

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciência Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia e Ciências da Educação

Perturbação do Espectro do Autismo
- Importância atribuída à intervenção com base na Expressão Dramática -

André Rodrigo Rodrigues

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins

Faro, 2018

Título: Perturbação do Espectro do Autismo
- Importância atribuída à intervenção com base na Expressão Dramática

Declaração de autoria do trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.



(André Rodrigo Rodrigues)

© Copyright por André Rodrigo Rodrigues Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

Na realização desta dissertação, pude contar com o apoio direto ou indireto de inúmeras pessoas e instituições, às quais estou profundamente grato. Evitando o risco de não mencionar algum dos apoios, deixo os meus agradecimentos:

- À orientadora desta dissertação a Prof.^a Doutora Maria Helena Martins, pela orientação prestada, pelo carinho e apoio, porque apesar de todas as adversidades mostrou-se sempre presente e disponível na conclusão deste trabalho. Exprimo aqui uma profunda gratidão.
- A todos os amigos e colegas que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração do presente estudo, pela paciência e apoio incondicional, muito obrigado.
- Não poderia deixar de agradecer à minha família que desde sempre e ao longo de todo o percurso académico demonstrou um amor e suporte incondicional. Sem o seu apoio, a conclusão desta dissertação não teria sido possível. Muito obrigado.
- Agradeço também a todos aqueles que participaram no preenchimento dos inquéritos. Agradeço a vossa atenção e paciência, sem vós a recolha destes dados teria sido impossível. Por isso muito obrigado. Os agradecimentos são igualmente devidos a várias entidades, nomeadamente: APPDA (*Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo da Madeira*), EB1 Escola Básica do 1º ciclo de S. Martinho e SERARAM (*Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira*) que se mostraram incansáveis na participação neste estudo.

A todos o meu sincero e profundo, **Muito Obrigado!**

Resumo

A presente dissertação visa como objetivo geral contribuir para a compreensão da importância que os pais, profissionais e técnicos de saúde com contacto direto com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) atribuem à intervenção com base na Expressão Dramática. Pretende-se especificamente analisar e compreender os benefícios percebidos pelos pais e técnicos sobre uma intervenção com base na Expressão Dramática na PEA; conhecer o panorama regional na RAM (Região Autónoma da Madeira) referente ao papel da Expressão Dramática e do teatro enquanto forma de terapia complementar às terapias convencionais; analisar a envolvimento atual destas crianças e jovens com a expressão artística e verificar se existiram alterações desenvolvimentais, comportamentais ou outras percebidas, no caso de participarem em atividades dramáticas há pelo menos 3 meses.

O estudo efetuou-se através de uma metodologia exploratória, descritiva com base em inquérito por questionários, constituídos por perguntas abertas e fechadas, nomeadamente para pais de crianças com PEA e outro para profissionais ou técnicos de saúde. As perguntas fechadas foram construídas com base na literatura científica da área, a fim de conhecer as opiniões e percepções dos intervenientes. Os questionários foram entregues em três instituições, nomeadamente a APPDA (*Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo da Madeira*), EB1 Escola Básica do 1º ciclo de S. Martinho e SERARAM (*Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira*). Os pais das crianças com PEA foram contactados através da EB1 Escola Básica do 1º ciclo de S. Martinho e da APPDA, sendo que os profissionais e técnicos de saúde estão distribuídos pelas três instituições. Recorreu-se a análise de conteúdo para o tratamento dos dados recolhidos através das questões abertas e à análise quantitativa para os resultados obtidos através das questões fechadas.

Da análise aos dados obtidos constatou-se que os pais, técnicos e profissionais de saúde *concordam ou concordam totalmente* com os benefícios da expressão dramática na melhoria dos sintomas, pelo que as crianças aludidas que frequentam atualmente atividades de expressão dramática há pelo menos 3 meses, apresentaram melhorias significativas em áreas como as competências sociais (e.g. comunicação, relacionamento interpessoal), pensamento abstrato e diminuição dos comportamentos depressivos, como o choro e o isolamento.

Palavras-chave: *Perturbação do Espectro do Autismo; Intervenção; Expressão Dramática; Dramaterapia*

Abstract

The present dissertation aims to elucidate the importance that parents, professionals and health professionals, with direct contact with children with Autism Spectrum Disorder (ASD) attribute to intervention theatre based. It is intended to understand the regional panorama in the Autonomous Region of Madeira as a form of therapy complementary to conventional therapies, to verify the current involvement of these children with artistic expression and if there have been changes perceived in the case of participating for at least 3 months. This study allows to know the perspective of the respondents to theatre, in order to verify the feasibility of starting a project or initiative of intervention based in theatre techniques in the ASD.

The study was carried out through the collection of questionnaires, one for parents and the other for professionals or health technicians, consisted in open and closed questions. The closed questions were constructed based on the theatre intervention benefits demonstrated by the literature in the ASD, in order to understand the degree of approval of each of the respondents. The questionnaires were delivered to three institutions, namely the APPDA (*Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo da Madeira*), EB1 Escola Básica do 1º ciclo de S. Martinho e SERARAM (*Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira*).

The parents of the children with ASD were contacted through the EB1 Escola Básica do 1º ciclo de S. Martinho and APPDA, the health professionals and technicians are distributed by the three institutions. A content analysis was used in the treatment of the data gathered in the open questions and a quantitative method in the interpretation of the results obtained in the closed questions.

From the analysis of the data, we concluded that parents, technicians and professionals of health *agree* or *totally agree* with the benefits of theatre in children with ASD and the children who participate in activities related to theatre now a days for at least 3 months, showed significant improvements in social skills, (e.g. communication, interpersonal relationship), abstract thought and decrease depressive behaviors like crying and isolation.

Keywords: *Autism; Intervention; Theater Therapy.*

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 1 |
| Parte I - Enquadramento Teórico | 5 |
| 1. Contextualização Histórica do Autismo e Definição da PEA | 5 |
| 2. Etiologia..... | 7 |
| 2.1 Teorias biológicas | 8 |
| 2.2 Teorias psicológicas | 9 |
| 2.3 Teorias neuropsicológicas | 10 |
| 3. Fatores de risco..... | 12 |
| 4. Prevalência e comorbilidades | 13 |
| 5. Características gerais do comportamento autista..... | 15 |
| 5.1 Relacionamento interpessoal e comunicação..... | 15 |
| 5.2 Padrão de comportamentos e interesses..... | 16 |
| 5.3 O desenvolvimento cognitivo..... | 17 |
| 5.4 A imaginação..... | 17 |
| 6. Diagnóstico..... | 18 |
| 7. A intervenção na PEA | 21 |
| 7.1 A expressão dramática e dramaterapia..... | 23 |
| 7.2 Outras metodologias de intervenção para a PEA | 25 |
| Parte II - Estudo Empírico | 31 |
| 8. Objetivos da Investigação..... | 31 |
| 8.1 A problemática de investigação | 31 |
| 8.2 Objetivo geral e específicos | 31 |
| 9 Metodologia..... | 32 |
| 9.1 Desenho do estudo | 32 |
| 9.2 Participantes | 32 |
| 9.3 Instrumentos | 32 |
| 9.4 Procedimento de recolha e análise dos dados | 33 |
| 9.5 Caracterização da amostra..... | 34 |
| 10. Apresentação dos resultados..... | 39 |
| 10.1 Questionário aos Pais | 39 |
| 10.2 Questionário aos Técnicos | 42 |
| 11. Discussão de Resultados..... | 46 |

| | |
|--|-----------|
| 12. Considerações Finais | 47 |
| Referências Bibliográficas | 49 |
| Apêndices..... | 54 |
| Apêndice 1- Consentimento Informado..... | 55 |
| Apêndice 2- Questionário aos Pais | 56 |
| Apêndice 3 – Questionário aos profissionais e técnicos de saúde..... | 60 |

Introdução

Nas últimas décadas, desde que Kanner (1943) estabeleceu o diagnóstico de autismo, temos vindo a assistir a uma diversidade de estudos empíricos sobre as abordagens de intervenção nesta problemática (Kaufman, 2016).

A temática e relevância da presente dissertação surge da necessidade de analisar e compreender os benefícios percebidos pelos pais e técnicos sobre uma intervenção com base na expressão dramática na Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

De acordo com o DSM-5 (2013), existem 2 grupos de critérios nas PEA, nomeadamente: défices persistentes na comunicação social e interação social em contextos múltiplos, incluídas a comunicação verbal e não verbal e a partilha de emoções (défices podem manifestar-se com maior ou menor intensidade); e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, incluídas as rotinas obsessivas, hiper ou hipo sensibilidade sensorial, entre outros comportamentos. Sintomas presentes no período precoce do desenvolvimento (podem não se manifestar inteiramente ou ser “mascarados” mais tarde pelo uso de estratégias aprendidas). De assinalar que estes sintomas causam perturbações clinicamente significativas nas áreas social, académica, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento pessoal (DSM-5, 2013).

Estas características refletem-se sobretudo, num défice aquando de interação social recíproca (Corbett, Newsom, Key, Qualls, & Edmiston, 2014), com impactos na vida pessoal, familiar, financeira e na própria sociedade. Ao nível pessoal, os indivíduos com PEA apresentam frequentemente sintomas de stresse, ansiedade e ainda exclusão social, derivados do hiato no ajustamento e falta de competências sociais. As famílias com filhos com esta perturbação deparam-se frequentemente com desafios emocionais e físicos a fim de conviver harmoniosamente com os comportamentos disruptivos, conduzindo por vezes a problemas emocionais como a falta de sono e a um certo nível de exclusão social associado a custos elevados inerentes aos tratamentos envolvidos. Para a sua educação, uma criança com autismo requisita um nível de suporte profissional superior às restantes crianças ditas “normais”, sendo necessárias mais horas na assistência facultada pelos pais e outros técnicos que trabalham com ela. O impacto nos serviços de saúde e assistência social são também significativos, tendo em atenção que as famílias com filhos com esta perturbação necessitam frequentemente de assistência permanente ao longo da vida e a ausência de um método de diagnóstico eficaz resulta no processo

complexo de diagnóstico, com recurso a inúmeros testes clínicos que acarretam custos adicionais par a família (Loynes, 2001).

Diversas têm sido as estratégias e programas utilizados para o desenvolvimento dos indivíduos que apresentam este diagnóstico, privilegiando o desenvolvimento das competências sociais. Neste sentido, a intervenção tem vindo a procurar atender a estas necessidades, de cariz social, sendo implementadas uma variedade de intervenções (Danial & Wood, 2013). De entre muitas intervenções a dramaterapia e as técnicas teatrais têm vindo a ser largamente utilizadas, sendo defendido que o teatro pode ajudar os indivíduos a identificarem pistas sociais e a reconhecerem as expressões faciais, para além de desenvolverem competências sociais, de comunicação e de movimento (Corbett et al., 2011; Corbett et al., 2014; Corbett et al., 2016; Corbett, Blain, Ioannou, & Balsler, 2017; Peter, 2003; Wright et al., 2006).

Efetivamente diversos estudos têm vindo a constatar que as técnicas utilizadas no contexto teatral, promovem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, que contribuem para a redução de estados de stress e ansiedade. Exercícios como o *role-play*, a improvisação, leitura e reprodução de emoções, entre outros, estimulam um conjunto de aptidões pessoais como a criatividade, desinibição, identificar emoções e colocar-se no lugar do outro (empatia), estendendo-se para o domínio social como o trabalho em grupo e as relações interpessoais. Estes aspetos que são desenvolvidos no teatro, são coincidentes com as competências em falta na PEA (Corbett et al., 2011).

De facto, face ao explicitado anteriormente, parece justificar-se conhecer, analisar e compreender mais profundamente o que pensam os pais e encarregados de educação e os técnicos que trabalham com as crianças com PEA sobre a importância e a eficácia das intervenções que focalizam a dramaterapia e as práticas teatrais para o desenvolvimento destas crianças.

Os domínios em défice anteriormente referidos, são fortemente trabalhados no contexto da representação e representam os pilares do teatro: interação e comunicação. A fim de atingir os objetivos pretendidos nos exercícios ou numa apresentação final, os domínios sociais são altamente trabalhados e algumas das competências inerentes incluem o reconhecimento facial, identificação de emoções e consequente simulação das mesmas, trabalho de equipa e gestão de conflitos grupais. Outras competências pessoais são desenvolvidas paralelamente, respetivamente a gestão emocional (ex. ansiedade e stress, desenvolvidas sobretudo no improvisado), exploração e conhecimento do corpo, memória, perceção e atenção. O meio artístico permite assim, consolidar um espaço

pessoal e um de interação social, por meio da representação artística dos sentimentos e emoções, sendo esta a sua forma típica de comunicação.

Embora atualmente, não se disponha de uma linha formal de intervenção que seja transversal a todos os casos com diagnóstico de PEA, parece ser ainda fundamental analisar os fatores individuais e familiares de cada caso, a fim de escolher uma intervenção adequada e eficiente. No entanto, consubstanciando o que atrás foi explanado a intervenção com base teatral aponta para a viabilidade e desenvolve aspetos e dificuldades inerentes e transversais a todos os casos com esta perturbação e assim, passível de ser aplicada a todos os casos, desde os mais aos menos severos, indicando a sua elevada importância no panorama da investigação científica e aquando de uma intervenção (Hartigan, 2012).

Numa primeira parte, faz-se uma revisão da literatura, que permite a definição dos conceitos centrais à temática em estudo. Numa segunda parte, é explanado o estudo empírico, onde são apresentados os objetivos, os instrumentos utilizados e os procedimentos relativos à recolha e análise de dados. Por fim, segue-se a apresentação dos resultados, bem como a sua discussão e análise segundo os objetivos enunciados. Segue-se, por último, uma síntese das principais conclusões, limitações do estudo e sugestões para futuros trabalhos.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Contextualização Histórica do Autismo e Definição da PEA

Numa perspetiva histórica, a palavra autismo deriva do grego “*autós*” (significa *próprio*) e do sufixo “*ismo*” que remete para uma orientação ou um estado de espírito de alguém que apresenta tendência para o alheamento da realidade externa. Assim surge o termo *autismo* que descreve uma condição ou estado de alguém que aparenta estar numa atitude de concentração permanente em si próprio (Fernandes, 2010).

Os relatos de crianças com características relacionadas com a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) são conhecidos desde a antiguidade. As primeiras alusões mais científicas foram introduzidas pelo psiquiatra Eugen Bleuler em 1911, que considerou o autismo como um sintoma secundário da esquizofrenia, sinónimo da perda do contacto com a realidade, seguido de grande dificuldade ou impossibilidade de comunicação e contacto social (Morais, 2012).

Inicialmente, o conceito na psiquiatria utilizava-se para descrever alguém retraído ou fechado em si mesmo (Morais, 2012).

De acordo com Pereira (1998), até ao século passado as crianças e adultos com problemas desse tipo, na grande maioria dos casos, eram rejeitadas, votadas ao abandono ou asiladas. Assinale-se a este propósito que em 1801 Jean Marc Gaspard Itard tomou sob sua proteção Victor, conhecido como o rapaz selvagem de Aveyron, e tendo apresentado as primeiras descrições sobre crianças com tais características.

A primeira definição de autismo foi proposta por Leo Kanner e em 1943, expôs à comunidade científica o resultado da observação das características comportamentais de onze crianças com *Perturbações do Contacto Afetivo* (Coleta, 2012). No seu trabalho intitulado *Autistic Disturbances of Effective Contact*, descreveu o autismo como uma combinação de obsessões, estereotípias, resistência à mudança ou insistência na monotonia, graves alterações de linguagem e dificuldades no contacto e comunicação interpessoal, observáveis desde o início de vida (Braga, 2010).

Em 1944, Hans Asperger publicou um artigo *Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter* onde também ele apresentou um grupo de crianças com características semelhantes, mas com melhores níveis de desenvolvimento da linguagem e

funcionamento cognitivo, identificando a perturbação com o nome de *Psicopatia Autística* (Coleta, 2012).

Efetivamente, praticamente na mesma altura e sem terem conhecimento do trabalho um do outro, Kanner e Asperger descreveram o autismo com referência em pessoas com características semelhantes. No entanto, as suas investigações apontavam algumas diferenças, uma vez que os pacientes de Asperger apresentavam boas capacidades cognitivas e tinham uma linguagem “quase normal” (Antunes, 2012).

A psiquiatra britânica Lorna Wing, foi a primeira a reconhecer que o trabalho de Asperger não satisfazia os critérios de autismo usados até então, sendo que em 1981, utilizou pela primeira vez o termo Síndrome de Asperger num jornal médico, homenageando desta forma Hans Asperger (Antunes, 2012).

Atualmente a PEA, integra-se no grupo de Perturbações Globais do Neurodesenvolvimento e manifesta-se precocemente, frequentemente em idade pré-escolar. De acordo com o DSM-5 (2013), os critérios de diagnóstico da PEA caracterizam-se pela presença de défices persistentes na comunicação social e interação transversais a diversos contextos, nomeadamente: défices na reciprocidade social-emocional, défices nos comportamentos comunicativos não-verbais usados aquando da interação social, défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Estas características refletem-se sobretudo, num défice aquando de interação social recíproca (Corbett, Newsom, Key, Qualls, & Edmiston, 2014). Inerente a esta interação, subentende-se a presença de um conjunto de competências sociais, que apoiando-se na consciência e capacidades de leitura sociais referente aos sinais comunicacionais do outro, permite e medeia, as respostas sociais adaptativas (Bosa, 2001).

É de assinalar que esta definição da PEA é recente, sendo que até à versão anterior do DSM-IV-TR, a PEA era constituída por uma série de perturbações. Das alterações verificadas podemos referir as *Perturbações Geralmente Diagnosticadas pela Primeira Vez na Infância ou na Adolescência* que foram anulados, sendo que alguns dos diagnósticos que aí se encontravam passaram a integrar as Perturbações do Neurodesenvolvimento, no novo DSM (como é o caso dos Perturbações Globais do Desenvolvimento) (Araújo & Neto, 2014).

No DSM-5 (2013), os Perturbações Globais do Desenvolvimento, englobavam o Autismo, a Síndrome de Asperger, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Síndrome de Rett passaram a ser considerados num único diagnóstico que passou a

chamar-se Perturbações do Espectro Autista. Esta alteração deve-se à ideia de que estas perturbações são apenas uma, mas com dificuldades em duas áreas (díade de sintomas). Uma das áreas é a dificuldade na comunicação e na interação social, a outra abrange os padrões de comportamentos, as atividades restritas e repetitivas e as áreas de interesses (Araújo, & Neto, 2014).

Assinala-se que existem autores que não concordam com esta nova classificação, no entanto a APA considerou que não existem vantagens na diferenciação dos diagnósticos e que esta diferenciação apenas iria dificultar os clínicos na definição de um diagnóstico (Araújo & Neto, 2014).

2. Etiologia

Diversas têm sido as etiologias propostas para a PEA, contudo os progressos nas Neurociências têm vindo a contribuir significativamente para o estudo e compreensão da influência genética e hereditariedade na génese do autismo, observável em amostras de gémeos e irmãos. Efetivamente, a complexidade genética e os sintomas heterogéneos da PEA aumentam a dificuldade na identificação de genes específicos contributivos para o desenvolvimento do espectro (Fischbach & Lord, 2010). No entanto, estudos com gémeos dizigóticos e monozigóticos têm vindo a permitir observar a influência significativa dos fatores genéticos, estimando-se que 90% da perturbação é explicada por alterações nos genótipos e hereditabilidade. Os índices observados indicam uma prevalência de diagnóstico de 90% entre irmãos monozigóticos e 10% entre dizigóticos, subscrevendo os fatores genéticos (Gupta & State, 2006). Apesar destas evidências, a complexidade do espectro e do estudo genético não permitem ainda uma identificação explicativa do fenómeno por si só, aliando os fatores ambientais como explicativos da etiologia.

Alguns investigadores como Eisenberg (1956) subscrevem a importância das relações parentais na PEA, acrescentando que modelos de relação com ausência de afeto e opressão promovem comportamentos de isolamento e dificuldades nas relações sociais. Desta forma, o autismo seria considerado uma perturbação emocional resultante de uma parentalidade negligente ao nível da relação, decorrendo o isolamento e as inaptidões sociais, sem génese biológica aparente (Marques, 2000). Contudo, é visível a prevalência de diagnóstico em casos em que tais fatores parentais são inexistentes, indicando que estes podem ser promotores para o desenvolvimento de inaptidões semelhantes, mas não explicativos únicos para o desenvolvimento do espectro autista. Assim, existe um

consenso na comunidade científica quanto à presença de fatores genéticos e ambientais responsáveis pelo desenvolvimento da perturbação (Deth et al., 2008).

Inúmeras teorias têm sido propostas para explicar a problemática da etiologia ou a causa do espectro autista, contudo serão referenciadas apenas algumas das hipóteses mais relevantes e de contributo significativo para a compreensão e estudo desta perturbação.

2.1 Teorias biológicas

Os estudos genéticos identificam uma origem orgânica na PEA, sendo um resultado de alterações no sistema nervoso central, com consequências na linguagem, desenvolvimento cognitivo, intelectual e no domínio social. Apresenta uma heterogeneidade etiológica provocada por diversos mecanismos genéticos decorrentes do sistema nervoso central com início numa primeira fase da vida e com repercussões nos circuitos cerebrais a diferentes níveis (Hammock & Campbell, 2009).

Como referido anteriormente, a complexidade do estudo genético não permite ainda uma correlação e identificação de genes únicos na explicação da perturbação. Ainda assim, investigações recentes têm se centrado na serotonina (neurotransmissor responsável pela comunicação entre as células nervosas) como fator explicativo da PEA. Os estudos documentaram níveis elevados deste neurotransmissor em crianças com diagnóstico de PEA, sugerindo que as alterações no funcionamento do sistema nervoso seja uma consequência destes níveis anómalos (Alves, 2001).

Assinale-se que existe muito por investigar neste domínio, havendo apenas um consenso na comunidade científica quanto à presença de uma combinação de genes que facultam o aparecimento do problema, estima-se respetivamente que sejam entre sete a dez genes responsáveis (Gupta & State, 2006; Bosa, 2001).

Os estudos neurológicos subscrevem o descrito anteriormente, acrescentando a identificação de áreas cerebrais afetadas e alterações no sistema nervoso central com repercussões no comportamento sócio-emocional, sistema sensorial e motor como a atrofia e perturbações da linguagem típicas desta perturbação (Pereira, 2006).

Os estudos neuroquímicos subscrevem o papel dos neurotransmissores como mediadores químicos, sendo que quando existe um desequilíbrio (e.g. excesso ou défice) dos mesmos no organismo, pode originar alterações comportamentais (Marques, 2000).

2.2 Teorias psicológicas

De acordo com Baron-Cohen (1985) a *teoria da mente* consiste na capacidade inata do indivíduo, em inferir estados mentais no outro, tais como desejos, crenças, intenções, imaginação, emoções, entre outros. Tal competência possibilita uma melhor compreensão dos comportamentos e estados internos do outro, aprimorando a comunicação e subsequentemente, a relação interpessoal.

No âmbito destas teorias, crianças com PEA manifestam défices de diferentes graus na teoria da mente, sendo denominado por *mindblindness* que varia entre o severo e o moderado (Baron, 2000). Alguns casos revelam uma ausência quase total desta capacidade. Contudo, na maioria dos casos, estas crianças possuem mecanismos básicos da teoria da mente, apresentando apenas dificuldades na obtenção de padrões normativos. As implicações inerentes aos défices da teoria da mente, resultam na desadequada relação social e comunicação interpessoal, bem como numa limitação ao recurso da criatividade e imaginação. As crianças com PEA encontram assim dificuldades subjacentes a este défice, tais como na previsibilidade do comportamento e compreensão do estado emocional do outro, que se traduz na ausência de empatia, promovendo comportamentos anti-sociais como o isolamento. Outras implicações como a falta de compreensão da metáfora, sarcasmo ou ironia, resultam da dificuldade em interpretar as palavras para além do sentido literal (Cohen, 2000).

A *teoria afetiva* sugere que o autismo tem origem numa disfunção primária do sistema afetivo, ilustrado na incapacidade inata para interagir emocionalmente com os outros, levando a um défice no reconhecimento emocional e noutras habilidades desenvolvidas socialmente como a linguagem, impedindo o sujeito de viver a experiência social subjetiva (Bosa & Callias, 2000). Esta estimula a capacidade de processar e interpretar a linguagem corporal (e.g. expressões, tom vocal, entre outros) e inferir emoções com base nessa informação. De acordo com Trevarthen (1979), esta capacidade denomina-se *intersubjetividade primária* e descreve a habilidade que permite ao ser humano distinguir as pessoas dos objetos, através da consciência e projeção de um estado mental do outro através da informação que este nos transmite, contribuindo paralelamente para uma consciência do *self*. Hobson (1993) subscreve a importância da experiência intersubjetiva no desenvolvimento progressivo do *self* através da compreensão crescente da fonte dos comportamentos e sentimentos do outro, do mundo e de si mesmo. O processo de distinção entre pensamento e realidade concreta deriva desta habilidade, por

meio da confirmação de diferentes percepções para um mesmo evento (Bosa & Callias, 2000). Mundy e Sigman (1989), contribuíram para esta teoria acrescentando a importância do sistema afetivo e cognitivo no desenvolvimento infantil, sem priorizar o afetivo sobre o outro. Os mesmos autores preconizam o desenvolvimento da cognição social através de esquemas de ação social que surgem nas interações do quotidiano. Tais interações beneficiam de um agente de terceira ordem representados nos objetos (e.g. brinquedos) ou eventos nos quais a criança interage com o outro. Esta interação permite através da comunicação não-verbal, o desenvolvimento das habilidades sócio-cognitivas (Bosa & Callias, 2000).

2.3 Teorias neuropsicológicas

As funções executivas representam o conjunto de competências cognitivas responsáveis pela execução de ações como planear, estabelecer objetivos e metas, antecipar situações, controlo de impulsos, memória de trabalho, entre outros com influência directa nos domínios pessoais e sociais. Respetivamente, o planeamento é uma operação dinâmica que requer uma monitorização, reavaliação e atualização da informação em conjunto com a acção. Este processo exige uma consciência das mudanças das circunstâncias atuais, bem como uma abordagem objetiva e abstracta na identificação e criação de alternativas, tomada de decisão e implementação de um plano em concordância com a informação. Estas funções estão associadas ao córtex pré-frontal, pelo que pacientes com lesões cerebrais nesta região apresentam incapacidades de concentração, comportamentos obsessivo-compulsivos e autismo (Hill, 2004).

De acordo com a *teoria das funções executivas*, o autismo é uma perturbação decorrente de um défice das funções executivas, resultando na manifestação do conjunto de sintomas típicos desta perturbação. A teoria assinala os comportamentos de rigidez interna e externa (e.g. preservação de rotinas), como uma imaturidade das funções executivas pela fraca flexibilidade cognitiva em ajustar o comportamento a situações inesperadas e em vez disso, dar preferência à rigidez comportamental e fixação nas mesmas atividades (Hill, 2003). A flexibilidade cognitiva refere-se à habilidade de ajustar o pensamento ou a ação de

acordo com as mudanças do contexto. O déficit nesta habilidade, promove assim comportamentos estereotipados com funções de preservação, dificuldades de regulação e modulação das ações visíveis na PEA (Hill, 2004).

Referente às dificuldades na socialização e sua relação com o déficit nas funções executivas, a literatura sugere a potencial relação entre a teoria da mente e as mesmas dificuldades. No entanto, existem três posições: a primeira sugere que o desenvolvimento das funções executivas promovem o desenvolvimento da teoria da mente; a segunda apresenta o ponto de vista oposto, ou seja, o desenvolvimento da teoria da mente promove o desenvolvimento das funções executivas; e a última defende que não existem sistemas mentais específicos para o processamento de estados mentais e que o desempenho obtido nas provas da teoria da mente são resultado direto das funções executivas (Hill, 2003).

Devido à complexidade das funções executivas no processamento cognitivo, os estudos obtiveram resultados contraditórios para estabelecer uma associação fiável entre o autismo e o déficit das mesmas (Hill, 2004).

A *teoria da coerência central* preconiza o autismo como um resultado de um déficit na capacidade de análise e processamento de estímulos externos como um todo coerente e em vez disso focam a atenção em pequenos detalhes, resultando num processamento fragmentado (Happé, 1996). Envolvem-se dois aspetos fundamentais nesta dinâmica: perceptual e conceptual. Primeiramente, indivíduos com PEA tendem a processar os detalhes antes da informação global. Tal facto é observável nas investigações nas quais é pedido que descrevam uma imagem sendo que os detalhes são o foco primordial do relato, desconsiderando o contexto ou a situação. Posteriormente, tendem a apresentar dificuldades conceptuais nomeadamente na contextualização da informação. Frequentemente detêm dificuldades no entendimento de situações ou contextos, mesmo quando já assistiram no passado. Por norma são ainda menos suscetíveis a ilusões de ótica e mais perspicazes na identificação de detalhes em imagens (Pellicano et al., 2006).

Em suma, de acordo com esta teoria a PEA predispõe ao processamento de informação com recurso exclusivo aos detalhes, enquanto que uma pessoa sem diagnóstico de PEA tende a processar a informação num todo contextualizado (Happé, 1996).

Assinale-se contudo, que alguns estudos indicaram resultados opostos às hipóteses propostas inicialmente, nomeadamente sobre o desempenho esperado pelo

grupo de autistas na identificação de imagens com ilusões de ótica, os quais tiveram um desempenho normativo. Os resultados sugerem a existência de níveis de percepção visual nos quais níveis mais baixos conseguem ser interpretados pelos sujeitos com PEA, como também a existência de fatores idiossincráticos responsáveis pelas diferenças observadas no desempenho (Pellicano et al., 2006).

Descobertas recentes preconizam a existência de factores genéticos e ambientais considerados determinantes para o surgimento da PEA, embora a maioria dos autores apontem para a multicausalidade. Inúmeros bebês com autismo apresentam crescimento atípico e acelerado do cérebro e perímetro cefálico, induzindo alterações em neurotransmissores específicos nomeadamente na dopamina, serotonina, noradrenalina entre outros. A imagiologia revela que as pessoas com PEA ativam diferentes zonas de processamento cerebral quando realizam uma tarefa, sendo que a investigação científica avança para as múltiplas causas que levam à anormalidade e disfuncionamento do cérebro de origem genética. Um estudo recente reporta mutações em dois genes (NLGN3 e NLGN4) como causas principais da PEA. O estudo sugere que estas mutações afetam as moléculas de adesão celular localizadas nas sinapses, comprometendo a sinaptogénese e predispondo o indivíduo ao autismo (Jamain et al., 2003).

Recentemente, cientistas britânicos desenvolveram um novo sistema de diagnóstico em adultos com PEA. Pela primeira vez, é feito um exame cerebral com a duração de 15 minutos que possibilita o despiste de adultos com autismo com 90% de exatidão. O método consiste na obtenção de imagens da massa cinzenta através de ressonância magnética possibilitando a reconstrução em 3D e aquisição de dados referentes à espessura, forma e estrutura cerebral, permitindo avaliar a presença da PEA através de marcadores genéticos (Ecker et al., 2010).

3. Fatores de risco

Os fatores de risco mais relevantes correspondem a fatores genéticos, mencionados nos estudos das teorias biológicas, ao nível das alterações do sistema nervoso central e cromossómico. Contudo, outros estudos evidenciam fatores de risco de natureza familiar e gestacional como promotores dos sintomas autistas, mas não totalmente explicativos do desenvolvimento da PEA (Zwaigenbaum et al., 2002).

Numa meta-análise realizada sobre os fatores de risco gestacionais associados ao desenvolvimento da PEA, identificaram-se alguns significativos, nomeadamente hemorragias durante a gravidez, infeções intrauterinas, o recurso a determinadas medicações, complicações no cordão umbilical, distresse fetal, lesões ou traumas no nascimento, múltiplos nascimentos, recém-nascido com baixo peso ou mais pequeno que o normativo para a idade, índice de *Apgar* inferior a 5 minutos, ABO ou Rh incompatível, anemia neonatal, hiperbilirrubinemia neonatal, dificuldades na alimentação e malformações congénitas (Larsson et al., 2005).

Um estudo recente identificou a emigração como um fator de risco na gravidez e nascimento da criança, aumentando o risco de um diagnóstico de PEA e com perturbação intelectual associada. É fundamentado pela exposição materna inerente à emigração, a elevados níveis de stress e baixo nível de imunidade às infeções comuns (Magnusson et al., 2012). De acordo com Zwaigenbaum et al. (2002), tais fatores são considerados secundários quando comparados com fatores familiares.

Fatores de risco ambientais, tais como a idade parental avançada, baixo peso à nascença ou exposição fetal ao valproato, também podem contribuir. Assinala-se que 15% dos casos parecem estar associados a mutações genéticas. Os fatores culturais e socioeconómicos podem afetar ainda a idade em que é diagnosticada (DSM-5).

4. Prevalência e comorbilidades

Estudos recentes indicam que a frequência para a PEA nos EUA e noutros países aproximaram-se de 1% da população geral apresentando estimativas semelhantes em amostras de crianças e adultos (DSM-5, 2013).

Segundo um estudo epidemiológico desenvolvido por Oliveira (2007) na Universidade de Coimbra, a prevalência era de cerca de 1 por cada 1000 crianças em Portugal, sendo que a prevalência é menor na região Norte (Braga, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 1 em cada 160 crianças tem uma Perturbação do Espectro do Autismo e de acordo com estudos epidemiológicos realizados nos últimos 50 anos, a prevalência mundial parece ter aumentado. Entre as diversas explicações possíveis para este crescimento, considera-se uma maior consciencialização e ampliação dos critérios de diagnóstico, melhores instrumentos de diagnóstico e melhor comunicação (OMS, 2017).

Assinale-se ainda que esta perturbação é diagnosticada quatro vezes mais em indivíduos do sexo masculino do que o feminino, no entanto esse facto pode dever-se a que as raparigas manifestem dificuldades sociais e comunicacionais mais subtis (DSM-5, 2013).

As comorbilidades associadas à PEA abrangem diversas áreas, apresentando um vasto quadro de condições e limitações. Os estudos convergem-nas em quatro grandes categorias: condições mentais, condições físicas, comportamentos desafiadores e perturbação intelectual. Nomeadamente na esfera cognitiva, a presença de perturbação intelectual em indivíduos com diagnóstico de PEA é a mais significativa, pelo que 65% a 75% dos indivíduos com diagnóstico apresentam perturbações intelectuais e 30% a 55% apresentam comorbilidade com Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade (Chaste & Leboyer, 2012). Associam-se frequentemente também as perturbações de ansiedade e distúrbio do sono. Na dimensão comportamental, prevalecem comportamentos de oposição (Kim et al., 2000).

Na esfera médica ou biológica, associam-se a inúmeras condições sendo as principais a epilepsia, anomalias físicas menores, deficiência auditiva e perturbações da linguagem (Chaste & Leboyer, 2012).

A análise da literatura revela ainda que existe uma significativa comorbilidade com as Perturbações de Ansiedade, tendo por base os défices sociais típicos da perturbação, que tornam as interações sociais uma fonte inegável de ansiedade e um verdadeiro desafio pessoal (Bellini, 2006). Assinale-se que os termos ansiedade e stress são muitas vezes utilizados para descrever o mesmo fenómeno, no entanto, existem diferenças conceituais entre os dois. A ansiedade corresponde ao estado mental de apreensão, face a uma dada situação, enquanto o stress diz respeito à resposta fisiológica (Corbett et al., 2017). Estudos sugerem que, indivíduos com PEA, exibem um vasto conjunto de sintomatologia ansiogénica, quer de ansiedade, quer de stress, incluindo excitação fisiológica, pânico, ansiedade de separação e ansiedade social (Tantam, 2000), atuando como barreira no estabelecimento de relações sociais. Como resultado, muitos indivíduos com PEA, interagem socialmente, mas sem o suporte de um grupo de pares ou pessoas próximas, levando a um isolamento social (Magill-Evans & Koning, 2015). Este resultado é bastante problemático, sobretudo para crianças e adolescentes que procuram ir ao encontro das exigências sociais típicas da idade (Corbett et al., 2017).

Frequentemente, a sintomatologia observável, como os comportamentos repetitivos (e.g. balançar como embalo) evidenciam estados ansiosos internos, servindo como mecanismo de atenuação para estes sintomas (Rodgers, Glod, Connolly, & McConachie, 2012).

Em populações mais vulneráveis como as crianças com PEA, o impacto dos efeitos negativos da ansiedade e stresse tornam-se potencialmente elevados, representando um fator de risco significativo no comprometimento das competências sociais (Corbett, Blain, Ioannou, & Balsler, 2017).

5. Características gerais do comportamento autista

Como foi mencionado anteriormente, os critérios do DSM-5 referem 2 grupos de critérios nas PEA que serão abordados de forma detalhada seguidamente.

5.1 O relacionamento interpessoal e comunicação

Segundo Abreu (2013) o autismo pode ser considerado como o primeiro e mais importante distúrbio social. Na generalidade, os sujeitos com PEA demonstram dificuldades na interação social, evitando frequentemente o contacto com o outro.

No que diz respeito ao relacionamento interpessoal, as pessoas com autismo têm dificuldade na relação com o grupo de pares, manifestando-se precocemente. Aludindo a bebés com diagnóstico, estes não dão resposta a estímulos sociais incitados pelos adultos, nem mostram interesse pelos mesmos, apresentando ausência de reação à voz e de vontade em solicitar colo (Rivas et al., 1997). O sorriso pode surgir na idade esperada, no entanto geralmente não é um sorriso enquanto resposta social, mas como resposta a estímulos físicos (e.g. cócegas) (Rivas et al., 1997).

Por volta dos 5 meses de idade, as crianças começam a reconhecer visualmente os pais ou cuidadores. No entanto, nestas crianças o reconhecimento surge geralmente numa idade mais tardia (Rivas et al., 1997).

Estas crianças apresentam ainda dificuldades na realização de jogos de interação ou idealização, embora casos nos quais se verifica uma melhoria do domínio social e capacidades de linguagem através da intervenção especializada (Rivas et al., 1997) geralmente apresentam dificuldades na compreensão dos sentimentos e emoções do

outro, assim como o impacto negativo do que dizem ou fazem, na realização de atividades conjuntas com os seus pares como trabalhos de grupo, num desporto em que exista contacto ou quando é coletivo e ainda quando há mudanças de sala de aula (Abreu, 2013).

Num contexto comunicacional não existe somente a linguagem, mas também outros aspetos que ajudam na comunicação. A comunicação encerra o conteúdo verbal (e.g. volume, ritmo do discurso) e não-verbal (e.g. contacto visual, expressão facial, linguagem corporal). No contexto não-verbal, o contacto visual é um aspeto crucial e as pessoas com autismo têm especial dificuldade em estabelecer e/ou manter o contacto visual, assim como compreender de forma adequada o seu significado (Abreu, 2013). No que diz respeito à linguagem, as crianças com autismo revelam dificuldades na sua utilização como forma de comunicação social. A compreensão e o uso de normas fonológicas, morfológicas, sintáticas e semânticas apresentam défices, assim como as normas pragmáticas. Existem crianças que nunca chegam a conseguir falar e não tentam outra forma de comunicação, exceto quando desejam alguma coisa e frequentemente para atingir esse objetivo, apenas estendem a mão (Rivas et al, 1997).

Segundo Abreu (2013), mesmo quando uma criança com autismo consegue falar a sua linguagem difere significativamente das crianças normais, sendo que entre 28% e 61% das crianças não conseguem alcançar a linguagem expressiva.

No entanto é importante diferenciar as crianças com PEA que não falam devido à sua limitação intelectual das que não conseguem conceber uma fala espontânea, mas que conseguem aprender outro tipo de comunicação não-verbal, podendo a língua oral ser substituída por gestos (Abreu, 2013).

As crianças que adquirem fala, podem exibir grandes dificuldades variando desde alterações ao nível do timbre, ênfase, velocidade, ritmo e entoação, ecolálias imediatas ou retardadas e também timidez em começar ou manter uma conversa. Não utilizam geralmente o pronome pessoal “tu” de forma adequada, colocando-o no lugar do “eu”. A sua linguagem é comumente ausente de emoção, com recurso excessivo aos imperativos e uso desadequado dos declarativos (Rivas et al, 1997).

5.2 Padrão de comportamentos e interesses

Muitos dos comportamentos autistas são repetitivos e estereotipados, sendo que 94% das pessoas com autismo apresentam este tipo de comportamentos (Júnior & Kuczynski, 2007).

Existem seis tipos de comportamentos característicos desta perturbação: a vinculação a objetos; o extremo interesse numa zona de um objeto (e.g. os sapatos de um boneco); a recusa na alteração de espaços físicos anteriormente conhecidos (e.g. quando existem mudanças na sala de aula); áreas de interesse muito específicas; hábitos compulsivos; e maneirismos motores estereotipados e repetitivos (Rivas et al, 1997). Ainda, mantêm um comportamento rígido e uma extrema resistência à mudança (Abreu, 2013).

Segundo Rivas et al (1997), outras características comuns podem estar presentes neste quadro, nomeadamente a agressividade, a hiperatividade e hábitos desadequados na alimentação e no ciclo do sono.

5.3 O desenvolvimento cognitivo

Na PEA, o desenvolvimento cognitivo pode não estar comprometido, mas pode existir um quadro grave como uma Perturbação do Desenvolvimento Intelectual, ou apenas leves défices. Estas pessoas podem demonstrar limitações na apreensão de normas e na compreensão do discurso gestual e oral. Podem exibir também perturbações a nível sensorial, particularmente na transição entre experiências sensoriais múltiplas, apresentando ainda dificuldades na compreensão e resposta a diversos estímulos ao mesmo tempo. Podem apresentar dificuldades em perceber as consequências, tanto das suas atitudes como dos outros (Rivas et al, 1997).

No que diz respeito ao processamento cognitivo, as capacidades não-verbais podem ser melhores do que as verbais nestas crianças, pelo que algumas têm grandes capacidades numa área específica (e.g. cálculo e memória) (Abreu, 2013).

5.4 A imaginação

No que se refere à imitação e funções simbólicas, geralmente estas pessoas não conseguem desenvolver ou têm muitas dificuldades a nível da representação operacional ou capacidade para formar e manipular material simbólico e desenvolver estruturas conceituais. Crianças com autismo de baixo funcionamento, geralmente mantêm-se no período sensório-motor, sendo que as competências mais importantes a adquirir neste período são a capacidade de imitação e de linguagem e estas dificilmente as conseguem adquirir (Abreu, 2013).

De forma geral, é inerente a esta perturbação uma incapacidade para a imitação. Esta manifesta-se desde a primeira infância, pois as crianças com PEA não tendem a imitar nem a realizar os habituais jogos sociais dos bebés. As dificuldades na imaginação geralmente afetam as capacidades na realização de atividades com o grupo de pares, assim como na resolução de problemas (Abreu, 2013).

6. Diagnóstico

De acordo com o DSM-5 (2013), os critérios de diagnóstico sucintamente são os seguintes:

A- Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos, manifestados por défices na reciprocidade social-emocional, variando desde uma aproximação social anormal e fracasso na conversação normal; partilha reduzida de interesses, emoções ou afeto; fracasso em iniciar e em responder a interações sociais; comportamentos comunicativos não-verbais usados para a interação social, variando desde uma comunicação verbal e não verbal pobremente integrada, a anomalias no contacto ocular e linguagem corporal ou défices na compreensão e uso de gestos, a uma total falta de expressões faciais e comunicação não-verbal; dificuldade significativa em manter e compreender relacionamentos e ajustar o comportamento aos diferentes contextos sociais; dificuldades em partilhar jogos imaginativos ou a fazer amigos; ausência de interesse nos pares.

B - Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos duas das seguintes formas: movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (ex.: estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos, sacudir objetos, ecolalia, frases idiossincráticas); insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não-verbal (ex.: angústia extrema com pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões de pensamento rígidos, rituais de cumprimento, necessidade de fazer o mesmo trajeto ou comer a mesma comida todos os dias); interesses altamente restritos e fixos que são anormais na intensidade ou foco (ex.: grande ligação ou preocupação com objetos invulgares, interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes); hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente (ex.: aparente indiferença a dor/calor/frio, respostas adversas a determinados sons ou texturas, cheirar ou tocar excessivamente objetos, fascinação visual por luzes ou

movimento). Por fim, os sintomas devem estar presentes no início do período de desenvolvimento (podem não ser totalmente manifestos até a exigências sociais excederem as capacidades limitadas ou podem ser mascaradas mais tarde através de estratégias aprendidas) e causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.

Deve ser especificada a gravidade da Perturbação e ser baseada nas deficiências referentes à comunicação social e aos comportamentos restritos e repetitivos e especificar também a presença ou ausência de défice intelectual e défice de linguagem.

Como mencionado anteriormente, as características aludidas trazem consequências na interação social recíproca (Corbett, et al., 2014). Inerente à interação, subentende-se a presença de um conjunto de competências sociais, que apoiando-se na consciência e capacidades de leitura sociais referente aos sinais comunicacionais do outro, permitem e medeiam as respostas sociais adaptativas (Bosa, 2001). Assim, a capacidade de resposta ou de produção de comportamentos sociais, encontra-se cimentada numa rede neuronal cognitiva, emocional e de sistemas comportamentais, nos quais a perceção e o comportamento adaptativo estão intimamente ligados (Corbett, et al., 2014). Indivíduos com PEA apresentam défices significativos nestes níveis, comprometendo o seu desenvolvimento e a sua inclusão social, sendo possível observar o referido em contexto de consulta, alicerçando assim o diagnóstico (Ingersoll, 2008).

O diagnóstico é realizado geralmente com recurso a instrumentos de avaliação, nomeadamente o *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT); o *Pervasive Developmental Disorders Screening Test* (PDDST); o *Screening Tool for Autism in two year old, Checklist for Autism in Toddlers-23* (CHAT-23) e o *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT). Os mais utilizados em contexto hospitalar são o *Childhood Autisms Rating Scale* (CARS), o *Gilliam Autism Rating Scale* (GARS) e o *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS). O primeiro é composto por quinze questões, com idade de aplicação para maiores de 2 anos. O questionário é aplicado pelo avaliador e as questões permitem avaliar a presença das características nucleares do autismo numa escala de sete pontos, sendo o resultado final a soma dos pontos e a classificação varia entre o ligeiro e o moderado grave. Este instrumento recorre à observação e com um tempo de aplicação de trinta minutos (Ozonoff et al. 2003).

O GARS é uma escala amplamente utilizada, composta por 56 itens que avaliam a presença dos comportamentos típicos do autismo de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5. Os itens estão agrupados em 6 subescalas: *Restrictive/Repetitive*

Behaviors, Social Interaction, Social Communication, Emotional Responses, Cognitive Style e Maladaptive Speech. A pontuação final indica a severidade dos sintomas.

O ADOS é composto por um conjunto de tarefas estruturadas e semi-estruturadas que permitem averiguar as características nucleares do autismo, nomeadamente: interação social; linguagem; jogo simbólico; entre outros. A interação entre a criança e o avaliador permite examinar a presença ou ausência destes comportamentos e posteriormente traduzir a informação qualitativa em dados quantitativos através do preenchimento da folha de teste. A cada sujeito é administrado um módulo de quatro, sendo a escolha adaptada às características observadas em contexto de consulta de acordo com a fase do desenvolvimento e da linguagem. Não é aplicável a adolescentes ou adultos com mutismo e não é recomendado para servir de diagnóstico formal, quando aplicado a sujeitos sem visão ou com algum atraso grave do desenvolvimento (e.g. paralisia cerebral ou muscular). Para aplicar este instrumento, o avaliador requer uma formação específica que inclui a observação da aplicação profissional e práticas de aplicação.

Importa referir que o diagnóstico precoce favorece um melhor prognóstico sendo que a família apresenta um papel fundamental neste aspeto. A deteção precoce favorece a adaptação a um plano de intervenção multidisciplinar com recurso à diversos serviços, inclusive educativos, que favorecem o desenvolvimento das competências em défice. Ainda permite facultar aos cuidadores um conjunto de informações sobre a problemática, mantendo-os atualizados, favorecendo o ajustamento pessoal e estratégias parentais à mesma (Siegel, 2008).

No que se refere ao diagnóstico diferencial, de acordo com o DSM-5 (2013), as patologias que, pelas suas características podem interferir na realização do diagnóstico da Perturbação do Espectro do Autismo, são a Síndrome de Rett, o Mutismo Seletivo, as Perturbações da Linguagem ou da Comunicação Social (pragmática), a Incapacidade Intelectual (Perturbação do Desenvolvimento Intelectual) sem PEA, a Perturbação de Movimentos Estereotipados, a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção e a Esquizofrenia.

A disrupção da interação social pode ser observada entre o primeiro ano e os quatro anos de vida na Síndrome de Rett, o que pode dificultar a distinção entre as duas síndromes. A partir deste período, existe uma melhoria das habilidades de comunicação social, deixando assim de ser uma área de preocupação. Em relação ao Mutismo Seletivo, a criança apresenta capacidades de comunicação apropriadas em certos contextos e

ambientes, a reciprocidade não está comprometida nem estão presentes padrões de comportamento restritos ou repetitivos (DSM-5, 2013).

O que distingue as Perturbações da Linguagem ou da Comunicação Social (pragmática) e o Autismo é a presença de um quadro de défice na comunicação e interação sociais e sem dificuldade na relação interpessoal dos primeiros, devendo haver uma averiguação cuidada em relação a comportamentos restritos/repetitivos passados ou atuais (DSM-5, 2013).

No caso da Incapacidade Intelectual (Perturbação do Desenvolvimento Intelectual) sem PEA, o diagnóstico só se justifica quando não existe discordância visível entre o nível de habilidades sócio-comunicativas e outras habilidades intelectuais. Quanto à Perturbação de Movimentos Estereotipados só é diagnosticada quando as estereotípias causam autolesões e se tornam o foco do tratamento, sendo apropriados ambos os diagnósticos. As anomalias da atenção (excessivamente focado ou facilmente distraído) são comuns quer na Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção, quer na Perturbação do Espectro do Autismo. O diagnóstico de PHDA só deve ser considerado quando as dificuldades de atenção ou hiperatividade excederem o que é tipicamente observado em indivíduos de idade mental comparável (DSM-5, 2013).

No que diz respeito à diferença essencial entre a Esquizofrenia e o Autismo, esta reside no facto de as alucinações e delírios, que caracterizam a Esquizofrenia, não estarem presentes na PEA (DSM-5, 2013).

7. A intervenção na PEA

Existe alguma controvérsia no tipo de intervenção a aplicar, dado que não existe uma abordagem única e totalmente eficaz para todas as pessoas que apresentam autismo. Importa introduzir nesta relação a família, que modificam as suas expectativas e valores em relação ao tratamento dos seus filhos de acordo com a fase do desenvolvimento e do contexto familiar. Assim, um tipo específico de intervenção pode ser eficaz num determinado período e deixar de o ser noutro (Reichow, 2012).

De uma forma geral, os indivíduos tendem a melhorar a sintomatologia com a idade quando recebem os cuidados apropriados. No entanto, problemas como os de comunicação e sociabilização tendem a permanecer para toda a vida. Assim, é importante

que os pais entendam que ao optarem por um tipo de intervenção, não implica que seja a adequada para as restantes fases do desenvolvimento. É ainda importante que tenham presente a ideia de que não existem evidências de que um tratamento específico seja capaz de curar o autismo e que cada um pode surtir impactos diferentes consoante o indivíduo (C. A. Bosa, 2006). Este impacto depende de fatores como a idade, grau do défice cognitivo, da presença ou não de linguagem e da gravidade dos sintomas gerais da criança. É importante também atender que nem todas as crianças com autismo apresentam défices em todas as áreas de desenvolvimento e que inúmeras apresentam comportamentos disfuncionais apenas por um breve período de tempo ou em situações específicas. Outros aspetos são igualmente importantes neste processo, respetivamente o funcionamento familiar e o suporte social, entre outros (Bosa, 2006).

Alguns autores defendem que o tratamento/intervenção deve ser planeado de acordo com as etapas de vida do paciente. Em caso de crianças pequenas deverá ser dada prioridade à terapia da fala, interação social e linguagem, educação especial e suporte familiar. Com adolescentes, a prioridade deve ser o desenvolvimento de competências sociais, terapia ocupacional e sexualidade. Com adultos, a abordagem deverá ser nas opções de moradia e tutela, sendo uma área que tem sido altamente negligenciada causando preocupação aos pais (Eisenberg, 1956).

A eficácia do tratamento/intervenção depende também da experiência e do conhecimento dos profissionais sobre o autismo, sobretudo a sua capacidade de trabalhar em equipa e com a família.

A situação de diagnóstico é que apresenta maior controvérsia entre os pais e os profissionais de saúde, assim como para o encaminhamento para tratamento.

Os autores salientam quatro pontos-chave para um tratamento eficaz: estimular o desenvolvimento social e comunicativo; aprimorar a aprendizagem e a capacidade de solucionar problemas; diminuir comportamentos que interferem com a aprendizagem e com o acesso às oportunidades e experiências do quotidiano; e ajudar as famílias a lidar com o autismo (White, Keoning, & Scahill, 2007).

A estimulação do desenvolvimento social e comunicativo abrange sobretudo as crianças com grande défice na comunicação verbal, beneficiando de um sistema de comunicação alternativo de acordo com o grau de comprometimento da linguagem. Usualmente são desenvolvidos sistemas de sinais, como por exemplo o Makaton, que incorpora sinais e símbolos, utilizado maioritariamente no Reino Unido (Bosa, 2006).

Apesar do modelo de intervenção, devem-se evitar o uso de metáforas no contacto com crianças com PEA, ou então explicá-las pois poderão produzir sofrimento por serem interpretadas de forma literal (e.g. vou morrer de fome). Assim, as perguntas devem ser o mais simples e concisas possível (Reichow, 2012).

7.1 A expressão dramática e dramaterapia

Embora atualmente, não se conheçam modelos explicativos que esclareçam o processo de desenvolvimento inerente a este tipo de intervenção, são inúmeros os estudos que apontam no sentido de que, esta abordagem parece contribuir significativamente para o desenvolvimento das pessoas com PEA (Corbett et al., 2011; Corbett et al., 2014; Corbett et al., 2017; Fadirepo, 2013; Hartigan, 2012; Kempe, 2014; Welsh, 2000).

As raízes da dramaterapia remontam às técnicas do Psicodrama criado por Jacob L. Moreno no séc. XX, promovendo a mudança do paradigma social inerente ao teatro (carácter lúdico) e tornando-o uma ferramenta eficaz de intervenção na saúde mental. A dramaterapia partilha de várias técnicas e exercícios, no entanto a matriz da sua ação rege-se pelo seguinte princípio: arte é comunicação. Como tal, esta terapia centra-se na criação de um ambiente seguro onde o paciente consiga comunicar os seus problemas de forma livre e espontânea. Através da orientação profissional, criam-se soluções ou formulam-se outras perspetivas sobre os mesmos problemas a fim de reduzir ou eliminar o mal-estar (Moreno, 1978).

Esta terapia pode ser aplicada em ambos os contextos, nomeadamente clínico e não-clínico. No primeiro incluem-se as PEA, estando a intervenção centrada em quatro aspetos fundamentais para o desenvolvimento das competências comunicacionais: *performance*, *projeção*, *narrativa* e *improviso*. A *performance* indica o grau de envolvimento do indivíduo para com o grupo, projeto e apresentação do mesmo. É um ponto que estabelece uma avaliação do comportamento geral, nomeadamente se o indivíduo está integrado o grupo, envolve-se no processo de criação de forma cooperativa e determina o nível de compromisso e empenho para com o mesmo (Silverman, 2006). O recurso a um modelo de imitação, revelou-se fundamental para o aumento da motivação e do progresso das crianças com PEA. A estas crianças são atribuídos colegas sem diagnóstico para fazerem os exercícios e servirem de modelo nos exercícios seguintes. Os resultados demonstraram um aumento significativo da capacidade de reconhecimento facial, expressões e teoria da mente, comparativamente às crianças sem colegas modelo

(Corbett, et. al, 2011). A *projeção* representa as diferentes formas que o indivíduo utiliza para comunicar, seja através de máscaras, fantoches, escrita criativa, role-play, etc. Quando a criança apresenta dificuldades em expressar-se, o recurso a estas ferramentas representam meios intermédios de comunicação que permitem o acesso ao seu conteúdo interno. De acordo com Nelson & Ramamoorthi (2001), indivíduos com PEA apresentam frequentemente uma memória visual superior, no entanto carecem de competências de planificação e preparação para os desafios inerentes a determinados contextos sociais. Os comportamentos ensaiados em contexto terapêutico (eg. *role-play*), mostraram-se significativos na redução de sintomas como ansiedade e stresse, promovendo a adequação desses comportamentos em contexto social. A *narrativa* diz respeito ao conteúdo da história, incluindo os personagens, o conflito ficcional e as lições morais. Este ponto permite que o indivíduo se relacione indiretamente com o conflito e o resolva através da representação. Em crianças com PEA, que apresentam dificuldades na expressão das emoções e na resolução de conflitos, a narrativa promove um meio seguro de exploração de conflitos e resoluções seguindo como modelo o personagem (Huebner, 2001). Por fim, o *improvisado* é uma ferramenta utilizada socialmente e diariamente pelo ser humano, desenvolvida através da exposição a circunstâncias que exigem respostas imediatas e socialmente ajustadas. No entanto, esta competência necessita de mais tempo para ser desenvolvida em indivíduos com PEA. A *improvisação* nesta terapia é desenvolvida através de exercícios que podem ser incluídos no aquecimento e na apresentação dos participantes. Esta técnica centra-se no desenvolvimento da capacidade de adaptação e flexibilidade aos desafios imprevistos durante o tempo de representação, mas quando transferidos para a vida quotidiana estes exercícios revelam-se potenciadores no ajustamento social em crianças com PEA (Silverman, 2006).

O teatro oferece um espaço de criação e recriação de situações e interações sociais, incluindo observação, interpretação e articulação de pensamentos e sentimentos do outro, bem como do mundo em redor (Corbett et al., 2017). As competências pessoais e sociais desenvolvidas na expressão dramática exprimem-se em melhorias significativas que são observadas em estudos feitos com diversas amostras de crianças com (e.g. Perturbações de Ansiedade) e sem perturbações (Welsh, 2000).

Enquanto intervenção nas competências sociais o teatro envolve os défices transversais da PEA, nomeadamente a perceção das emoções, a teoria da mente, o pensamento criativo e a comunicação recíproca. A prática de técnicas teatrais, tais como

a improvisação, role-play, cenas ensaiadas e espetáculos finais para um público, têm forte potencial no desenvolvimento destes défices (Corbett et al., 2011).

Na população com PEA, assinala-se por exemplo o estudo desenvolvido por Corbett e colaboradores (2017) que conclui com a apresentação de um desenvolvimento significativo a nível dos sintomas sociais deficitários. A intervenção desenvolvida através de programas baseados na Expressão Dramática (e.g. SENSE - *Social Emocional NeuroScience Endocrinology*) apontam para que a intervenção com base teatral, seja uma das mais completas e eficaz, contribuindo significativamente para o aumento do funcionamento, competências e interações sociais, bem como em mudanças neuronais, nas áreas cerebrais que suportam estas aptidões (Corbett et al., 2017). No que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de aprendizagem e resolução de problemas, a convivência entre crianças autistas com crianças sem comprometimento, apresenta algumas vantagens, nomeadamente a aprendizagem por meio da imitação (Welsh, 2000).

Em suma, esta abordagem permite à criança desenvolver competências sociais com treino direcionado para o aumento da capacidade de se colocarem no ponto de vista do outro (*mind-read*), sendo o teatro e a dramaterapia atividades que estimulam aspetos como a identificação de emoções, expressões e reconhecimento de faces (Harari, 2015).

7.2 Outras metodologias de intervenção para a PEA

Diversas são as metodologias que têm vindo a ser utilizadas para a intervenção na PEA. A utilização do sistema *Picture Exchange Communication System* (PECS) é um sistema que compreende a aplicação de figuras e fotos, exigindo menos habilidades linguísticas, cognitivas ou de memória, já que estas refletem as necessidades e/ou os interesses individuais. O PECS é um exemplo de como uma criança pode ter um papel ativo através de figuras com velcro ou adesivos, indicando o início, alterações ou o fim da atividade. A vantagem deste sistema é que facilita a compreensão ao se estabelecer a associação entre a atividade e os símbolos. É frequente os pais preocuparem-se com a possibilidade destes sistemas reduzirem a motivação para aprender a falar, no entanto até hoje não existem evidências que apoiem tal relação, pelo contrário, pensa-se que ao desenvolver formas alternativas de comunicação, estas estimulem a aprendizagem da fala. Simultaneamente, o uso de programas de sinalização são idênticos aos programas de

treino verbal, sendo raramente utilizados para compartilhar experiências, expressar sentimentos/emoções ou comunicar reciprocamente. Nos casos em que a criança apresenta um vocabulário mínimo ou apenas emita alguns sons espontaneamente, programas de linguagem individualizados são importantes para melhorar a compreensão e a complexidade da fala (Christy, Carpenter, LeBlanc & Kellet, 2002).

Neste processo, torna-se fundamental envolver os pais, incentivando-os a encorajar a fala e a criatividade dos seus filhos. As habilidades imaginativas, podem ser estimuladas através dos seus interesses e procurar abranger outros (Bosa, 2006).

Os sistemas virtuais de comunicação têm também sido amplamente utilizados e desenvolvidos especialmente para crianças com autismo. Regra geral, o material visual é mais bem recebido que o verbal, pois estão ajustados aos contextos, necessidades e interesses da criança. Alguns investigadores alertam para que o uso destes sistemas pode desencadear o vício pela tecnologia (Bosa, 2006).

Um sistema com base visual é o programa educacional TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*). É um programa altamente estruturado, adaptado às necessidades individuais e ao perfil de desenvolvimento da criança, combinando diferentes materiais visuais para aperfeiçoar a linguagem e reduzir os comportamentos inadequados. São utilizados para instruir por exemplo, o lugar correto para estarem em determinado momento, como a respetiva sequência de atividades a realizar durante o dia na escola (Shea, 2013).

Outra metodologia também utilizada são as salas *Snoezelen*. O conceito da *Sala Snoezelen* surgiu na Holanda na década de 70, iniciada por dois terapeutas holandeses que trabalhavam com sujeitos com dificuldades intelectuais. Consiste numa sala multissensorial, tendo como finalidade libertar e despertar perceções sensações nos usuários (Eiró, 2013).

A *Sala Snoezelen* é um espaço com um equipamento específico que promove o desenvolvimento da autoestima, segurança, afetividade e perceções, transmitindo uma sensação agradável nos processos de autorregulação, sendo que é o próprio indivíduo que controla e desenvolve as sensações de acordo com o seu ritmo (Eiró, 2013). Os materiais utilizados nas salas são compostos por luzes, cores, sons, diferentes texturas e aromas acessíveis ao toque, levando a que sentimentos negativos (e.g. agressividade e stresse) diminuam de intensidade ou sejam eliminados no tempo de interação. As salas dispõem de dois espaços, respetivamente um espaço branco e um preto. Isto detém o objetivo da

estimulação visual e possui uma cortina de fibra ótica, um globo de espelhos e um tubo de bolhas (Eiró, 2013).

O desenvolvimento intelectual dos utilizadores ocorre através da estimulação dos sentidos primários (e.g. visão, audição, olfato, tato e paladar). A comunicação verbal e não-verbal é beneficiada com a utilização da sala multissensorial. O técnico que desenvolve o trabalho nestas salas deve estar apto a saber estimular os sentidos primários do desenvolvimento, procurando criar laços com o paciente a partir deste tipo de estimulação. Estas salas são apropriadas para crianças, jovens, adultos e idosos, sendo também adequadas para outras perturbações (Eiró, 2013).

Outra metodologia utilizada é o Modelo de intervenção cognitivo-comportamental. Este modelo promove as competências sociais, linguagem e autonomia, de forma a diminuir comportamentos que interfiram com a aprendizagem ou acesso a oportunidades de experiências no quotidiano. Dispõe de técnicas como o reforço positivo, técnica do ABC e explicação das vantagens e desvantagens de certos comportamentos (Marques, 2000).

Este modelo permite: estabelecer regras claras e consistentes; modificar gradualmente os comportamentos desajustados; identificar os sintomas subjacentes aos mesmos (e.g. ansiedade, stresse, incerteza); alterar fatores ambientais (e.g. tornar situações previsíveis); e ainda transformar as obsessões em atividades adaptativas. Foca-se sobre tudo na atenuação dos sintomas de ansiedade e stresse inerentes à perturbação (Wood et al. 2009).

No que diz respeito ao comportamento social, os comportamentos desafiantes têm subjacente uma intenção de comunicação desadequada e assim, partindo do princípio de que se trata de um ato de agressão não deliberado, permite desenvolver outras alternativas de comunicação mais adaptativas em conjunto com a criança. É importante que a modificação dos comportamentos seja feita gradualmente de acordo com a fase do desenvolvimento, sendo a redução da tensão e ansiedade o objetivo primordial. Comportamentos desadequados, (e.g. despir-se ou masturbar-se) podem ser uma grande fonte de preocupação, sendo os outros menos comprometedores, como dificuldades de empatia, compreensão social, interações recíprocas, os défices nucleares do autismo. De forma a atuar nestes aspetos, o treino de competências sociais torna-se mais eficaz quando na ocorrência de uma situação específica, já que a dificuldade de aprender as mesmas competências num contexto mais abrangente deve-se à dificuldade para a criança em generalizar as competências adquiridas (Bosa, 2006).

Outros estudos preconizam técnicas de encorajamento constante por parte dos professores, como intervenções mais livres em grupo com crianças de desenvolvimento normal. Contudo, já que as crianças com desenvolvimento típico têm que se adaptar ao comportamento das crianças autistas, pode surgir carência na reciprocidade da interação. Ainda assim, é considerada a melhor estratégia pois proporciona oportunidades para estas crianças observarem ou interagirem com outras (Moree & Davis, 2010).

Ainda como outra metodologia pode citar-se o modelo *Sonrise*. Este modelo foi criado por pais de crianças autistas e destinado a profissionais de saúde e a outros pais que procuram proporcionar um espaço terapêutico em casa. O método prima pela relação entre os intervenientes e tem o objetivo de ensinar e criar melhores hábitos na interação familiar com a criança, desenvolvendo o potencial social, emocional e cognitivo da mesma. O modelo foi criado pelo casal Barry e Samahria Kaufman em 1976 pela necessidade de comunicar e estimular de forma mais eficaz com o seu filho, diagnosticado com autismo severo e com um QI muito inferior à média para a idade (40). Como a investigação científica não possuía informação, nem existiam programas estruturados eficazes no desenvolvimento social destas crianças na época, estes pais criaram um espaço com determinadas características, aliando atividades de cariz lúdico e proporcionador de estimulação aos vários níveis da criança. O modelo consiste em definir um quarto com diminuída estimulação sensorial, recorrendo apenas a cores neutras e iluminação natural. Os brinquedos e objetos são guardados em prateleiras nas paredes de forma a incentivar a comunicação da criança em requisitar verbalmente e simultaneamente, permitir um espaço lúdico, livre de distrações (Tolezani, 2010). Durante o tempo de interação, no quarto encontram-se apenas um adulto e a criança, indicando que qualquer barulho ou movimento que possam surgir derivam apenas dos mesmos, contribuindo para a redução de fatores distrativos (Williams & Wishart, 2003).

A adesão pelas crianças ao quarto é bastante grande e frequentemente tornam o espaço no seu “quarto especial”, manifestando alegria e prazer em poder interagir com os seus pais nesse contexto adaptado às suas necessidades (Houghton, 2008). Observa-se também em casos informais, uma progressão linguística nos casos em que a atenção consegue ser mantida pela criança. Os intervenientes priorizam a interação social, pois detêm a consciência de que a exclusão é uma experiência frequente e subjacente no quadro autista e principal ameaça ao desenvolvimento das competências pessoais. A intervenção é centrada na criança, dando prioridade aos seus interesses e iniciativas para iniciar e terminar a interação, distinguindo-se das intervenções tradicionais dos

programas de educação especial. O adulto adota um estilo de interação responsivo aos estímulos iniciados pela criança e adapta o seu comportamento ao nível de desenvolvimento, intensidade e necessidades da mesma, através de uma atitude recetiva e comunicativa nos diversos níveis (Tolezani, 2010).

Estudos indicam melhorias aos níveis da interação familiar e desenvolvimento de certos domínios, como linguagem, competências sociais, capacidade de brincar ao “faz de conta”, entre outros (Williams & Wishart, 2003). No entanto, é um modelo que necessita de maior investimento nos estudos empíricos a fim de entender melhor os níveis de eficácia.

7.3. Intervenção junto da família

A intervenção deve abranger o sistema familiar, para que esta consiga lidar com as dificuldades inerentes ao autismo, sendo fundamental para a saúde mental dos seus membros. Estudos indicam que o stresse recai sobretudo nas mães em comparação aos pais e esta sobrecarga pode promover sintomas nefastos, como depressão materna e menor intimidade marital comparativamente com famílias de crianças ditas normais. Portanto, a identificação das preocupações parentais e o suporte, são cruciais na prevenção de sintomas negativos repercutidos para o desenvolvimento da criança, bem como de um mau ambiente familiar (Bosa, 2006).

O suporte social é um fator chave na gestão das exigências e stresse, derivados de um quadro de autismo. A troca de informações no nível interpessoal fornece suporte emocional e um sentimento de pertença a uma rede social onde estão presentes a comunicação e compreensão mútua. Nesta área, os profissionais de saúde podem intervir, auxiliando as famílias a avaliar os fatores de stresse, as crenças e os recursos para solucionar os problemas, partindo de um modelo que compreende que as famílias podem ser ajudadas a tornarem-se mais resilientes frente à mudança, por meio da reestruturação de papéis, regras, padrões de interação, limites e relações externas com a restante comunidade. A intervenção deverá ser adaptada a cada caso, já que cada membro da família pode ter expetativas e visões diferentes sobre a criança e das suas necessidades. É importante orientar os pais a reconhecerem a frustração, raiva e a ambivalência dos seus sentimentos como um processo normal de adaptação, bem como facultar técnicas de interação e psicoeducação sobre o tema, vantagens e desvantagens dos tratamentos, entre outros (Williams & Wishart, 2003).

Existem evidências de que uma educação formal precoce, a partir dos dois aos quatro anos, aliada à integração dos profissionais envolvidos, representa uma das abordagens terapêutica mais eficazes. As estratégias que se utilizam ajudam a evitar os problemas comportamentais subsequentes, dado que as crianças aprendem rapidamente que os seus comportamentos podem servir como um meio para controlar o seu ambiente (Harari, 2015). Outro fator que contribui positivamente para o prognóstico é a ausência de incapacidade intelectual, de comprometimento da linguagem e problemas de saúde mental (Bosa, 2006).

Em jeito de conclusão, o fator mais importante no prognóstico é uma família unida, inteligente e informada na abordagem das questões, sensível aos problemas, determinada na defesa do direito dos seus filhos e receptiva à expressão individual do seu filho (Antunes, 2012).

Parte II - Estudo Empírico

8. Objetivos da Investigação

8.1 A problemática de investigação

De acordo com a literatura científica da área, diversas são as metodologias propostas para a intervenção na PEA. Como foi anteriormente explicitado a Expressão Dramática e a Dramaterapia têm vindo a ser utilizadas nas últimas décadas, sendo diversos os estudos que referem os seus contributos significativos para o desenvolvimento das pessoas com PEA (Corbett et al., 2011; Corbett et al., 2014; Corbett et al., 2017; Fadirepo, 2013; Hartigan, 2012; Kempe, 2014; Welsh, 2000).

Neste sentido, decorrente da análise à literatura científica da área formula-se a seguinte questão geral para a presente investigação: qual a importância atribuída pelos pais e técnicos de saúde à intervenção com base na Expressão Dramática em crianças com PEA? Será que esta abordagem de intervenção é reconhecida como importante para o desenvolvimento das crianças com PEA?

8.2 Objetivo geral e específicos

De forma a dar resposta à questão de investigação enunciada pretende-se como objetivo geral compreender a importância atribuída pelos pais e técnicos de saúde à expressão dramática na intervenção em crianças com PEA.

Como objetivos específicos, pretende-se analisar e compreender os benefícios percebidos pelos pais e técnicos sobre uma intervenção com base na Expressão Dramática na PEA; conhecer o panorama regional na RAM (Região Autónoma da Madeira) referente ao papel da Expressão Dramática e do teatro enquanto forma de terapia complementar às terapias convencionais; analisar a envolvimento atual destas crianças e jovens com a expressão artística e verificar se existiram alterações desenvolvimentais, comportamentais ou outras percebidas, no caso de participarem em atividades dramáticas há pelo menos 3 meses.

9 Metodologia

9.1 Desenho do estudo

A investigação desenvolvida apresenta um desenho transversal, de cariz exploratório e descritivo, com uma amostra intencional e por conveniência (Fortin, 1999), pretendendo analisar a importância atribuída pelos pais e técnicos de saúde à expressão dramática na intervenção em crianças com PEA.

9.2 Participantes

A população alvo da investigação é constituída por um total de 28 sujeitos, ($N = 24$), nomeadamente por 12 pais com crianças com PEA ($n = 12$) e 18 técnicos de saúde, nomeadamente psicólogos, técnicos e professores do 1.º ciclo ($n = 16$). Como critério para inclusão na amostra dos técnicos deveriam ter experiência junto de crianças com PEA. Estes técnicos de saúde exercem a sua função profissional no concelho do Funchal.

9.3 Instrumentos

Para a consecução dos objetivos delineados os instrumentos selecionados foram:

- Questionário de dados sociodemográficos;
- Questionário da importância atribuída à intervenção na PEA com base na expressão dramática.

9.3.1 Questionário de Dados Sociodemográfico

O Questionário de Dados Sociodemográficos, construído para a presente investigação tem como objetivo a caracterização da amostra. Pretendeu-se recolher dados relativos aos pais, nomeadamente a idade, género, profissão, escolaridade, naturalidade, e grau de parentesco. Os questionários aplicados aos técnicos pretendem recolher dados adaptados à sua profissão, centrando-se no tipo de trabalho que exercem com as crianças, há quanto tempo, se notaram diferenças nos casos que praticam atividade dramática e ainda a recolha dos dados sociodemográficos tais como idade, género, profissão, escolaridade e instituição empregadora.

9.3.2 Questionário da Importância atribuída à Intervenção na PEA com base na Expressão Dramática

O Questionário da Importância atribuída à Intervenção na PEA com base na Expressão Dramática foi construído para a presente investigação como objetivo compreender a importância atribuída pelos dois grupos de participantes ao teatro no desenvolvimento e melhoria dos sintomas da PEA. O questionário aplicado aos pais, recolhe dados referentes à criança respetivamente sobre os níveis de stresse e ansiedade, se frequentou ou se frequenta atividades de carácter artístico ou dramático e se houve alterações dos seus comportamentos. O questionário aplicado aos técnicos recolhe informações centradas na experiência de um utente à sua escolha. Nomeadamente recolhe informações relativas à presença de comportamentos específicos da PEA (e.g. comportamentos repetitivos, medos excessivos, entre outros), se têm conhecimento sobre o tipo de atividades que a criança frequente, respetivamente se está inscrita no teatro, onde e quantas vezes por semana, se notaram alguma alteração nos casos que praticam essa atividade há pelo menos 3 meses (caso a resposta seja positiva, é pedido para especificar) e por fim são apresentadas um conjunto de afirmações e pedido que respondam, numa escala de *likert* de 1 a 4 na qual 1 representa *Discordo Totalmente* e 4 *Concordo Totalmente*, em que medida concordam com a afirmação.

O recurso a dois grupos de participantes permite a recolha de dados sob a perspetiva parental e profissional, tornando a recolha mais rica e variada.

9.4 Procedimento de recolha e análise dos dados

Como instrumento para a recolha de dados, recorreu-se ao inquérito por questionário. O presente instrumento centrou as perguntas de acordo com a temática em estudo, englobando dados como a situação profissional, social, a atitude do inquirido face ao tema, os seus conhecimentos e a importância atribuída à intervenção na PEA com base no teatro. Esta técnica permite colocar um conjunto de questões a um conjunto de participantes representativos de uma população, com o intuito de conhecer os seus comportamentos, valores, opiniões e atitudes referentes ao tema central. Através deste método, os dados recolhidos são preenchidos pelos inquiridos com o objetivo de obter o seu parecer face ao tema, de forma a ser possível analisar, descrever e relacionar posteriormente (Azevedo, 2003). Os questionários foram formulados por um conjunto de

questões abertas e fechadas, sendo recolhidas e posteriormente analisadas, interpretadas e organizadas em categorias a fim de terem significado, segundo a análise categorial, proposta por Bardin, (2009). Na formulação das questões, procurou-se uma linguagem acessível que se adequasse à população em estudo, a fim de evitar a ambiguidade. Foram executados 6 testes piloto a 3 pais e 3 técnicos, com o objetivo de assegurar a legibilidade das questões. Posteriormente e, ao verificar que não haviam dúvidas ou objeções, foram aplicados 12 questionários aos pais de crianças com PEA inscritas na associação *APPDA (Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo da Madeira)*, 2 questionários a psicólogos e 1 a uma psiquiatra inseridos na *SESARAM (Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira)* e 13 questionários a professores da *Escola Básica do 1º ciclo de S. Martinho*, todos com contacto direto com crianças com PEA.

Deste modo, foram aplicadas questões abertas e fechadas para que simultaneamente fosse dada liberdade ao inquirido nas respostas variadas e diversificadas, bem como adequar respostas ao pensamento do mesmo a fim de promover a rapidez, facilidade e simplificação do processo de análise estatística. Neste modelo utilizou-se a escala de *Likert* de 1 a 4, nas quais o inquirido escolhe a opção que mais se adequa à sua opinião, sendo que 1 equivale a Discordo totalmente, 2 a Discordo, 3 a Concordo, e 4 a Concordo totalmente. Para as questões abertas, as respostas foram categorizadas por meio de uma análise de conteúdo (Bardin, 2009) e posteriormente elaboraram-se gráficos que permitiram apresentar as conclusões. Para as questões fechadas foi realizada uma análise estatística e os resultados foram apresentados sob forma de quadros e gráfico, onde foi possível fazer a posterior interpretação das respostas e respetivas conclusões.

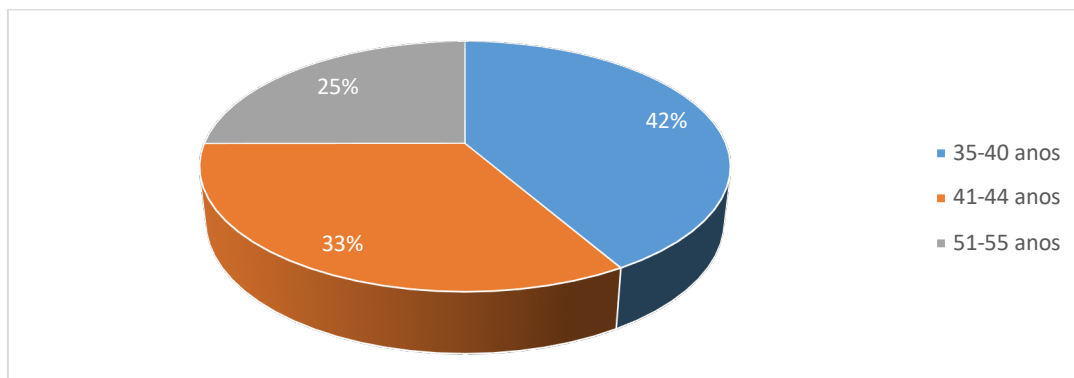
Para a análise estatística foi utilizado o *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Versão 23)*

9.5 Caracterização da amostra

A amostra da investigação é constituída por 12 pais com crianças com PEA e 16 técnicos de saúde, nomeadamente psicólogos, professores do 1.º ciclo e técnicos. Todos os inquiridos possuem experiência junto de crianças com PEA e exercem a sua função profissional no concelho do Funchal. Os participantes apresentam idades entre os 20 e os 60 anos ($M = 45$; $DP = 9$), sendo maioritariamente do sexo feminino. As crianças

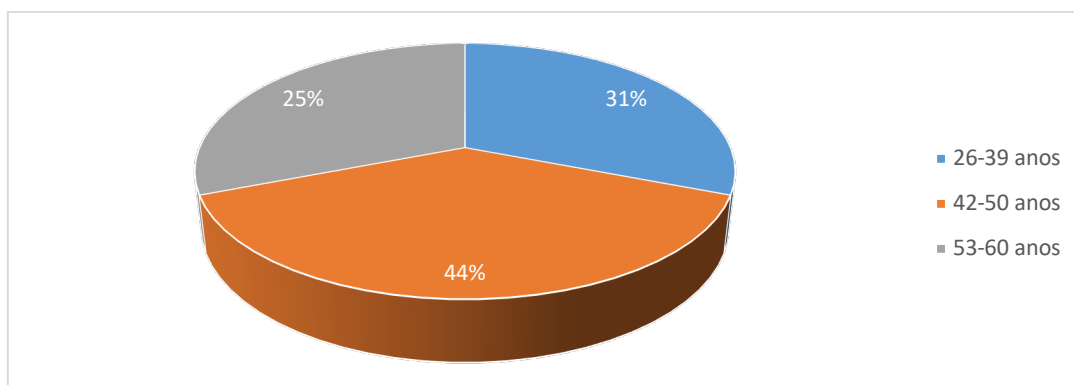
referenciadas, apresentam idades entre os 5 e os 10 anos ($M = 8$; $DP = 2$), sendo 12 do sexo masculino e 1 do sexo feminino.

Gráfico 1 – Percentagem da faixa etária dos pais

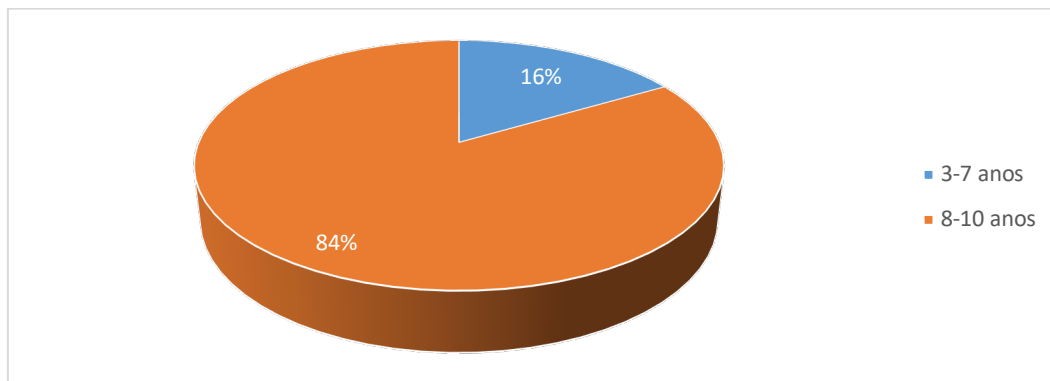


Como se pode observar no gráfico 1 os pais inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 35 anos e os 55 anos ($M = 43$; $DP = 6$), sendo que a maioria pertence ao intervalo entre os 35 anos e os 40 anos (42% da amostra).

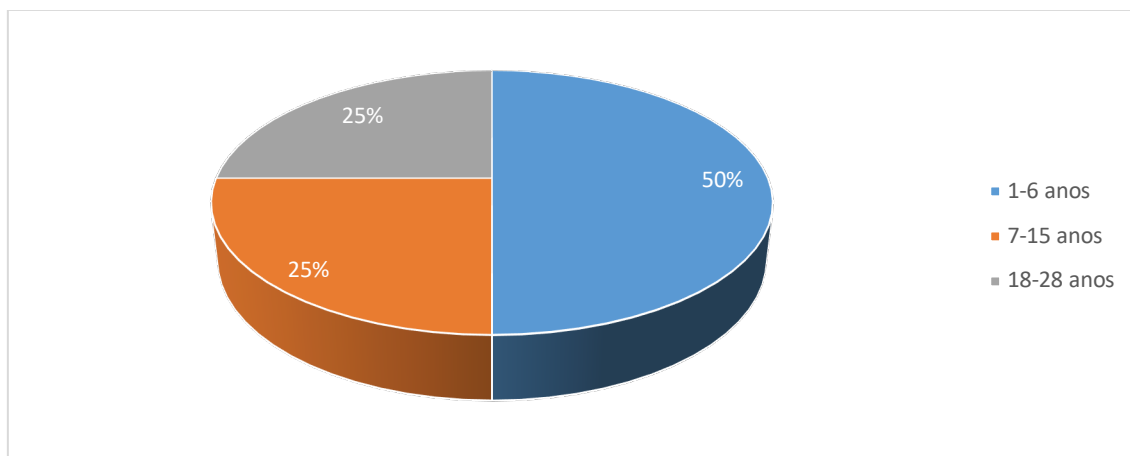
Gráfico 2 - Percentagem da faixa etária dos profissionais



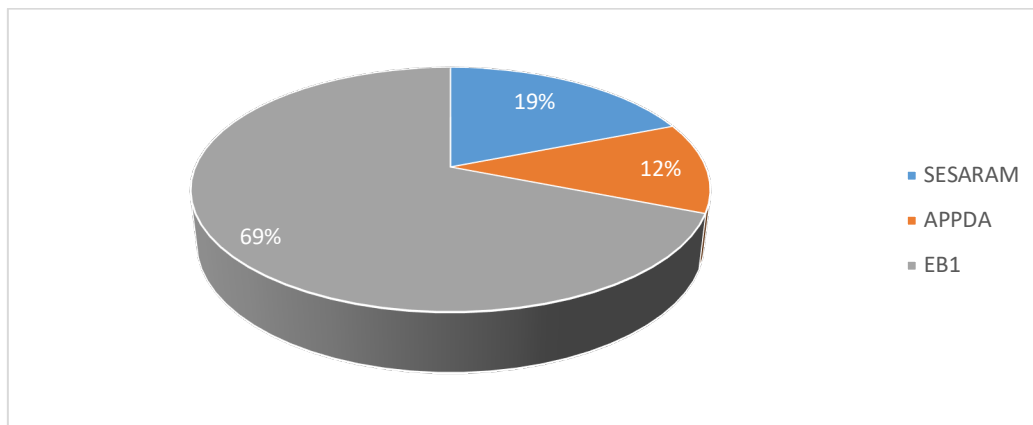
Os profissionais inquiridos apresentam idades entre os 26 anos e os 60 anos ($M = 47$; $DP = 10$), pelo que a maioria da amostra pertence ao intervalo de idades compreendidas entre os 42 anos e os 50 anos (44% da amostra) (Gráfico 2).

Gráfico 3 - Percentagem da faixa etária das crianças com PEA

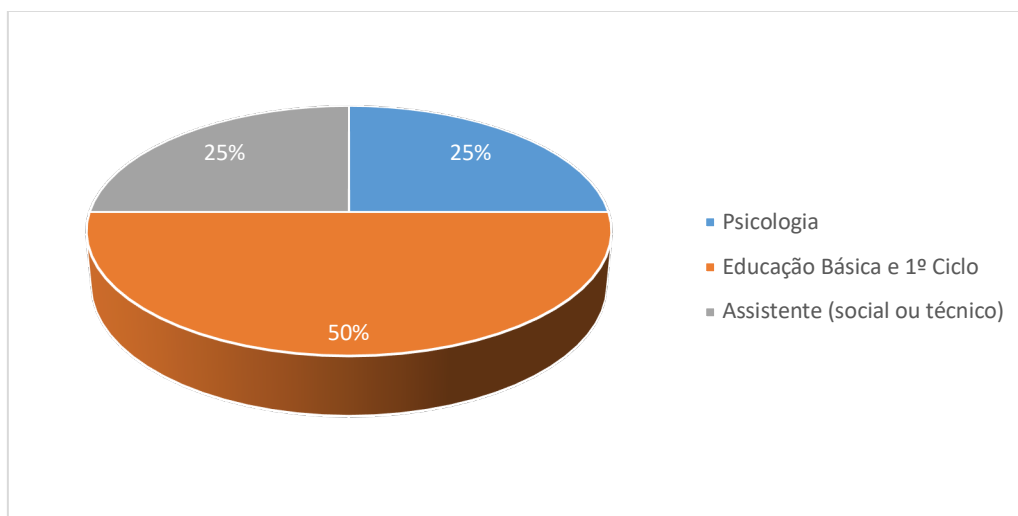
No que se refere às crianças com PEA, filhos dos pais inquiridos, estas apresentam idades entre os 3 anos e os 10 anos ($M = 8$; $DP = 2$), sendo que a maioria da amostra encontra-se no intervalo de idade compreendido entre os 8 anos e os 10 anos (84% da amostra).

Gráfico 4 – Percentagem do tempo de serviço dos profissionais

Os profissionais inquiridos apresentam tempo de serviço entre 1 ano e 28 anos ($M = 10$; $DP = 9$), pelo que a maioria possui entre 18 anos e 28 anos de contacto com crianças com esta perturbação (50%).

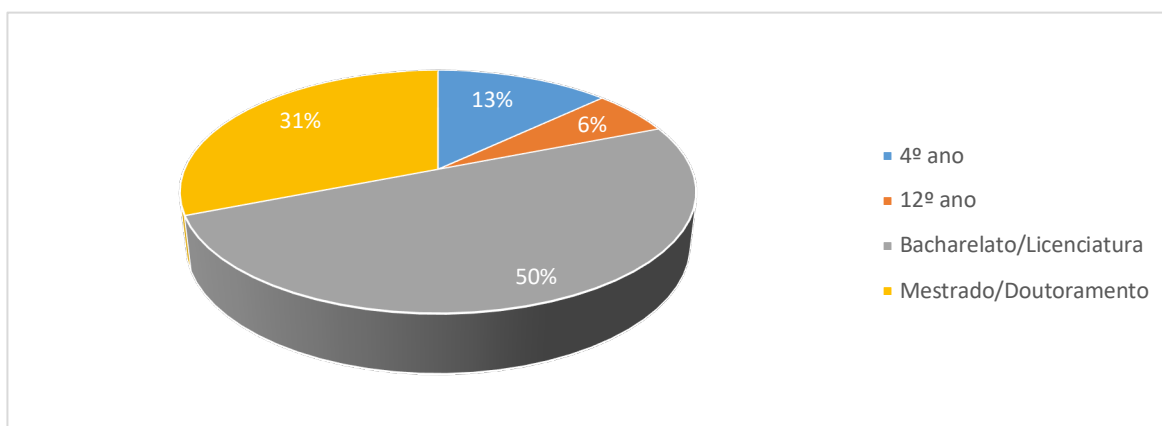
Gráfico 5 – Percentagem da entidade empregadora

Os profissionais que participaram no estudo pertencem à SESARAM, APPDA e EB1 (Escola Básica do 1º ciclo de S. Martinho). A maioria dos inquiridos é empregada pela EB1 (69%), seguidamente pela SESARAM (19%) e por fim pela APPDA (12%).

Gráfico 6 – Percentagem do tipo de profissão

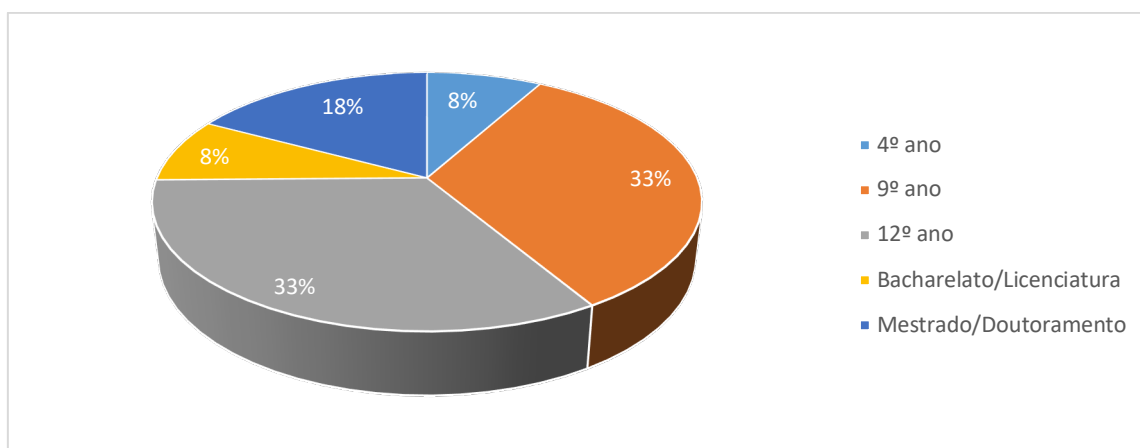
Os profissionais inquiridos apresentam as profissões de Psicologia ($n = 4$), Educação Básica e 1º Ciclo ($n = 8$), Assistente Social ($n = 1$) e Assistente Técnico ($n = 3$), sendo a profissão de professor titular a representativa da amostra (50%; $n = 8$).

Gráfico 7 – Percentagem das habilitações literárias dos profissionais

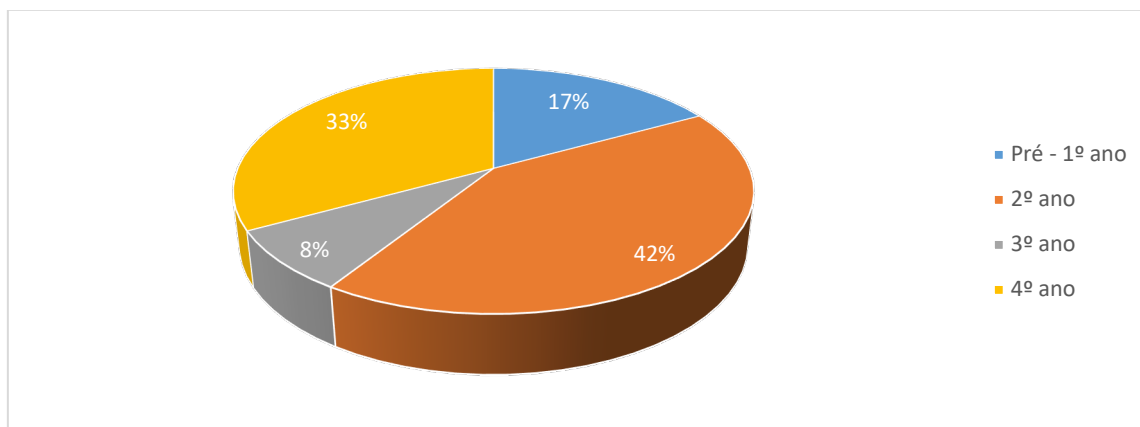


Dos profissionais inquiridos, 50% ($n = 8$), apresentam habilitação académica de Bacharelato ou Licenciatura, seguidamente 31% ($n = 5$), detêm Mestrado ou Doutoramento e os restantes 19% ($n = 2$), apresentam o 4º ano ou 12º ano de escolaridade.

Gráfico 8 – Percentagem das habilitações literárias dos pais



Relativamente às habilitações literárias dos pais, 66% ($n = 8$) da amostra apresenta 9º ano ou 12º ano, seguidamente 18% ($n = 2$), apresentam Mestrado/Doutoramento e os restantes 16% ($n = 2$) apresentam o 4º ano ou Bacharelato/Licenciatura.

Gráfico 9 – Percentagem do ano de escolaridade das crianças

As crianças com PEA referenciadas unicamente pelos pais apresentam escolaridade compreendida entre o pré-escolar e o 4º ano, sendo que a maior percentagem destas crianças está no 2º ano de escolaridade (42%; $n = 5$), seguidamente no 4º ano (33%; $n = 4$), pré-escolar ou 1º ano (17%; $n = 1$) e por fim 3º ano (8%; $n = 1$).

10. Apresentação dos resultados

Na análise às respostas obtidas através dos questionários apresentam-se seguidamente as respostas definidas através de categorias.

10.1 Questionário aos Pais

A análise das respostas à pergunta 3 “*O seu filho(a) já teve contacto com alguma forma de expressão artística?*” obtivemos que 50% ($n = 6$) responderam que Não e os restantes 50% ($n = 6$) responderam Sim. Das crianças que frequentaram uma atividade de expressão artística, 14% ($n = 1$) praticou expressão plástica, 57% ($n = 4$) música e as restantes 28% ($n = 2$) música e teatro na escola.

Na pergunta 4 em que se questionava se *Atualmente frequenta alguma atividade relacionada com a expressão dramática?*, obtivemos que 72% ($n = 8$) responderam que Não e os restantes 28% ($n = 3$) responderam Sim. As crianças que frequentam atualmente atividades artísticas estão na mesma escola (EB1), tiveram conhecimento pela mesma, praticam 1 vez por semana e há 1 mês ou 5 anos, respetivamente. Os pais das duas crianças que frequentam há 5 anos as atividades de música e teatro (mais de 3 meses), notaram alterações significativas, nomeadamente uma melhoria nas competências sociais

(e.g. relação interpessoal e ajustamento social), no reconhecimento e expressão de emoções e na redução dos comportamentos típicos de stresse (e.g. chorar, balançar).

Na pergunta 6 “*Considera benéfico que o(a) seu(sua) filho(a) frequente essas atividades?*”, constata-se que 83% ($n = 5$) dos pais responderam que Sim e os restantes 27% ($n = 1$) respondeu que Não. Os pais que consideram as atividades artísticas como benéficas, justificaram as suas opiniões com o facto que estas *promovem o autoconhecimento, a expressão de emoções e a capacidade de se colocar no lugar do outro*.

À pergunta 7 em que se inquiria “*Se respondeu Não, consideraria inscrever o seu filho(a) numa atividade de expressão dramática?*”) 66% ($n = 4$) dos pais responderam que Sim e os restantes 34% ($n = 2$) Não. Os pais que responderam positivamente afirmam que consideram inscrever os filhos nesta atividade *pelos benefícios inerentes à expressão dramática*, enquanto os dois pais que responderam negativamente afirmam que a expressão dramática *não ajuda na melhoria dos sintomas dos seus filhos*.

A tabela seguinte apresenta o número de respostas dadas pelos pais de acordo com cada comportamento.

Tabela 1 – Respostas dadas pelos pais referentes aos comportamentos dos filhos

| Comportamentos | SIM | NÃO | TOTAL |
|--|------------|------------|--------------|
| <i>Movimentos repetitivos (ex. balançar)</i> | 7 | 5 | 12 |
| <i>Medos excessivos (ex. algum animal)</i> | 3 | 9 | 12 |
| <i>Impulsividade (ex. jogar os brinquedos)</i> | 3 | 9 | 12 |
| <i>Irritável</i> | 4 | 8 | 12 |
| <i>Preocupa-se demasiado</i> | 6 | 6 | 12 |
| <i>Sente-se deprimido</i> | 0 | 12 | 12 |
| <i>Incapacidade em concentrar-se</i> | 8 | 4 | 12 |

De acordo com a tabela 1 verificamos que a maioria das crianças apresenta incapacidade em concentrar-se ($n = 8$), seguidamente movimentos repetidos ($n = 7$), preocupação em demasia ($n = 6$), irritabilidade ($n = 4$), sendo menos comum a presença de medos excessivos ($n = 3$) e impulsividade ($n = 3$).

Seguidamente, apresenta-se a tabela com as percentagens das respostas dadas pelos pais a cada item. As respostas mais frequentes encontram-se destacadas.

Tabela 2 – Percentagem de respostas dadas pelos pais

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | Total |
|--|---|-------------------|-----------------|-----------------|-------------------|--------------|
| | | <i>Discordo</i> | <i>Discordo</i> | <i>Concordo</i> | <i>Concordo</i> | Total |
| | | <i>totalmente</i> | | | <i>Totalmente</i> | |
| <i>(...) uma melhor capacidade de comunicação</i> | N | - | - | 6 | 6 | 12 |
| | % | - | - | 50% | 50% | 100% |
| <i>(...) uma melhor relação com os outros</i> | N | - | - | 5 | 7 | 12 |
| | % | - | - | 42% | 58% | 100% |
| <i>(...) autoconhecimento</i> | N | 1 | - | 6 | 5 | 12 |
| | % | 8% | - | 50% | 42% | 100% |
| <i>(...) gestão do stresse e ansiedade nas situações do dia a dia</i> | N | - | - | 8 | 4 | 12 |
| | % | - | - | 67% | 34% | 100% |
| <i>(...) reconhecimento de emoções</i> | N | - | - | 4 | 8 | 12 |
| | % | - | - | 32% | 67% | 100% |
| <i>(...) desenvolvimento da empatia (colocar-se no lugar do outro)</i> | N | - | - | 5 | 7 | 12 |
| | % | - | - | 42% | 58% | 100% |
| <i>(...) desenvolvimento das capacidades de observação</i> | N | - | - | 6 | 6 | 12 |
| | % | - | - | 50% | 50% | 100% |
| <i>(...) estimulação da criatividade</i> | N | - | - | 4 | 8 | 12 |
| | % | - | - | 34% | 67% | 100% |
| <i>(...) desinibição</i> | N | - | - | 4 | 8 | 12 |
| | % | - | - | 34% | 66% | 100% |
| <i>(...) desenvolvimento de capacidades para improvisar</i> | N | - | - | 4 | 8 | 12 |
| | % | - | - | 34% | 66% | 100% |
| <i>(...) uma melhoria das respostas às situações</i> | N | - | - | 8 | 5 | 12 |
| | % | - | - | 67% | 33% | 100% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|-----|-----|------|
| <i>inesperadas do dia a dia</i> | | | | | | |
| <i>(...) competências de gestão de conflitos e resolução de problemas</i> | | | | | | |
| | N | - | - | 7 | 5 | 12 |
| | % | - | - | 58% | 42% | 100% |
| <i>(...) desenvolvimento das capacidades de atenção e concentração</i> | | | | | | |
| | N | - | - | 5 | 7 | 12 |
| | % | - | - | 42% | 58% | 100% |
| <i>(...) desenvolvimento da capacidade de memória</i> | | | | | | |
| | N | - | - | 4 | 8 | 12 |
| | % | - | - | 34% | 66% | 100% |
| <i>(...) desenvolvimento da autoestima e autoconfiança</i> | | | | | | |
| | N | - | - | 7 | 5 | 12 |
| | % | - | - | 58% | 42% | 100% |
| <i>(...) competências sociais de cooperação e colaboração em grupo</i> | | | | | | |
| | N | - | - | 4 | 8 | 12 |
| | % | - | - | 34% | 66% | 100% |
| <i>(...) uma melhoria dos sintomas da PEA</i> | | | | | | |
| | N | - | - | 5 | 7 | 12 |
| | % | - | - | 42% | 58% | 100% |

De acordo com a Tabela 2, conclui-se que a maioria dos pais inquiridos *concorda totalmente* com os benefícios da prática teatral representados nos vários itens, suportando a percentagem de respostas da afirmação final, na qual 58% dos pais *concorda totalmente* que a expressão dramática contribui para a melhoria dos sintomas da PEA, sendo que os restantes 42% *concordam*.

10.2 Questionário aos Técnicos

Neste questionário foi pedido aos inquiridos que escolhessem um caso de uma criança com PEA e seguidamente responder às questões apresentadas. A tabela seguinte

apresenta o número de respostas dadas pelos profissionais de saúde e técnicos, referentes à presença ou ausência de determinados comportamentos nessa criança.

Tabela 3 – Respostas dadas pelos técnicos e profissionais de saúde referentes aos comportamentos da criança

| Comportamentos | SIM | NÃO | TOTAL |
|--|------------|------------|--------------|
| <i>Movimentos repetitivos (ex. balançar)</i> | 10 | 6 | 16 |
| <i>Medos excessivos (ex. algum animal)</i> | 10 | 6 | 16 |
| <i>Impulsividade (ex. jogar os brinquedos)</i> | 8 | 8 | 16 |
| <i>Irritável</i> | 4 | 8 | 16 |
| <i>Preocupa-se demasiado</i> | 2 | 14 | 16 |
| <i>Sente-se deprimido</i> | 2 | 14 | 16 |
| <i>Incapacidade em concentrar-se</i> | 11 | 5 | 16 |

De acordo com a tabela 3 verificamos que segundo os técnicos a maioria das crianças apresenta incapacidade em concentrar-se ($n = 11$), seguidamente movimentos repetidos ($n = 10$) e medos excessivos ($n = 10$), impulsividade ($n = 8$), irritabilidade ($n = 4$), sendo menos comum a presença de preocupação em demasia ($n = 2$) e sintomas depressivos ($n = 2$).

Na questão “*Existem outros tipos de comportamento/s frequentes?*”, 88% ($n = 14$) dos técnicos inquiridos responderam positivamente, enquanto 12% ($n = 2$) respondeu negativamente. Outros comportamentos assinalados incluem *dificuldades na relação interpessoal, isolamento, expressão de emoções e dificuldade no pensamento abstracto*.

Na questão 3 “*Tem conhecimento se atualmente frequentam alguma atividade relacionada com a expressão dramática?*” 85% ($n = 11$) responderam que Não e os restantes 15% ($n = 2$) responderam que Sim, sendo que as entidades facilitadoras eram a escola e o grupo *Dançando com a diferença* com um prática semanal de pelo menos 1 vez por semana.

Na questão 5 “*Considera que existem algumas alterações nos comportamentos mais frequentes destas crianças /jovens, no decorrer destas atividades de expressão dramática?*” todos os inquiridos responderam Sim e sinalizaram alterações no comportamento, nomeadamente na *relação interpessoal, ajustamento social e pensamento abstracto*.

Na questão 6 “*Considera benéfico que estas crianças e jovens frequentem estas atividades?*” todos os inquiridos responderam positivamente, referindo que os principais benefícios incluem a *melhoria da capacidade de relação com o outro* e das *competências sociais, do pensamento abstrato e da criatividade*.

Na questão 7 “*Considera ser importante sugerir aos pais destas crianças e jovens a sua inscrição numa atividade de expressão dramática?*”, 87% ($n = 14$) responderam Sim e os restantes 13% ($n = 2$) Não. Os inquiridos que responderam Sim assinalaram os motivos da pergunta anterior como justificação para a sua resposta, ou seja, reconhecem benefícios e desejam transmiti-los aos pais. Os inquiridos que responderam Não, *não reconhecem benefícios da expressão dramática na melhoria dos sintomas da PEA* e assim, *não recomendam aos pais*.

Seguidamente apresenta-se a tabela com as percentagens de respostas dadas pelos profissionais de saúde de acordo com cada item. As respostas mais frequentes encontram-se destacadas a laranja.

Tabela 4 – Percentagens das respostas dadas pelos profissionais e técnicos

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | Total |
|--|---|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| | | <i>Discordo</i> | <i>Discordo</i> | <i>Concordo</i> | <i>Concordo</i> | <i>Totalmente</i> |
| | | <i>totalmente</i> | | | | |
| <i>(...) uma melhor capacidade de comunicação</i> | N | - | - | 5 | 11 | 16 |
| | % | - | - | 31% | 69% | 100% |
| <i>(...) uma melhor relação com os outros</i> | N | - | - | 2 | 14 | 16 |
| | % | - | - | 12% | 88% | 100% |
| <i>(...) o autoconhecimento</i> | N | - | - | 7 | 9 | 16 |
| | % | - | - | 44% | 56% | 100% |
| <i>(...) gestão do stresse e ansiedade nas situações do dia a dia</i> | N | - | 2 | 7 | 7 | 16 |
| | % | - | 14% | 43% | 43% | 100% |
| <i>(...) reconhecimento de emoções</i> | N | - | - | 4 | 8 | 16 |
| | % | - | - | 32% | 67% | 100% |
| <i>(...) desenvolvimento da empatia (colocar-se no lugar do outro)</i> | N | - | - | 5 | 11 | 16 |
| | % | - | - | 31% | 69% | 100% |
| <i>(...) desenvolvimento das capacidades de observação</i> | N | - | - | 5 | 11 | 16 |
| | % | - | - | 31% | 69% | 100% |
| <i>(...) estimulação da criatividade</i> | N | - | - | 3 | 13 | 16 |
| | % | - | - | 19% | 81% | 100% |
| <i>(...) desinibição</i> | N | - | - | 6 | 10 | 16 |
| | % | - | - | 37% | 63% | 100% |

| | | | | | | |
|--|--------|---------|---------|-----------|-----------|------------|
| (...) desenvolvimento de capacidades para improvisar | N % | - | - | 5 31% | 11 69% | 16 100% |
| (...) uma melhoria das respostas às situações inesperadas do dia a dia | N % | - | - | 10 63% | 6 37% | 16 100% |
| (...) competências de gestão de conflitos e resolução de problemas | N % | - | - | 7 43% | 9 56% | 16 100% |
| (...) desenvolvimento das capacidades de atenção e concentração | N % | - | - | 4 25% | 12 75% | 16 100% |
| (...) desenvolvimento da capacidade de memória | N % | - | - | 4 25% | 12 75% | 16 100% |
| (...) desenvolvimento da autoestima e autoconfiança | N % | - | - | 5 31% | 11 69% | 16 100% |
| (...) competências sociais de cooperação e colaboração em grupo | N % | - | - | 5 31% | 11 69% | 16 100% |
| (...) uma melhoria dos sintomas da PEA | N % | 1 6% | 1 6% | 6 38% | 8 50% | 16 100% |

De acordo com a tabela 4, conclui-se que a maioria dos profissionais e técnicos inquiridos *concorda totalmente* com os benefícios da prática teatral representados nos itens do questionário, suportando a percentagem de respostas da afirmação final na qual 50% dos mesmos *concorda totalmente* que a *expressão dramática contribui para a melhoria dos sintomas da PEA*, sendo que 38% ($n = X$) *concordam* e os restantes dois inquiridos *discordam* ou *discordam totalmente*. Após a análise das respostas destes dois inquiridos, verificou-se uma incongruência na sua avaliação, já que as respostas aos itens anteriores foram unicamente *concordo totalmente* ou *concordo* e na afirmação final (*uma melhoria dos sintomas da PEA*) *discordo* ou *discordo totalmente*. Tendo em atenção que os itens são representativos dos benefícios da expressão dramática na PEA fundamentados pela literatura, o facto das respostas às mesmas terem sido positivas ao longo do questionário, é contraditório pela resposta no último item, contribuindo para a inconsistência da opinião.

11. Discussão de Resultados

Da análise aos resultados obtidos constata-se que os pais, técnicos e profissionais de saúde *concordam ou concordam totalmente* com os benefícios da Expressão Dramática na melhoria dos sintomas. Os pais inquiridos consideram a hipótese de inscrever os seus filhos numa atividade com fundo dramático e os profissionais e técnicos, consideram que será importante sugerir aos pais dos utentes a prática desta atividade.

Das crianças referidas que frequentam atualmente atividades de expressão dramática há pelo menos 3 meses, tanto os pais como os profissionais assinalaram melhorias e uma evolução significativa em áreas como as competências sociais (e.g. comunicação, relacionamento interpessoal), pensamento abstrato e diminuição dos comportamentos depressivos, como o choro e o isolamento. Os resultados obtidos vão ao encontro da literatura, suportando o teatro enquanto intervenção nos défices transversais da PEA de forma de ajudar os indivíduos a identificarem pistas sociais e a reconhecerem as expressões faciais, para além de desenvolverem competências sociais, de comunicação recíproca e de movimento (Corbett, et. al, 2011). Os estudos desenvolvidos por Corbett e colaboradores (2017) encontraram resultados similares defendendo que a Expressão Dramática e o teatro são importantes meios enquanto promoção de um espaço de criação e recriação de situações e interações sociais, que incluem a observação, interpretação e articulação de pensamentos e sentimentos do outro, bem como do mundo em redor. A entidade que faculta as atividades de teatro às crianças sinalizadas com melhorias significativas é a EB1 Escola Básica do 1º ciclo de S. Martinho e as aulas de expressão dramática em que estão inseridas incluem técnicas teatrais tais como a improvisação, *role-play*, cenas ensaiadas e espetáculos finais, mencionadas na literatura como fortes promotoras do desenvolvimento dos défices na PEA (Corbett et al., 2011) e percecionadas nos casos inquiridos.

Não obstante o papel importante da Expressão Dramática e a sua importante contribuição para o desenvolvimento das crianças, o panorama regional na RAM (Região Autónoma da Madeira) face ao envolvimento das crianças com PEA em atividades dramáticas é significativamente baixo. Os resultados obtidos suportam esta realidade, sendo que a maioria significativa das crianças não frequentam nenhuma atividade relacionada com a expressão dramática. Contudo e, apesar do envolvimento com a

expressão dramática atualmente ser diminuto, metade dos pais das crianças com PEA responderam positivamente quando perguntado se estas tiveram contacto com alguma forma de expressão artística no passado, incluindo atividades como a expressão plástica, dança e música.

Em jeito de conclusão, os pais, técnicos e profissionais atribuem uma importância elevada à expressão dramática enquanto terapia complementar às terapias convencionais, revelando melhorias significativas nas áreas mencionadas pela literatura (e.g. competências sociais, comunicação recíproca) nas crianças aludidas que praticam há pelo menos 3 meses este tipo de atividade. O panorama regional na RAM (Região Autónoma da Madeira) face ao envolvimento destas crianças em atividades artísticas e dramática é substancialmente baixo, revelando um défice social na promoção de grupos habilitados a dar resposta às necessidades destas crianças e de cimentar um programa de intervenção estruturado com base em técnicas de teatro, além do grupo já existente (GTEF), já que este foca o trabalho na produção e apresentação de espetáculos e não uma abordagem terapêutica. O facto de serem poucas as entidades que facultam atividades artísticas na região, reduz significativamente a opção de escolha destes e poderá dificultar muito do desenvolvimento que esta atividade poderia facultar possibilitando que estas crianças conseguissem otimizar o seu potencial.

12. Considerações Finais

Através de uma investigação de carácter exploratório, descritivo e correlacional, permitiu elucidar sobre a importância atribuída pelos pais e técnicos de saúde à Expressão Dramática na intervenção em crianças com PEA, analisar as alterações comportamentais e compreender o panorama regional face à mesma intervenção. Espera-se que este contributo possa constituir-se uma mais-valia para um melhor conhecimento da realidade e, sobretudo, para se poder apoiar as famílias neste processo.

Concluimos que tanto os pais como os profissionais de saúde atribuem importância ao teatro enquanto forma de terapia complementar e percebem benefícios substanciais nas áreas das competências sociais e na comunicação nos seus filhos e nos utentes que frequentam atividades de teatro há pelo menos 3 meses. O panorama regional é desfavorável, já que uma parte significativa da amostra não apresenta envolvimento com a atividade dramática ou artística atualmente.

O presente estudo teve como limitações a metodologia utilizada (questionário) e a participação dos pais e profissionais no preenchimento dos questionários. Referente ao recurso a questionário, as desvantagens residem na possível superficialidade das respostas, conduzindo à provável falta de autenticidade dos dados analisados. A recolha dos questionários revelou-se um obstáculo, pois os inquiridos mostraram-se reticentes ou indisponíveis em participar neste estudo, sendo que os participantes demoraram 3 semanas a 1 mês a preencher os mesmos questionários. Como vantagens, este método promoveu condições essenciais para a validade das respostas, foi um meio rápido e acessível para obter informações e facilitou o tratamento e análise dos dados.

Em jeito de conclusão, tanto os pais como os profissionais de saúde atribuem importância à Expressão Dramática e ao teatro enquanto forma de terapia complementar no entanto, torna-se fundamental sensibilizar os intervenientes com contacto direto com estas crianças, a motivar os pais para inscrever os filhos numa atividade dramática ou artística a fim de promover um ambiente de promoção ao desenvolvimento dos comportamentos em défice e desta forma, contribuir para uma melhor qualidade de vida destas crianças. O papel de todos os intervenientes é fundamental nesta mudança, já que o trabalho multidisciplinar está inerente à intervenção na PEA. O teatro fornece assim um espaço facilitador do desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais por meio de exercícios desenvolvidos ao longo de séculos, desde a antiguidade grega, com benefícios atualmente comprovados aquando numa intervenção clínica na PEA (Corbett et al., 2011; Corbett et al., 2014; Corbett et al., 2016; Corbett, Blain, Ioannou, & Balser, 2017; Peter, 2003; Wright et al., 2006). Cabe assim à sociedade e aos intervenientes, facultarem opções para os pais e dotarem os profissionais de saúde de competências para que o teatro se transforme numa terapia complementar estruturada na RAM, a fim de contribuir para o desenvolvimento pessoal e bem-estar destas crianças.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5)*. Lisboa: Climepsi Editores
- Antunes, N.L. (2012). *Mal-entendidos*. (7ª Ed.) Lisboa: Verso da Kapa; Edição de Livros, Lda
- Araújo, A. C. & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, XVI (1), 67-82
- Azevedo, C. (2003). *Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. Lisboa: Universidade Católica;
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Persona. Edições 70, Lda
- Bellini, S. (2006). Focus on Autism and Other Developmental Disabilities.
- Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A fifteen year review. *Understanding other minds: Perspectives from developmental cognitive neuroscience*, 2, 3-20.
- Bosa, C. A. (2006). Autismo: Intervenções psicoeducacionais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(SUPPL. 1), 47–53.
- Bosa, C. A. (2001). As relações entre autismo, comportamento social e função executiva. *Psicologia: reflexão e crítica*, 14(2), 281-287.
- Bosa, C., & Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 1–14.
- Braga, C. (2010). *Perturbações do Espectro do Autismo e Inclusão: atitudes e representações dos pais, professores e educadores de infância*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial – Área de Especialização em Dificuldades de Aprendizagem Específicas
- Charlop-Christy, M. H., Carpenter, M., Le, L., LeBlanc, L. A., & Kellet, K. (2002). Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 35(3), 213-231.
- Chaste, P., & Leboyer, M. (2012). Autism risk factors: Genes, environment, and gene-environment interactions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(3), 281–292.
- Corbett, B. A., Blain, S. D., Ioannou, S., & Balsler, M. (2017). Changes in anxiety following a randomized control trial of a theatre-based intervention for youth with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(3), 333–343.

Corbett, B. A., Key, A. P., Qualls, L., Fecteau, S., Newsom, C., Coke, C., & Yoder, P. (2016). Improvement in Social Competence Using a Randomized Trial of a Theatre Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(2), 658–672.

Corbett, B. A., Newsom, C., Key, A. P., Qualls, L. R., & Edmiston, E. K. (2014). Examining the relationship between face processing and social interaction behavior in children with and without autism spectrum disorder. *Journal of neurodevelopmental disorders*, 6(1), 35.

Corbett, B. A., Swain, D. M., Coke, C., Simon, D., Newsom, C., Houchins-Juarez, N., ... Song, Y. (2014). Improvement in social deficits in autism spectrum disorders using a theatre-based, peer-mediated intervention. *Autism Research*, 7(1), 4–16.

Corbett, B. A., Gunther, J. R., Comins, D., Price, J., Ryan, N., Simon, D., ... & Rios, T. (2011). Brief report: theatre as therapy for children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(4), 505–511.

Costa, J. Almeida & Melo, A. Sampaio. (s.d.). Dicionário de Língua portuguesa. Porto: Porto Editora

Coleta, N. (2012). *Crianças Autistas A Balneoterapia como Facilitadora dos processos Interativos*. Lisboa: Instituto Piaget

Daniel, J. T., & Wood, J. J. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for Children With Autism : Review and Considerations for Future Research. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34, 702–715.

Deth, R., Muratore, C., Benzecry, J., Power-Charnitsky, V. A., & Waly, M. (2008). How environmental and genetic factors combine to cause autism: A redox/methylation hypothesis. *NeuroToxicology*, 29(1), 190–201.

Ecker, C., Marquand, A., Mourão-Miranda, J., Johnston, P., Daly, E. M., Brammer, M. J., ... & Murphy, D. G. (2010). Describing the brain in autism in five dimensions—magnetic resonance imaging-assisted diagnosis of autism spectrum disorder using a multiparameter classification approach. *Journal of Neuroscience*, 30(32), 10612–10623.

Fadirepo, a a. (2013). Acting Skill; A Panacea to Stresse Management Technique. *IFE Psychologia*, 21(3), 110–114.

Fischbach, G. D., & Lord, C. (2010). The simons simplex collection: A resource for identification of autism genetic risk factors. *Neuron*, 68(2), 192–195.

Gupta, A. R., & State, M. W. (2006). Autismo: Genética. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(SUPPL. 1), 29–38.

Jamain, S., Quach, H., Betancur, C., Råstam, M., Colineaux, C., Gillberg, I. C., ... & Bourgeron, T. (2003). Mutations of the X-linked genes encoding neuroligins NLGN3 and NLGN4 are associated with autism. *Nature genetics*, 34(1), 27.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Happé, F. G. E. (1996). Studying weak central coherence at low levels: Children with autism do not succumb to visual illusions. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(7), 873–877.

Fernandes, M.G. (2010). *O Estudo de uma Família com uma Criança Autista*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação Especialização em Educação Especial

Harari, M. D. (2015). “To Be On Stage Means To Be Alive” Theatre Work with Education Undergraduates as a Promoter of Students’ Mental Resilience.

Hartigan, P. (2012). Using Theater to Teach Social Skills: Researchers Document Improvements for Children with Autism. *Education Digest: Essential Readings Condensed For Quick Review*, 77(9), 30–34.

Hill, E. L. (2003). Executive dysfunction in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(1), 26–32.

Hill, E. L. (2004). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental Review*, 24(2), 189–233.

Heidi Jeanet Larsson, William W. Eaton, Kreesten Meldgaard Madsen, Mogens Vestergaard, Anne Vingaard Olesen, Esben Agerbo, Diana Schendel, Poul Thorsen, Preben Bo Mortensen; Risk Factors for Autism: Perinatal Factors, Parental Psychiatric History, and Socioeconomic Status, *American Journal of Epidemiology*, Volume 161, Issue 10, 15 May 2005, Pages 916–925

Kempe, A. (2014). Developing social skills in autistic children through “Relaxed Performances.” *Support for Learning*, 29(3), 261–274.

Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, 4(2), 117-132.

Larsson, H. J., Eaton, W. W., Madsen, K. M., Vestergaard, M., Olesen, A. V., Agerbo, E., ... & Mortensen, P. B. (2005). Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status. *American journal of epidemiology*, 161(10), 916-925.

Levitt, P., & Campbell, D. B. (2009). The genetic and neurobiologic compass points toward common signaling dysfunctions in autism spectrum disorders. *The Journal of clinical investigation*, 119(4), 747-754.

Lenz, A. S., Holman, R. L., & Dominguez, D. L. (2010). Encouraging connections: Integrating expressive art and drama into therapeutic social skills training with adolescents. *Journal of Creativity in Mental Health*, 5(2), 142-157.

Loynes, F. (2001). The Impact of Autism on Child Development, (June), 1–7.

Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo. Ensaio de uma Intervenção Construtivista e Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Quarteto Editora.

Magill-Evans, J., & Koning, C. (2015). Social and language skills in adolescent boys with Asperger. *SAGE Publications and The and National Autistic Society*, 5, 23–36.

Magnusson, C., Rai, D., Goodman, A., Lundberg, M., Idring, S., Svensson, A., ... & Dalman, C. (2012). Migration and autism spectrum disorder: population-based study. *The British journal of psychiatry*, 201(2), 109-115.

Morais, T. (2012). *Modelo Teacch – Intervenção Pedagógica em Criança com Perturbações do espectro do Autismo*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação variante Educação Especial

Moreno, J. L. (1978). *Psicodrama*. Editora Cultrix.

Pellicano, E., Murray, M., Durkin, K., & Maley, A. (2006). Multiple cognitive capabilities/deficits in children with an autism spectrum disorder: “Weak” central coherence and its relationship to theory of mind and executive control. *Development and Psychopathology*, 18(1), 77–98.

Pereira, M. C., Serra, H. (2006). *Autismo – Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.

Rodgers, J., Glod, M., Connolly, B., & Mcconachie, H. (2012). The Relationship Between Anxiety and Repetitive Behaviours in Autism Spectrum Disorder, 2404–2409. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1531-y>

Silverman, T. (2006). Drama Therapy Theoretical Perspectives. In Brooke, S.L. (Ed.), *Creative Arts Therapies Manual* (pp. 223-231). Springfield, IL: Charles C. Thomas

Tantam, D. (2000). Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome. *SAGE Publications and The and National Autistic Society*, 4 (1), 47–62.

Welsh, J. (2000). Reducing patient stress in theatre. *British Journal of Perioperative Nursing*, 10(6), 321–327.

Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Van Dyke, M., Decker, K., Fujii, C., ... & Spiker, M. (2009). Brief report: Effects of cognitive behavioral therapy on parent-reported autism symptoms in school-age children with high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(11), 1608.

Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Jones, M. B., Bryson, S. E., Maclean, J. E., Mahoney, W. J., ... & Tuff, L. (2002). Pregnancy and birth complications in autism and liability to the broader autism phenotype. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(5), 572-579.

Apêndices

Apêndice 1- Consentimento Informado



Consentimento Informado

Os questionários que se seguem inserem-se numa investigação de Mestrado em Psicologia da Educação, a decorrer na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins. Este estudo aborda a

No âmbito desta investigação, é necessário recolher dados através de questionários. A análise destes dados vai permitir uma melhor compreensão sobre esta temática, permitindo que se possa, no futuro, ajudar de uma forma mais eficaz estas famílias. Por tudo isso, a sua participação é extremamente importante, pelo que solicitamos a vossa colaboração no presente estudo.

Neste sentido, solicita-se o preenchimento dos questionários anexos a este pedido.

Os questionários são anónimos e todos os dados aqui recolhidos são totalmente confidenciais. Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com as respostas dos outros participantes.

Os questionários apresentam, no início, instruções de preenchimento. É muito importante que preencha a todas as questões para que os dados possam ser corretamente analisados. Nestes questionários **não há respostas certas ou erradas**, o mais importante é mesmo a sua opinião. O preenchimento dos questionários é fácil e de curta duração, e deve ser respondido individualmente.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade em colaborar e participar neste estudo.

Consentimento

Declaro ter tido conhecimento sobre a génese do estudo em causa e do seu carácter anónimo e confidencial, e consentido a utilização das respostas declaradas nos questionários para futura investigação científica.

Data ___/___/___

Data ___/___/___

Assinatura do Investigador

Assinatura do Participante

Apêndice 2- Questionário aos Pais

QUESTIONÁRIO AOS PAIS***- A Expressão Dramática e a Perturbação do Espectro do Autismo -***

Assinale com um X a opção que melhor corresponde à sua situação ou à situação do(a) seu(sua) filho(a), ou responda o que considera ser mais adequado.

Obrigado pela sua colaboração!

DADOS PESSOAIS DO PAI / MÃE

Género: M F

Data de nasc.: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Profissão: _____

Estado marital: solteiro(a) casado(a) união de facto
divorciado(a)

Escolaridade:

4º ano (4ª classe) 6º ano
9º ano 12º ano

Bacharelato/Licenciatura Mestrado/Doutoramento

Grau de Parentesco com a criança/jovem:

FILHO(A) COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO (PEA)

Género: M F

Data de nasc.: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Frequenta / frequentou a Escola: Sim Não

Ano de escolaridade: _____

Frequenta/frequentou alguma Associação para crianças / jovens com PEA :

Sim Não

Assinale com um X os comportamentos que o seu filho apresenta com mais frequência:

| | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Movimentos repetitivos (ex. balançar) | <input type="checkbox"/> | Preocupa-se demasiado | <input type="checkbox"/> |
| Medos excessivos (ex. algum animal) | <input type="checkbox"/> | Sente-se deprimido | <input type="checkbox"/> |
| Existem outros tipos de comportamento/s frequentes? | | | |
| Impulsividade (ex. jogar os brinquedos) | <input type="checkbox"/> | Incapacidade em concentrar-se | <input type="checkbox"/> |

Irritável

O seu filho(a) já teve contacto com alguma forma de expressão artística?

SIM NÃO

Se SIM, que tipo de expressão artística?

Atualmente frequenta alguma atividade relacionada com a expressão dramática?

SIM NÃO

Se respondeu SIM, por favor responda às questões que se seguem (Se não frequenta passe diretamente para a questão 7).

Qual a entidade que faculta as atividades? _____

Como teve conhecimento da existência da atividade? _____

Com que regularidade frequenta? _____

Há quanto tempo frequenta? _____

Caso frequente há pelo menos 3 meses, notou alguma alteração nos comportamentos mais frequentes da criança/jovem?

SIM NÃO

Que alterações notou? _____

Notou alguma diferença no comportamento geral da criança / jovem ?

SIM NÃO

Se respondeu SIM, por favor descreva:

Em que áreas mais específicas notou essas alterações?

Considera benéfico que o(a) seu(sua) filho(a) frequente essas atividades?

SIM NÃO

Se respondeu SIM, por favor refira quais os principais benefícios: _____

—

Se respondeu NÃO, consideraria inscrever o seu filho(a) numa atividade de expressão dramática?

SIM NÃO

Porquê? _____

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito à importância da expressão dramática no desenvolvimento de certas competências na vida pessoal. Numa escala de 1 a 5, marque com uma cruz (X) o valor que melhor descreve a sua opinião relativamente à afirmação descrita. Por favor responda a todas as afirmações.

Para cada afirmação escolha apenas a alternativa que considera mais adequada

| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |

Frequentar aulas de teatro contribui para:

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (...) uma melhor capacidade de comunicação | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|

| | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|
| (...) uma melhor relação com os outros | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) o autoconhecimento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) gestão do stress e ansiedade noas situações do dia a dia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) reconhecimento de emoções | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento da empatia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento das capacidades de observação | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) estimulação da criatividade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desinibição | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento de capacidades para improvisar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) uma melhoria das respostas às situações inesperadas do dia a dia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) competências de gestão de conflitos e resolução de problemas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento das capacidades de atenção e concentração | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento da capacidade de memória | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento da autoestima e autoconfiança | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) competências sociais de cooperação e colaboração em grupo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) uma melhoria dos sintomas da PEA | 1 | 2 | 3 | 4 |

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice 3 – Questionário aos profissionais e técnicos de saúde

QUESTIONÁRIO AOS TÉCNICOS
- A Expressão Dramática e a Perturbação do Espectro do
Autismo -

Assinale com um X a opção que melhor corresponde à sua situação ou à opção que é a sua opinião, decorrente do trabalho que tem vindo a desenvolver com crianças e jovens com Perturbação do Espectro do Autismo.

Obrigado pela sua colaboração!

DADOS PESSOAIS

Género: M F

Data de nasc.: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Profissão: _____

Instituição empregadora: _____

Escolaridade:

4º ano (4ª classe) 6º ano
 9º ano 12º ano

Bacharelato/Licenciatura Mestrado/Doutoramento

Grau de Parentesco com a criança/jovem:

Há quanto tempo trabalha com crianças ou jovens com Perturbação do Espectro do Autismo?

Que tipo de trabalho desempenha com estas crianças ou jovens com Perturbação do Espectro do Autismo?

DADOS DE OPINIÃO

Assinale com um X a opção que melhor corresponde à sua opinião, decorrente do trabalho que tem vindo a desenvolver com crianças e jovens com Perturbação do Espectro do Autismo. Deve responder tendo em atenção as crianças ou jovens com quem trabalha, utilizando um questionário para cada criança.

Obrigado pela sua colaboração!

UTENTES COM PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO (PEA)

Assinale com um X os comportamentos que apresentam com mais frequência:

Movimentos repetitivos (ex. balançar) Preocupam-se demasiado

Medos excessivos (ex. algum animal) Sente-se deprimido

Existem outros tipos de comportamento/s frequentes?

Impulsividade (ex. jogar os brinquedos) Incapacidade em concentrar-se

Irritáveis

Tem conhecimento algum dos seus utentes já teve contacto com alguma forma de expressão artística?

SIM NÃO

Se SIM, que tipo de expressão artística?

Tem conhecimento se atualmente frequentam alguma atividade relacionada com a expressão dramática?

SIM NÃO

Se respondeu SIM, por favor responda às questões que se seguem (Se não frequentam passe diretamente para a questão 7).

Qual a entidade que faculta as atividades? _____

Qual a regularidade com que esta entidade disponibiliza atividades a estas crianças /jovens?

Uma vez por semana
 Duas vezes por semana
 Três vezes por semana
 Quatro vezes por semana
 Cinco dias por semana

Considera que existem algumas alterações nos comportamentos mais frequentes destas crianças /jovens, no decorrer destas atividades de expressão dramática?

SIM NÃO

Se respondeu SIM, que alterações assinala como mais relevantes? (Se respondeu NÃO, passe à questão 6)

Em que áreas mais específicas notou essas alterações?

Considera benéfico que estas crianças e jovens frequentem estas atividades?

SIM NÃO

Se respondeu SIM, por favor refira quais os principais benefícios: _____

Considera ser importante sugerir aos pais destas crianças e jovens a sua inscrição numa atividade de expressão dramática?

SIM NÃO

Porquê? _____

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito à importância da expressão dramática no desenvolvimento de certas competências na vida pessoal. Numa escala de 1 a 5, marque com uma cruz (X) o valor que melhor descreve a sua opinião relativamente à afirmação descrita. Por favor responda a todas as afirmações. Para cada afirmação escolha apenas a alternativa que considera mais adequada.

| Discordo totalmente | Discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |

Frequentar aulas de teatro contribui para:

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (...) uma melhor capacidade de comunicação | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) uma melhor relação com os outros | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) o autoconhecimento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) gestão do stress e ansiedade nas situações do dia-a-dia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) reconhecimento de emoções | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento da empatia (colocar no lugar do outro) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento das capacidades de observação | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) estimulação da criatividade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desinibição | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento de capacidades para improvisar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) uma melhoria das respostas às situações inesperadas do dia-a-dia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) competências de gestão de conflitos e resolução de problemas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento das capacidades de atenção e concentração | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|
| (...) desenvolvimento da capacidade de memória | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) desenvolvimento da autoestima e autoconfiança | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) competências sociais de cooperação e colaboração em grupo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (...) uma melhoria dos sintomas da PEA | 1 | 2 | 3 | 4 |

Obrigado pela sua colaboração!