estes resultados reforçam a importância da avaliação enquanto ferramenta fundamental para a melhoria contínua das intervenções e para o reajuste de estratégias futuras, com vista à promoção de uma maior literacia em saúde e à inclusão adequada de pessoas com PEA no contexto educativo.

Tabela 4- Cálculo dos indicadores de resultado/impacto total

Taxa de respostas corretas ao questionário inicial "Mitos e Verdades"	$\frac{\text{Número de respostas corretas ao questionário inicial "Mitos e Verdades"}}{\text{Número total de respostas do questionário "Mitos e Verdades"}}$	$\frac{354}{400} \times 100 = 0,89 \times 100 = 89\%$
Taxa de respostas corretas ao questionário final "Mitos e Verdades"	$\frac{\text{Número de respostas corretas ao questionário final "Mitos e Verdades"}}{\text{Número total de respostas do questionário "Mitos e Verdades"}}$	$\frac{287}{300} \times 100 = 0,96 \times 100 = 96\%$
Ganho bruto entre a aplicação dos questionários	Taxa de respostas corretas ao questionário final – Taxa de respostas corretas ao questionário inicial	$96\% - 89\% = 7\%$
Taxa de resposta "Satisfeito" ou "Muito satisfeito", ao questionário de Avaliação da Satisfação da Sessão de Educação para a Saúde	$\frac{\text{Número de docentes e não docentes que responderam Satisfeito ou Muito Satisfeito na Avaliação global da Sessão de Educação para a Saúde}}{\text{Número de docentes e não docentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde e que responderam ao questionário de Avaliação da Satisfação}}$	$\frac{24}{25} \times 100 = 96\%$

A análise do conhecimento adquirido constitui um elemento central da fase de avaliação no Planeamento em Saúde, uma vez que permite aferir o impacto efetivo das intervenções educativas realizadas na literacia em saúde da população-alvo. No âmbito da formação "Inclusivamente PEA- Uma abordagem à Perturbação do Espectro do Autismo em contexto escolar", a avaliação do conhecimento foi realizada através da aplicação de um questionário em dois momentos distintos, antes e após a sessão de educação para a saúde.

Os resultados obtidos evidenciam uma taxa de respostas corretas de 89% no questionário inicial, o que indica que os participantes já possuíam, à partida, um nível elevado de conhecimentos acerca da temática da PEA, o que poderá estar associado à aplicação do questionário inicial no diagnóstico de situação e que poderá ter levado os participantes a procurarem informações, desde essa data até à realização da Sessão de Educação para a

Saúde. Além disso, os participantes presentes na sessão, poderiam à partida ser pessoas muito interessadas nesta temática, o que as levou a estarem presentes.

Após a realização da formação, verificou-se um aumento da taxa de respostas corretas para 96% no questionário final, traduzindo-se num ganho bruto de 7%, o que vai de encontro ao objetivo preconizado de 5% de ganho em conhecimento. Este incremento, embora quantitativamente moderado, assume relevância quando se considera o elevado valor de referência inicial, uma vez que a margem para progressão era reduzida. Assim, o aumento observado demonstra que a Sessão de Educação para a Saúde contribuiu para a consolidação e aprofundamento dos conhecimentos previamente existentes, bem como para a correção de eventuais conceções incorretas identificadas no momento inicial.

Neste sentido, o ganho registado pode ser interpretado como um indicador positivo da eficácia da formação, evidenciando o seu contributo para o reforço da literacia em saúde relativamente à PEA. Importa salientar que, em contextos onde os níveis iniciais de conhecimento são elevados, pequenas variações percentuais representam melhorias qualitativamente significativas (Staus, O'Connell e Storksdieck , 2021), refletindo um maior domínio dos conteúdos abordados e uma compreensão mais consistente das estratégias de inclusão e acompanhamento de indivíduos com PEA.

Os resultados obtidos permitem concluir que os objetivos relacionados com os ganhos em conhecimento, definidos inicialmente, foram alcançados, na medida em que se observou uma evolução favorável do conhecimento dos participantes. A avaliação do conhecimento adquirido valida, assim, a pertinência da intervenção desenvolvida, reforçando a importância de ações formativas contínuas e direcionadas, especialmente em áreas como a PEA, que exigem atualização constante e sensibilização da comunidade educativa.

Em suma, apesar do ganho bruto relativamente baixo, os resultados evidenciam um impacto positivo da formação, compatível com o elevado nível de conhecimento inicial dos participantes, e demonstram que a intervenção contribuiu para o fortalecimento das competências teóricas necessárias à promoção de práticas educativas mais inclusivas e informadas.

Tabela 5 - Cálculo dos indicadores de resultado/impacto para cada item

Taxa	Taxa de respostas corretas ao questionário inicial	Taxa de respostas corretas ao questionário final	Ganho bruto entre a aplicação dos questionários
Taxa de respostas corretas à questão: “Pessoas com PEA têm déficit cognitivo”	$\frac{28}{40} \times 100 = 0,70 \times 100 = 70\%$	$\frac{27}{30} \times 100 = 0,9 \times 100 = 90\%$	$90\% - 70\% = \mathbf{20\%}$
Taxa de respostas corretas à questão: “A utilização de Comunicação Aumentativa pode atrasar a fala”	$\frac{23}{40} \times 100 = 0,575 \times 100 = 57,5\%$	$\frac{28}{30} \times 100 = 0,93 \times 100 = 93\%$	$93\% - 57,5\% = \mathbf{35,5\%}$
Taxa de respostas corretas à questão: “A PEA é mais diagnosticada em homens do que em mulheres”	$\frac{31}{40} \times 100 = 0,775 \times 100 = 77,5\%$	$\frac{28}{30} \times 100 = 0,93 \times 100 = 93\%$	$93\% - 77,5\% = \mathbf{15,5\%}$
Taxa de respostas corretas à questão: “As vacinas causam a PEA”	$\frac{40}{40} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$	$\frac{30}{30} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$	$100\% - 100\% = \mathbf{0}$
Taxa de respostas corretas à questão: “Há vários tratamentos disponíveis que curam a PEA”	$\frac{40}{40} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$	$\frac{30}{30} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$	$100\% - 100\% = \mathbf{0}$
Taxa de respostas corretas à questão: “A colheita de sangue é o exame mais utilizado para diagnosticar a PEA”	$\frac{40}{40} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$	$\frac{29}{30} \times 100 = 0,97 \times 100 = 97\%$	$97\% - 100\% = \mathbf{-2,5\%}$
Taxa de respostas corretas à questão: “A utilização de Comunicação Aumentativa pode reduzir a frustração em pessoas com PEA”	$\frac{35}{40} \times 100 = 0,875 \times 100 = 87,5\%$	$\frac{27}{30} \times 100 = 0,9 \times 100 = 90\%$	$90\% - 87,5\% = \mathbf{2,5\%}$
Taxa de respostas corretas à questão: “As pessoas com PEA mostram necessidade de manter rotinas”	$\frac{40}{40} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$	$\frac{30}{30} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$	$100\% - 100\% = \mathbf{0}$
Taxa de respostas corretas à questão: “As crianças com PEA fazem birras porque são teimosas”	$\frac{40}{40} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$	$\frac{40}{40} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$	$100\% - 100\% = \mathbf{0}$
Taxa de respostas corretas à questão: “As crianças com PEA não devem utilizar sistemas de comunicação de alta tecnologia”	$\frac{37}{40} \times 100 = 0,925 \times 100 = 92,5\%$	$\frac{28}{30} \times 100 = 0,93 \times 100 = 93\%$	$93\% - 92,5\% = \mathbf{0,5\%}$

Através da tabela 5, onde estão plasmadas as principais mudanças por itens, torna-se possível aprofundar a interpretação do impacto da intervenção formativa. De um modo geral, os resultados evidenciam uma evolução positiva do conhecimento dos participantes.

Relativamente à questão “A utilização de Comunicação Aumentativa pode atrasar a fala”, foi aquela em que ocorreu o maior aumento da taxa de respostas corretas, registando um ganho bruto de 35,5 pontos percentuais, o que indica uma melhoria expressiva do conhecimento num domínio que apresentava fragilidades no momento inicial da avaliação. Seguiram-se a questão “Pessoas com PEA têm défice cognitivo”, com um ganho de 20 pontos percentuais, e a questão “A PEA é mais diagnosticada em homens do que em mulheres”, com um aumento de 15,5 pontos percentuais, refletindo igualmente um impacto favorável da formação na consolidação de conhecimentos relacionados com a PEA.

Relativamente às questões “A utilização de Comunicação Aumentativa pode reduzir a frustração em pessoas com PEA” e “As crianças com PEA não devem utilizar sistemas de comunicação de alta tecnologia”, os ganhos observados foram reduzidos, com aumentos de 2,5 pontos percentuais e 0,5 pontos percentuais, respetivamente, o que indica uma ligeira consolidação de conhecimentos previamente adquiridos, em áreas onde o nível de conhecimento inicial já era elevado.

Por outro lado, a questão “A colheita de sangue é o exame mais utilizado para diagnosticar a PEA” apresentou uma diminuição de 2,5 pontos percentuais na taxa de respostas corretas no questionário final. Embora esta variação seja pouco expressiva, poderá refletir fatores como ambiguidades na interpretação da questão, alterações na perceção do conteúdo abordado ou dificuldades pontuais na retenção da informação, devendo ser considerada na reflexão crítica sobre a intervenção e na reformulação de futuras ações formativas.

Nas restantes questões não se verificou qualquer variação entre o questionário inicial e o final, mantendo-se a taxa de respostas corretas nos 100%. Estes resultados sugerem que os conteúdos avaliados nestas questões já eram do conhecimento dos participantes, não havendo, portanto, a possibilidade de melhorar o conhecimento.

Globalmente, a distribuição dos ganhos por questão evidencia que a formação teve um impacto mais significativo nos conteúdos em que existiam maiores lacunas iniciais, ao mesmo tempo que contribuiu para a manutenção de níveis elevados de conhecimento nos temas já consolidados. Estes resultados são coerentes com o ganho bruto global de 7%, anteriormente identificado, e reforçam a relevância da intervenção no âmbito do Planeamento em Saúde, ao promover o aprofundamento e a consolidação de conhecimentos essenciais sobre a PEA na comunidade educativa.

No que respeita à Avaliação da Satisfação da Sessão de Educação para a Saúde, aferida através do questionário de Avaliação da Satisfação, verificou-se que 58% dos participantes responderam ao questionário e desses, 96% apresentou uma avaliação “Satisfeito” ou “Muito Satisfeito”, percebendo-se também, desta forma, o impacto que a sessão teve nos participantes.



### **CAPÍTULO 3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO FINAL**

---

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o enfermeiro especialista é o profissional que possui formação especializada em enfermagem, adquirida através da conclusão de um curso especializado na área. A este profissional é atribuído um título que certifica a detenção de competências científicas, técnicas e humanas, habilitando-o à prestação não só de cuidados de enfermagem gerais, mas também de cuidados diferenciados e especializados no domínio da sua área de especialidade (Diário da República, 1998).

No que concerne ao EEESCSP, este profissional detém competências específicas que orientam a sua prática para a intervenção ao nível comunitário, sustentada na metodologia do Planeamento em Saúde. A sua atuação envolve a avaliação do estado de saúde das comunidades, a promoção da capacitação de grupos e populações, a participação na coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário, a monitorização dos objetivos definidos no Plano Nacional de Saúde e a realização ou colaboração em ações de vigilância epidemiológica com base geodemográfico (DR n.º 135/2018; Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho).

Considerando as referidas competências, assim como os objetivos descritos no Guia do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, nas áreas da Saúde Comunitária e de Saúde Pública, apresentam-se de seguida as competências do EEESCSP, os principais objetivos de estágio, de acordo com o preconizado no documento referido e as principais atividades desenvolvidas ao longo deste estágio.

Estas atividades contribuíram de forma significativa para a aquisição, consolidação e desenvolvimento das referidas competências, tanto no plano académico como no âmbito especializado da prática profissional.

### **3.1. Competência: Estabelece, com base na metodologia do Planejamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.**

#### **Objetivos de Estágio:**

- o Identificar as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade, nomeadamente das crianças/jovens abrangidos pelo Projeto de NSE;
- o Estabelecer prioridades em saúde de uma comunidade;
  - Seguir as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde, PNSE e diretivas emanadas pela Ordem dos Enfermeiros e DGS para o processo de tomada de decisão relativamente às necessidades de saúde da comunidade.
- o Formular objetivos e estratégias perante a priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
  - Definir objetivos de intervenção, indicadores de processo e de resultado que permitam mensurar a eficácia das intervenções realizadas;
  - Definir estratégias de intervenção que respondam aos objetivos estabelecidos;
  - Colaborar com diversos setores da comunidade na definição de objetivos operacionais, tais como as escolas, as equipas de saúde ou município;
  - Trabalhar em parceria com a comunidade no sentido de realizar intervenções mais eficazes;
  - Atender às características do grupo/comunidade alvo do Projeto de Intervenção para definir os recursos materiais e humanos necessários à sua implementação.
- o Participar em programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;
  - Disponibilizar informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde relativamente à atuação da ESE e ao Projeto de NSE;
  - Negociar com as entidades envolvidas na operacionalização do Projeto de NSE com vista à participação e divulgação das atividades.
- o Avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados

- Avaliar a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade.

#### **Atividades desenvolvidas:**

- o Participação em reunião com Município para discussão de assuntos relacionados com desenvolvimento de Projeto para jovens com PEA;
- o Identificação das necessidades formativas da comunidade relativamente à PEA, de forma a estabelecer prioridades de intervenção junto do pessoal docente e não docente;
- o Determinação de objetivos e estratégias de intervenção perante a priorização das necessidades em saúde estabelecidas;
- o Colaboração com a comunidade na definição de objetivos de intervenção e no desenvolvimento de estratégias de implementação;
- o Articulação com outras entidades para planeamento de intervenção em comunidade.

### **3.2. Competência: Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades**

#### **Objetivos de Estágio:**

- o Liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;
  - Participar, em parceria com instituições da comunidade, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade, tendo para isso oportunidade de conhecer os diferentes projetos da UCC neste sentido;
  - Conceber, planear e implementar um projeto de intervenção na PEA, que permita a equidade de acesso à educação e a cuidados de saúde, bem como respeite a igualdade de oportunidades;
  - Comunicar de forma eficaz com a comunidade contribuindo para o processo de capacitação da comunidade;
- o Integrar nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas;

- Utilizar abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e de educação para a saúde;
- Conceber instrumentos inovadores e estratégias adequadas à disseminação da informação na comunidade sujeita a intervenção, nomeadamente recursos informáticos e novas tecnologias.

**Atividades desenvolvidas:**

- o Conceção, planeamento e implementação do Projeto “Capacitação da comunidade docente e não docente para a inclusão de alunos com PEA em contexto escolar”;
- o Revisão da literatura relativamente a possíveis escalas a serem utilizadas para determinar o nível de conhecimento sobre PEA da comunidade docente e não docente;
- o Contacto com a autora da escala original e discussão de possíveis adaptações culturais à população portuguesa;
- o Preparação de projeto e submissão ao Centro de Investigação de ULS do norte do país;
- o Aplicação de pré teste da escala selecionada;
- o Revisão da literatura relativamente aos temas desenvolvidos na escala e preparação de apresentação de acordo com essa informação;
- o Estabelecimento de parceria com o Município para disponibilização de Auditório, para realização da sessão;
- o Contacto com Terapeuta da fala e Terapeuta ocupacional com conhecimento diferenciado nesta temática, para colaboração como palestrantes da sessão;
- o Preparação de cartaz para divulgação da Sessão de Educação para a Saúde;
- o Articulação com o CFAE para acreditação da formação;
- o Definição do Programa da Sessão de Educação para a Saúde;
- o Utilização de plataforma inovadora para dinamização de sessão;
- o Articulação com Universidade Católica Portuguesa- Porto para apoio logístico;
- o Disponibilização de história em Comunicação Aumentativa sobre o Natal aos participantes.

### **3.3. Competência: Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;**

#### **Objetivos de Estágio:**

- o Participar em reuniões de coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
  - Participar na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade;
  - Contribuir para a otimização dos recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos Programas de Saúde;

#### **Atividades desenvolvidas:**

- o Participação em reunião com Município para discussão de assuntos relacionados com desenvolvimento de Projeto para jovens com PEA;
- o Colaboração na implementação de Projetos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar;
- o Participação em reunião do Núcleo de Enfermeiros de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da ULS, realizada com o objetivo de dar a conhecer diferentes projetos desenvolvidos na respetiva ULS;

### **3.4. Competência: Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico;**

#### **Objetivos de Estágio:**

- o Colaborar na vigilância epidemiológica, em casos referenciados à UCC e proceder à sua referenciação para as Equipas de Saúde Pública;
- o Formular diagnósticos de enfermagem associados às situações referenciadas à UCC;
- o Contribuir para a deteção e determinação de situações de saúde não identificadas como prioritárias no Plano Local de Saúde, mas que são consideradas pelos profissionais de educação como importantes.

**Atividades desenvolvidas:**

- o Realização de diagnóstico da situação acerca do conhecimento sobre PEA assim como das necessidades formativas das comunidades docentes e não docentes, de forma a averiguar a existência de condições de saúde que implicam o estabelecimento de medidas de intervenção adequada

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O aumento progressivo do número de crianças diagnosticadas com PEA constitui um desafio crescente para as escolas e os serviços de saúde, exigindo respostas articuladas, fundamentadas e sensíveis à complexidade desta condição. Embora, em Portugal, persistam limitações quanto a estudos epidemiológicos recentes e abrangentes, é amplamente reconhecido que a PEA representa uma condição do neuro desenvolvimento cuja intervenção requer conhecimento atualizado, práticas informadas e abordagens multidisciplinares. Assim, torna-se imprescindível reforçar a preparação dos profissionais que, no quotidiano, interagem com crianças e jovens com este diagnóstico.

Considerando a escolaridade obrigatória, é expectável que a maioria das crianças e jovens com PEA frequente estabelecimentos de ensino regular. Esta realidade reforça a necessidade urgente de capacitar a comunidade educativa para responder de forma adequada às necessidades específicas destes alunos. A inclusão em contexto escolar depende, em larga medida, do nível de literacia, da segurança na prática e da sensibilidade dos profissionais que acompanham diariamente estes alunos, influenciando o seu bem-estar, participação e sucesso escolar.

Neste contexto, as ESE dada a sua proximidade à comunidade escolar, aliada ao compromisso com a promoção da saúde e à intervenção no âmbito do Projeto de NSE do Programa Nacional de Saúde Escolar, posiciona estes profissionais como agentes facilitadores de ambientes educativos inclusivos. Contudo, a crescente complexidade das necessidades identificadas nos estabelecimentos de ensino evidencia que, por vezes, a capacidade de resposta das ESE é insuficiente face às exigências existentes. Torna-se, assim, necessária a articulação com outras instituições e entidades, de forma a assegurar que as ações de Educação para a Saúde são adequadas, sustentadas e ajustadas à diversidade das realidades escolares.

O estágio desenvolvido na UCC proporcionou oportunidades significativas para o aprofundamento de competências no âmbito da metodologia de Planeamento em Saúde. A

aplicação desta metodologia evidenciou a sua pertinência na identificação de necessidades, definição de prioridades e elaboração de estratégias de intervenção ajustadas.

A adaptação cultural para a população portuguesa da ECAT representou um contributo adicional de particular relevância. Este processo permitiu fortalecer competências de investigação aplicada ao contexto da saúde comunitária, reforçando a capacidade de produzir conhecimento rigoroso e aplicável para a prática.

Não obstante os contributos alcançados, o desenvolvimento do projeto enfrentou algumas limitações. O tempo disponível para conceber, implementar e avaliar um projeto de investigação desta natureza foi relativamente curto, o que condicionou a amplitude da intervenção e a profundidade da avaliação da sua eficácia. Acresce que, apesar da comunidade escolar ter manifestado necessidades formativas claras e interesse inicial em aprofundar conhecimentos sobre a PEA, a adesão à sessão de educação para a saúde realizada foi inferior ao esperado. Esta limitação teve repercussões diretas na impossibilidade de aplicar a escala validada num segundo momento, inviabilizando a avaliação formal do impacto da intervenção.

De uma forma geral, o estágio foi muito positivo e permitiu o aperfeiçoamento de competências inerentes ao EEESCSP, sendo, portanto, um forte contributo para o exercício profissional da autora.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Al Jaffal, M. (2022). *Barriers general education teachers face regarding the inclusion of students with autism*. *Frontiers in Psychology*, 13, 873248. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.873248>;
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing;
- Araujo, A. G. R., da Silva, M. A., Bandeira, P. F. R., Gillespie-Lynch, K., & Zanon, R. B. (2024). *Stigma and knowledge about autism in Brazil: A psychometric and intervention study*. *Autism*, 28(1), 215–228. <https://doi.org/10.1177/13623613231168917>;
- Araujo, A. G. R., Silva, M. A., Prenassi, M. S., Gillespie-Lynch, K., Bandeira, P. F. R., & Zanon, R. B. (2024). *Escalas de estigma e conhecimento sobre autismo: Adaptação e evidências de validade*. *Avaliação Psicológica*, 23(2). <https://doi.org/10.15689/ap.2024.2302.07>;
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191;
- Black, M. H., Kuzminski, R., Wang, J., Ang, J., Lee, C., Hafidzuddin, S., & McGarry, S. (2024). Experiences of friendships for individuals on the autism spectrum: A scoping review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11(1), 184–209. <https://doi.org/10.1007/s40489-022-00332-8>;
- Costa, A. P., Moreira, A., & Sá, P. (Orgs.). (2021). *Reflexões em torno de metodologias de investigação: Análise de dados* (Vol. 3). UA Editora. <https://doi.org/10.34624/dws9-6j>;
- Crespi, B. (2021). Pattern unifies autism. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 621659. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.621659>;
- Daniolou, S., Pandis, N., & Znoj, H. (2022). The efficacy of early interventions for children with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(17), 5100. <https://doi.org/10.3390/jcm11175100>;

- de Boer, A., Pijl, S. J., & Minnaert, A. (2011). Regular primary schoolteachers' attitudes towards inclusive education: A review of the literature. *International Journal of Inclusive Education*, 15(3), 331–353. <https://doi.org/10.1080/13603110903030089>;
- Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. (2018). *Regime jurídico da educação inclusiva*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/07/12900/0291802928.pdf>;
- Diário da República. (2018, 16 de julho). *Regulamento n.º 428/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Enfermagem Familiar*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>;
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf>;
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde 2030* (Versão integral). Ministério da Saúde. <https://pns.dgs.pt>. Acedido a 6 de fevereiro de 2026;
- Doherty, M., Foley, K.-R., & Schloss, J. (2024). Complementary and alternative medicine for autism—A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06449-5>;
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamento e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta;
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (Orgs.). (2009). *Métodos de pesquisa*. Editora da UFRGS;
- Gillespie-Lynch, K., Brooks, P. J., Someki, F., Obeid, R., Shane-Simpson, C., Kapp, S. K., Daou, N., & Smith, D. S. (2015). Changing college students' conceptions of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2553–2566. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2422-9>;
- Global Burden of Disease Study 2021 Autism Spectrum Collaborators. (2025). The global epidemiology and health burden of the autism spectrum. *The Lancet Psychiatry*, 12(2), 111–121. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00363-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00363-8);
- Gosling, C. J., Boisseleau, L., Solmi, M., et al. (2025). Complementary, alternative and integrative medicine for autism. *Nature Human Behaviour*, 9, 2610–2619. <https://doi.org/10.1038/s41562-025-02256-9>;
- Grosvenor, L. P., Croen, L. A., Lynch, F. L., Marafino, B. J., Maye, M., Penfold, R. B., Simon, G. E., & Ames, J. L. (2024). Autism diagnosis among US children and adults, 2011–2022. *JAMA Network Open*, 7(10), e2442218. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.42218>;

- Han, C., & Cumming, T. M. (2024). Teachers' beliefs... *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, *11*, 545–563. <https://doi.org/10.1007/s40489-022-00350-6>
- Hansen, S. N., Schendel, D. E., & Parner, E. T. (2015). Explaining the increase in the prevalence of ASD. *JAMA Pediatrics*, *169*(1), 56–62. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.1893>;
- Harrison, A. J., Bradshaw, L. P., Naqvi, N. C., et al. (2017). Development and psychometric evaluation of the ASK-Q. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *47*, 3281–3295. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3242-x>;
- Hyman, S. L., Levy, S. E., & Myers, S. M. (2020). Identification, evaluation, and management of ASD. *Pediatrics*, *145*(1), e20193447. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3447>;
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde* (3.<sup>a</sup> ed.). Escola Nacional de Saúde Pública. <http://hdl.handle.net/10362/166217>;
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2020). *Prevalência da perturbação do espectro do autismo na região Centro de Portugal*. <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/7240>;
- Jensen, A. R., Lane, A. L., Werner, B. A., McLees, S. E., Fletcher, T. S., & Frye, R. E. (2022). Modern biomarkers for ASD. *Molecular Diagnosis & Therapy*, *26*(5), 483–495. <https://doi.org/10.1007/s40291-022-00600-7>;
- Kim, S. Y., Song, D.-Y., Bottema-Beutel, K., & Gillespie-Lynch, K. (2023). Interventions to reduce stigma toward autistic people. *Autism*, *28*(4), 798–815. <https://doi.org/10.1177/13623613231205915>;
- Li, B., Blijd-Hoogewys, E., Stockmann, L., Vergari, I., & Rieffe, C. (2023). The development of empathy in young autistic children. *Autism*, *27*(5), 1204–1218. <https://doi.org/10.1177/13623613221117955>;
- Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in ASD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *56*(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>;
- Low, H. M., Lee, L. W., & Che Ahmad, A. (2020). Knowledge and attitudes of special education teachers. *International Journal of Disability, Development and Education*, *67*(5), 497–514. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1626005>;
- Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., et al. (2023). Prevalence of ASD among children aged 8 years. *MMWR Surveillance Summaries*, *72*(SS-2), 1–14. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>;

- Mao, H., Cheng, L., Zhang, Y., & Zhang, F. (2024). Gender differences in ASD. *Gender and Sustainability in the Global South*, 1(1), 92–136. <https://doi.org/10.1515/gsgs-2024-0007>;
- Nações Unidas. (2015). *Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 10: Reduzir as desigualdades*. Organização das Nações Unidas. <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/10>;
- Obeid, R., Daou, N., DeNigris, D., et al. (2015). Cross-cultural comparison of autism knowledge. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 3520–3536. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2499-1>;
- Ordem dos Enfermeiros (2023). Guia Orientador de Boas Práticas: A criança e o jovem com Necessidades de Saúde Especiais em contexto escolar., 1ª edição. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31169/gobp\\_nseemmeioescolar\\_v5n.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31169/gobp_nseemmeioescolar_v5n.pdf).
- Oliveira, G. G. (2005). *Epidemiologia do autismo em Portugal* [Tese de doutoramento]. <http://hdl.handle.net/10316/848>;
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*;
- Petersson-Bloom, L., Leifler, E., & Holmqvist, M. (2023). Professional development to enhance education of students with autism. *Education Sciences*, 13(9), 966. <https://doi.org/10.3390/educsci13090966>;
- Quivy, R., & Van Campenhout, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva.
- Rasga, C., Santos, J. X., Café, C., Oliveira, A., Duque, F., Posada, M., Nunes, A., Oliveira, G., & Vicente, A. M. (2023). Prevalence of autism spectrum disorder in the Centro region of Portugal. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1148184. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1148184>;
- Sanchack, K. E., & Thomas, C. A. (2016). Autism spectrum disorder: Primary care principles. *American Family Physician*, 94(12), 972–979;
- Shaw, K. A., Williams, S., Patrick, M. E., et al. (2025). Prevalence and early identification of ASD. *MMWR Surveillance Summaries*, 74(SS-2), 1–22. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7402a1>;
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274.
- Staus, N. L., O'Connell, K., & Storksdieck, M. (2021). Addressing the ceiling effect when assessing STEM out-of-school time experiences. *Frontiers in Education*, 6, Article 690431. <https://doi.org/10.3389/feduc.2021.690431>

- Teoh, S. H., & Rusdi, S. (2025). Efficacy of gluten-free, casein-free diet. *Brunei International Medical Journal*, 21, 65–71;
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Autism Spectrum Disorder*. <https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html>. Acedido a 6 de fevereiro de 2026;
- World Health Organization. (2021). *Autism spectrum disorder*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acedido a 6 de fevereiro de 2026;
- World Medical Association. (2024). WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants. 75th WMA General Assembly, Helsinki, Finland. <https://www.ihmt.unl.pt/wp-content/uploads/2024/10/wma-declaration-of-helsinki.pdf>;
- Zafirovski, K., Aleksoska, M. T., Thomas, J., & Hanna, F. (2024). Impact of gluten-free and casein-free diet. *Children*, 11(7), 862. <https://doi.org/10.3390/children11070862>;



## APÊNDICES



## APÊNDICE I

(Cronograma de atividades)



Tabela 6 - Cronograma de Atividades

Fase	setembro 2025	outubro 2025	novembro 2025	dezembro 2025	janeiro 2026	fevereiro 2026
Realização da Proposta de Projeto de tese						
Submissão de Projeto à Comissão de Ética						
Diagnóstico de situação (aplicação questionário)						
Formação e capacitação (realização de ACD)						
Avaliação (aplicação questionário)						
Entrega do Projeto						



## APÊNDICE II

(Instrumento de colheita de dados)



**Título do Projeto de Investigação:** Capacitação da comunidade docente e não docente para a inclusão de alunos com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) em contexto escolar

**Investigador Responsável:** Vera Martins - Email:

**Co Investigadoras:** Enfermeira Cláudia e Enfermeira Liliana

Caro participante,

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa sob orientação do Prof. Paulo Alves e orientadoras no campo de estágio Enfermeira Cláudia e Enfermeira Liliana. Tem como objetivo avaliar o conhecimento, atitudes e práticas da comunidade docente e não docente dos Agrupamentos de Escolas e escolas não agrupadas de um concelho do Norte do país, na inclusão de alunos com PEA. Os resultados deste estudo permitirão identificar prioridades de intervenção e desenvolver iniciativas de apoio/suporte pedagógico, com o objetivo de responder às dificuldades identificadas na prática. Pretende-se também determinar de que forma a Equipa de Saúde Escolar poderá contribuir para a inclusão de alunos com PEA em contexto escolar. Para a sua participação será solicitado o preenchimento de um questionário subdividido em quatro partes, informação ao participante e consentimento, caracterização sociodemográfica, a Escala de Conhecimento sobre o Autismo (ECAT) e algumas questões relacionadas com necessidades formativas. O seu preenchimento deverá demorar aproximadamente 8 minutos. Pretende-se com os dados obtidos, numa fase inicial fazer um diagnóstico da situação e determinar as necessidades formativas da comunidade docente e não docente. Após o diagnóstico de situação serão estabelecidas as prioridades de intervenção e definidas as estratégias e recursos necessários para responder aos problemas identificados. Numa fase posterior será aplicado novamente o questionário para avaliação da intervenção. Os resultados poderão servir de base para publicações científicas dentro do tema em estudo e como promotores de futuras investigações nesta área. Este Projeto de Investigação respeita o preconizado pelo Regulamento Geral da Proteção de Dados e pela Declaração de Helsínquia, tendo sido obtida aprovação para a sua aplicação. A sua participação não é obrigatória, a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento. A sua recusa ou desistência não trará qualquer prejuízo para si na sua relação com os investigadores ou com a sua entidade empregadora. Os dados obtidos através deste estudo serão confidenciais e será assegurado o sigilo acerca da sua participação. Os dados serão apenas do conhecimento dos investigadores responsáveis pelo estudo e a informação recolhida será destruída após a conclusão do estudo (previsão de maio de 2026). Não serão atribuídas quaisquer compensações financeiras, nem existirá qualquer custo associado à sua participação.

### **Iª PARTE- Consentimento**

**Consentimento:** Declaro que entendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação. Foi-me dada a oportunidade de colocar as dúvidas que julguei necessárias. Tomei conhecimento dos objetivos do estudo, riscos e benefícios da minha participação. Fui informado que tenho o direito de recusar a todo o momento a minha participação neste estudo, sem que daí possa advir qualquer prejuízo para mim. Declaro aceitar a participação neste estudo.

Sim, autorizo

Não autorizo

## IIª PARTE- Caracterização Sociodemográfica

### 1. Género:

Masculino  
Feminino  
Outro  
Prefiro não responder

### 2. Idade: \_\_\_\_\_ (Nº anos)

### 3. Em que categoria se enquadra, no exercício das suas funções:

Pessoal docente  
Pessoal não docente

### 4. Em que Agrupamento de Escolas exerce funções:

(retirado por questões éticas relacionadas com a proteção de dados, confidencialidade e anonimato)

### 5. Em que ciclo de ensino exerce funções? (Indique o ciclo de ensino onde exerce a maior parte do tempo)

Pré Escolar  
1º ciclo  
2º ciclo  
3º ciclo  
Ensino Secundário

### 6. Habilitações académicas? (Indique o maior grau académico obtido)

Até 4º ano do ensino básico  
Até 6º ano do ensino básico  
Até 9º ano do ensino básico  
Ensino Secundário  
Bacharelato  
Licenciatura  
Mestrado  
Doutoramento

### 7. Tem formação em Educação Especial?

Sim  
Não

#### 7.1. Em caso afirmativo, como adquiriu essa formação? (Indique aquela em que teve mais horas de formação)

No Bacharelato  
Na Licenciatura  
No Mestrado  
Numa Pós-graduação  
Num curso breve (Formação Contínua, Formação Complementar, etc...)  
Em congressos, seminários, encontros científicos ou pedagógicos, etc...

Por iniciativa pessoal  
 Outro, indique quais \_\_\_\_\_

**8. Tem formação diferenciada para trabalhar com alunos com Perturbação do Espectro do Autismo?**

Sim  
 Não

8.1. Em caso afirmativo, como adquiriu essa formação? (Selecionar aquela em que teve mais horas de formação)

No Bacharelato  
 Na Licenciatura  
 No Mestrado  
 Numa Pós-graduação  
 Num curso breve (Formação contínua, Formação Complementar, etc..)  
 Em congressos, seminários, encontros científicos ou pedagógicos, etc...  
 Por iniciativa pessoal  
 Outro, indique quais \_\_\_\_\_

**IIIª PARTE:**

**Escala de Conhecimento sobre o Autismo (ECAT)**

<b>A seguir serão apresentadas 21 afirmações. Leia com atenção e indique o quanto concorda com a ideia apresentada em cada uma delas. Avalie cada afirmação quanto às seguintes categorias de respostas:</b>				
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
<b>Responda aos tópicos com sinceridade. Nenhum item deverá ficar sem resposta.</b>				

Afirmação	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. O autismo é mais frequentemente diagnosticado em homens do que em mulheres.					
2. Crianças com autismo não demonstram vínculos, nem mesmo com os seus pais/cuidadores.					
3. Pessoas com autismo podem desenvolver-se, frequentar a faculdade e casar.					

4. Pessoas com autismo podem levar vidas bem-sucedidas e satisfatórias.					
5. Há apenas uma intervenção que funciona para todas as pessoas com autismo.					
6. O autismo pode ser diagnosticado precocemente aos 18 meses de idade.					
7. Com uma intervenção adequada, a maioria das crianças com autismo pode eventualmente superar esse diagnóstico.					
8. Pessoas com autismo demonstram afetos.					
9. Crianças com autismo crescem e permanecem com autismo na vida adulta.					
10. Pessoas com autismo geralmente não se interessam em fazer amigos.					
11. Pessoas com autismo têm empatia (capacidade de sentir o que o outro sente).					
12. Pessoas com autismo tendem a ter facilidade em reconhecer padrões ou tendências. Por exemplo: em linhas e/ou em formas.					
13. Muitas pessoas com autismo têm dificuldade em tolerar certos tipos de sons (ex: ruídos altos) e/ou toques físicos (ex: abraçar).					
14. Muitas pessoas com autismo mostram a necessidade de manter rotinas.					
15. O número de casos diagnosticados de autismo aumentou nos últimos 10 anos.					
16. Algumas pessoas com autismo tendem a conhecer muito sobre assuntos de seu interesse.					

17. Pessoas com autismo geralmente notam detalhes que passam despercebidos para pessoas sem autismo.					
18. Atualmente, temos tratamentos que podem curar o autismo.					
19. As vacinas causam autismo.					
20. Atualmente, não há exame cerebral ou exame de sangue para diagnosticar o autismo.					
21. O autismo é consequência da frieza ou rejeição dos pais.					

#### **IVª PARTE- Necessidades Formativas**

Considera que necessita de formação, por parte de técnicos especializados (médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta) sobre a PEA?

Sim

Não

Não sei

Quais as áreas em que sente necessidade de formação sobre PEA?

Alimentação

Eliminação

Comunicação

Interação social

Gestão de comportamentos

Cuidados de higiene

Aprendizagem

Outro:

Agradeço a sua resposta

