

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Escola Superior de Educação e Comunicação

**Intervenção Precoce em crianças com  
Perturbação do Espectro do Autismo  
- Perceções dos profissionais, pais,  
familiares e / ou encarregados de  
educação**

**Marta Cristina Alves de Sousa Servo**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre  
em Educação Especial

Trabalho Orientado pela Professora Doutora Maria Helena Martins

Faro  
2018

UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
Escola Superior de Educação e Comunicação

**Intervenção Precoce em crianças com  
Perturbação do Espectro do Autismo  
- Perceções dos profissionais, pais,  
familiares e / ou encarregados de  
educação**

Mestrado em Educação Especial

Orientadora: Professora Doutora Maria Helena Martins

Orientanda: Marta Cristina Alves de Sousa Servo

N.º 56670

Faro  
2018

## **Crianças, Intervenção, Autismo.**

### **Declaração de autoria de trabalho:**

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

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**

Para a elaboração desta investigação contei com a amizade e o apoio de várias pessoas. Nomeadamente, agradeço em primeiro lugar, à minha orientadora, Professora Doutora Maria Helena Martins, muitas vezes através de *emails*, embora se encontrasse numa fase complexa da sua vida, mas que sempre me apoiou.

À minha família e ao meu namorado que sempre estiveram comigo.

Aos professores de Mestrado, com a transmissão de conceitos científicos, conhecendo novas caras.

Agradeço também a alguns funcionários da Biblioteca Municipal de Beja e da Biblioteca da UALG que sempre estiveram disponíveis para me auxiliarem no que fosse possível.

À família e amigos pelo seu apoio, ajudando assim, para que nunca desistisse.

## **Resumo**

O tema desta investigação resulta da seguinte questão: “Como percebem e qual a relevância que os Pais e Encarregados de Educação de crianças com PEA e os Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce atribuem à colaboração e envolvimento familiar?”. Para dar resposta a esta questão procedeu-se a um estudo de carácter descritivo e interpretativo, em que se optou pela elaboração de inquérito por questionários destinados a Pais, Familiares e / ou Encarregados de Educação e a Educadores e Técnicos de Intervenção Precoce. Utilizou-se uma amostra não probabilística, por conveniência, a familiares e / ou Encarregados de Educação de crianças diagnosticadas com a Perturbação do Espectro do Autismo ou com características dessa patologia ( $n = 30$ ) e profissionais de Intervenção Precoce a trabalhar com crianças e famílias ( $n = 30$ ). Pretendeu-se analisar como se processa e desenvolve a colaboração entre pais e outros familiares e / ou Encarregados de Educação e os Educadores de Infância e outros Técnicos de Intervenção Precoce. Da análise aos resultados obtidos conclui-se de um modo geral que, quer o envolvimento da família quer o envolvimento da intervenção precoce, são essenciais e imprescindíveis para o desenvolvimento da criança num todo. A partir dos dados analisados, pode-se verificar que existiu esse acompanhamento tanto por parte dos pais e familiares inquiridos, como por parte da escola e da equipa de Intervenção Precoce.

Palavras-chave: **Crianças, Intervenção, Autismo.**

## **Abstract**

The subject of this research is the result of the following question: "How do they perceive and what is the relevance that parents and guardians of children with PEA and the Technicians working in Early Intervention attribute to collaboration and family involvement?". In order to answer this question, a descriptive and interpretative study was carried out, in which a questionnaire survey was designed for Parents, Family and / or Educators and Early Intervention Educators and Technicians. A non-probabilistic sample for convenience was used, which included family members and / or caregivers of children diagnosed with Autism Spectrum Disorder or with characteristics of this pathology ( $n = 30$ ) and Early Intervention professionals working with children and families ( $n = 30$ ). The intention was to analyze how collaboration between parents and other family members and / or teachers and Early Childhood Educators and other Early Intervention Technicians is processed and developed. From the analysis to the results obtained, it is generally concluded that both the involvement of the family and the involvement of early intervention are essential for the integral development of the child. Based on the data analyzed, it can be verified that this monitoring was carried out by parents and family members, as well as by the school and the Early Intervention team.

**Keywords:** Children, intervention, autism.

# Índice Geral

Agradecimentos .....	ii
Resumo .....	iii
Índice Geral.....	v
Índice de Tabelas .....	vii
Índice de Figuras .....	viii
Índice de Apêndices.....	ix
Índice de Anexos .....	x
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1 - A Intervenção Precoce – Definições e modelos.....</b>	<b>5</b>
1.1. Percurso histórico da Intervenção Precoce.....	5
1.2. O Sistema Nacional de Intervenção Precoce.....	7
1.3. A importância da Intervenção Precoce.....	9
1.4. A colaboração e o envolvimento dos diversos intervenientes.....	11
<b>Capítulo 2 - A Perturbação do Espectro do Autismo.....</b>	<b>15</b>
2.1. Definição de conceitos.....	15
2.2. Características das crianças .....	16
2.3. Sinais e sintomas de alerta.....	19
2.4. Como diagnosticar.....	25
<b>Capítulo 3 – A colaboração da família e envolvimento dos diversos técnicos na Intervenção Precoce de crianças com PEA .....</b>	<b>31</b>
3.1. A importância da família .....	31
3.2. O envolvimento da família na Intervenção precoce .....	32
3.3. A colaboração dos professores e dos vários intervenientes com crianças com PEA .....	34
<b>PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>38</b>

<b>Capítulo 4 – Objetivos</b> .....	<b>39</b>
4.1. A problemática da investigação.....	39
4.2. Objetivo geral e objetivos específicos .....	39
<b>Capítulo 5 – Metodologia</b> .....	<b>40</b>
5.1. Desenho do estudo.....	40
5.2. Participantes / Amostra.....	41
5.3. Instrumentos .....	42
5.3.1. Caracterização dos questionários destinados a pais, familiares e / ou encarregados de educação .....	43
5.3.2. Caracterização dos questionários destinados aos educadores e profissionais que trabalham em Intervenção Precoce.....	44
5.4. Procedimentos .....	45
5.4.1. Procedimentos da recolha de dados .....	46
5.4.2. Procedimentos da análise de dados.....	46
<b>Capítulo 6 - Apresentação dos resultados</b> .....	<b>47</b>
6.1. Apresentação dos resultados dos questionários destinados a pais, familiares e / ou encarregados de educação .....	47
6.2. Apresentação dos resultados dos questionários destinados aos educadores e profissionais que trabalham em Intervenção Precoce.....	52
<b>Capítulo 7 - Discussão e análise dos resultados</b> .....	<b>56</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>63</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>67</b>
<b>Apêndices</b> .....	<b>71</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>76</b>

# Índice de Tabelas

Tabela 1. Idades das Crianças.....	48
Tabela 2. Dificuldades das crianças .....	49
Tabela 3. Crianças com diagnóstico .....	50
Tabela 4. Terapias.....	50
Tabela 5. Como veem a escola para o seu educando.....	51
Tabela 6. Tempo de serviço dos profissionais.....	53
Tabela 7. Dificuldades da criança (segundo educadores e técnicos que trabalham em Intervenção Precoce) .....	55

# Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo da Ecologia de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (Correia, 2000).

..... 13

# Índice de Apêndices

Apêndices .....	71
Apêndice 1- Consentimento Informado .....	72
Apêndice 2- Questionário destinado aos Pais, familiares e / ou Encarregados de Educação .....	73
Apêndice 3 - Consentimento Informado .....	74
Apêndice 4 - Questionário destinado aos Educadores e Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce.....	75

# Índice de Anexos

ANEXOS .....	76
ANEXO 1- Desenvolvimento da linguagem e sinais de alerta (Rombert, 2013).....	77
ANEXO 2- Critérios de Diagnóstico DSM-5.....	78
ANEXO 3- Níveis de gravidade para a perturbação do espectro do autismo (DSM-5).	79

## INTRODUÇÃO

Com este estudo, pretende-se estudar a Intervenção Precoce em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo - Perceções dos profissionais, pais, familiares e / ou encarregados de educação.

O tema desta investigação surgiu da importância atribuída na literatura científica à Intervenção Precoce, uma vez que, quanto mais cedo for iniciada uma intervenção, mais harmonioso será, no futuro, o desenvolvimento das crianças com autismo. Como problema central, resultante da mesma, surge a seguinte questão: “Como percebem e qual a relevância que os Pais e Encarregados de Educação de crianças com PEA e os Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce atribuem à colaboração e envolvimento familiar?” Especificamente pretendeu-se analisar como se processa e desenvolve a colaboração entre pais e outros familiares e / ou Encarregados de Educação e os Educadores de Infância e outros Técnicos de Intervenção Precoce. Como objetivos específicos visou-se: (i) compreender a importância da Intervenção Precoce junto das crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo e (ii) conhecer as perceções dos pais / família e / ou encarregados de educação sobre as manifestações / características do Autismo e como é que os familiares de crianças com esta patologia intervêm.

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) são perturbações do neurodesenvolvimento que afetam indivíduos em diferentes níveis – comportamental, linguístico e social – e em diferentes magnitudes (APA, 2013). De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da *American Psychiatric Association* (APA, 2013), as manifestações comportamentais que definem a PEA são défices na comunicação e interação e na reciprocidade social. Para além destas, observa-se ainda um padrão de comportamentos e um conjunto de interesses e atividades restritos. Os sintomas, quando tomados conjuntamente, devem dificultar ou limitar o funcionamento normal do indivíduo (APA, 2013). A PEA caracteriza-se por défices em dois domínios nucleares: défices na comunicação social e interação social e, o segundo baseia-se nos padrões repetitivos restritos de comportamento, interesses e atividades (DSM-5, 2013).

Segundo a literatura científica é fundamental a Intervenção Precoce na Infância, serviço este que consiste no conjunto de serviços multidisciplinares dirigidos às crianças desde o nascimento até aos seis anos, promovendo a saúde da criança e o seu bem-estar,

umentando competências emergentes, minimizando os atrasos a nível do desenvolvimento, remediando incapacidades existentes, prevenindo a deteriorização funcional e promovendo um funcionamento parental e familiar adaptativo. Estes objetivos são atingidos através do fornecimento de serviços individuais a nível da educação, do desenvolvimento e da terapia para as crianças ligadas a um apoio recíproco planeado para as suas famílias (Shonkoff & Meisels, 2000, citados por Carvalho, 2011).

Assim sendo, o Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) funciona por articulação das estruturas representativas dos seguintes Ministérios: (i) Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Área da Ação Social; (ii) Ministério da Saúde, Área da Saúde e, por último; (iii) Ministério da Educação, Área da Educação onde se inclui o Apoio Pedagógico Especializado, em colaboração direta com as famílias, coordenado pela Comissão de Coordenação do SNIPI (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro). Consequentemente, de acordo com o Artigo 4.º, o SNIPI tem como objetivos:

- a) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através das acções de IPI em todo o território nacional;
- b) Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso e de desenvolvimento;
- c) Intervir, após a detecção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- d) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- e) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro).

As crianças são consideradas como o alicerce de uma sociedade saudável e sólida. Daí, ser fundamental apostar no desenvolvimento, a todos os níveis, de cada criança em geral e das crianças com problemas de desenvolvimento em especial, de modo, a que estas sejam apoiadas desde cedo. Nos dias de hoje, a infância tem um valor e uma importância que nunca teve ao longo da história. Assim, o Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro refere que:

O SNIPI abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.

As perturbações do neurodesenvolvimento, tal como a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) são perturbações com início no período de desenvolvimento. Tal como

referem Rogers e Dawson (2010) os primeiros sintomas do autismo sugerem que os sintomas cerebrais suportam o desenvolvimento social e da linguagem, sendo estes, afetados. A PEA caracteriza-se por défices em dois domínios nucleares: défices na comunicação social e interação social e, o segundo baseia-se nos padrões repetitivos restritos de comportamento, interesses e atividades (DSM-5, 2013).

A família é fundamental para o desenvolvimento de qualquer criança. De acordo com Cunha (2010, citado por Filho, Nogueira, Silva, & Santiago, 2016), a criança depende dos familiares, enquanto membros sociais mais competentes e fornecedores de cuidados básicos necessários à satisfação de suas necessidades, exercendo uma enorme influência no seu desenvolvimento.

Relativamente à metodologia optou-se por realizar uma investigação qualitativa e quantitativa, uma vez que houve uma estruturação realizada a partir das fontes bibliográficas relativamente ao tema deste estudo, seguindo para a aplicação de questionários. A aplicação dos questionários a uma amostra permitiu conhecer melhor o que pensam pais / encarregados de educação e profissionais que trabalham na Equipa de I. P., os objetivos da investigação elaborados no decurso da primeira fase, as quais se completam por recurso às informações recolhidas e codificadas (Ghiglione & Matalon, 1993).

Para a construção dos inquéritos por questionários e definição das respetivas questões, começámos por fazer uma reflexão, a partir dos objetivos do estudo, interrogando-nos sobre a forma como se pudessem produzir conclusões que respondessem à nossa problemática. Para tal, usou-se uma amostra não probabilística, por conveniência constituída por 30 familiares e / ou Encarregados de Educação de crianças diagnosticadas com a Perturbação do Espectro do Autismo ou com características dessa patologia ( $N = 30$ ) e de 30 profissionais de Intervenção Precoce ( $N = 30$ ). A seleção de critérios de inclusão na amostra foram: pais, familiares e / ou encarregados de educação de crianças com PEA ou com características desta patologia e técnicos a trabalhar com crianças e famílias.

A estrutura deste trabalho encontra-se dividida por Introdução, Enquadramento Teórico, Estudo Empírico, Capítulos: 4, 5, 6 e 7, Considerações Finais, Referências Bibliográficas, Apêndices e Anexos. No capítulo 1, com o título “A Intervenção Precoce – definições e modelos”, é abordado o percurso histórico da Intervenção Precoce, o Sistema Nacional (SNIPI); a sua importância e, por último, a colaboração e

envolvimento dos diversos intervenientes. No capítulo 2 caracteriza-se “A Perturbação do Espectro do Autismo”, define-se o conceito, caracterizam-se das crianças com PEA, nomeiam-se os sinais e sintomas de alerta e sugere-se como diagnosticar. No capítulo 3, intitulado “A Colaboração da Família e envolvimento dos diversos técnicos na Intervenção Precoce de crianças com PEA”, refere-se a importância da família, o seu envolvimento e, por fim a colaboração entre professores e outros intervenientes. Posteriormente, segue-se o capítulo 4 – objetivos, onde são abordados a problemática da investigação e os objetivos gerais e específicos. No capítulo 5 – Metodologia, apresenta-se o desenho do estudo, os participantes / amostra, os instrumentos, a caracterização dos questionários destinados a pais, familiares e / ou encarregados de educação, a caracterização dos questionários destinados aos educadores e profissionais que trabalham em Intervenção Precoce, os procedimentos da recolha de dados e os procedimentos da análise de dados. No capítulo 6 trata-se da apresentação dos resultados dos questionários destinados a pais, familiares e / ou encarregados de educação e da apresentação dos resultados dos questionários destinados aos educadores e profissionais que trabalham em Intervenção Precoce. No capítulo 7 apresenta-se a discussão e análise dos dados, algumas limitações do estudo e, por fim, as considerações finais.

# **PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **Capítulo 1 - A Intervenção Precoce – Definições e modelos.**

### **1.1. Percorso histórico da Intervenção Precoce**

As crianças são consideradas como o alicerce de uma sociedade saudável e sólida, uma vez que, a maneira como uma cultura ou sociedade trata os seus filiados mais jovens, tem uma influência enorme na forma como estes irão crescer, prosperar e ser vistos pelos outros (Shonkof & Meisels, 2000, citados por Carvalho, 2011). Daí, ser fundamental apostar no desenvolvimento, a todos os níveis, de cada criança em geral e das crianças com problemas de desenvolvimento em especial, de modo, a que estas sejam apoiadas desde cedo.

Nos dias de hoje, a infância tem um valor e uma importância que nunca teve ao longo da história, em que cada criança que nascia era mais um braço de trabalho para colaborar no sustento familiar. Em primeiro lugar, o que se esperava da criança eram os serviços

que deveria prestar com o seu trabalho e, posteriormente, a proteção aos seus pais. Enquanto bebês, eram prestados os cuidados essenciais à sua sobrevivência. O seu lugar restringia-se ao berço e a morte era considerada normal na primeira infância. Caso tal situação acontecesse, depressa um novo irmão o substituiria. No decorrer da infância, a criança era privada da convivência familiar, pois vivia à sombra dos adultos, imitando-os, já que não havia quem lhe explicasse o mundo. Simplesmente, a criança aprendia com a experiência, entrando, assim, de forma progressiva nas evidências dos adultos e, tal como eles, sujeitava-se à “força das coisas” (Gomes-Pedro, 1995, citado por Carvalho, 2011).

A partir do século XVIII, com os movimentos do Iluminismo e do Protestantismo, é que a infância assume o papel de etapa diferenciada da idade adulta, o que fez com que, a partir de então, tivesse também um tratamento diferenciado. Assim, surge então um novo sentimento em relação à família, por parte dos seus membros e a criança passa a ser vista e acarinhada como fruto do amor dos pais. Também a escola é prevista como um lugar de socialização específico junto de outras crianças, em que para além de instruir, promove competências sociais e morais que lhes permitirão a integração no mundo dos adultos, um dia mais tarde (Almeida, 2000, citado por Carvalho, 2011).

Na entrada do século XXI, impõe-se o respeito pela criança, o valor do seu saudável desenvolvimento, a ideia de que esse é um período determinante, tal como revelam bastantes estudos relativamente à construção do conceito de criança, surgindo como natural e evidente o interesse pelo atendimento às necessidades da criança e pela educação pré-escolar (Carvalho, 2011).

De acordo com a Constituição Portuguesa, as crianças têm direito à proteção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, devendo ser protegidas em especial contra todas as formas de abandono, de discriminação, de opressão e contra o exercício abusivo da autoridade da família e das demais instituições. O Estado assegura especial atenção às crianças órfãs, abandonadas ou de qualquer forma privadas de um ambiente familiar normal (Ministério da Educação, 2000, citado por Carvalho, 2011).

Muito embora a criança esteja protegida pela legislação em vigor, que lhe dá o direito de ser ouvida sempre que se trate de um assunto importante que lhe diga respeito, nos dias de hoje, nem sempre isso acontece na prática. Há razões de diferentes ordens que se impõem, de forma imperativa, nomeadamente, razões de desenvolvimento humano, razões económicas, razões educacionais, razões sociais e, por fim, razões morais, que o tornam imperativo e inadiável (Carvalho, 2011).

Concretamente, o Decreto-Lei n.º 314/78 de outubro define um quadro orientador de intervenção da sociedade e do Estado, no âmbito dos menores, com especial responsabilidade relativamente às crianças que se encontrem em situações de perigo quanto à sua saúde, formação moral ou quando a educação do menor ou o interesse da criança não estiverem assegurados.

A *Convenção sobre os Direitos da Criança* adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 1989 e validada por Portugal em 1990 vem reforçar a necessidade de garantir uma proteção especial à criança.

Saliente-se que, Portugal foi um dos primeiros países que aderiu à *Convenção sobre os Direitos da Criança*, que determina a iminência de olhar a criança como um ser de direitos e de responsabilidades, salientando-se os seguintes direitos: (i) de ser amada; (ii) de ser cuidada pela família ou sua substituta, tal como, pelos professores e educadores; (iii) de ser estimulada pelo ambiente e pela comunidade que a rodeia e, por último; (iv) ser ouvida.

Neste contexto, os serviços de Intervenção Precoce têm vindo a ser valorizados e têm sido influenciados, de forma significativa, pela história da educação das crianças, antes da entrada para o 1.º Ciclo.

Os aspetos centrais dos primeiros programas de Intervenção Precoce baseiam-se num currículo centrado na criança, num ênfase no início da socialização da criança fora da família, num aumento da compreensão do desenvolvimento e numa crença quanto à importância dos primeiros anos para a evolução de competências quer sociais, emocionais e intelectuais. Este modelo conceptual, juntamente com a multiplicidade de recursos, de técnicas e de materiais, encontra-se na base das atividades dos programas contemporâneos da Intervenção Precoce (Carvalho, 2011).

## **1.2. O Sistema Nacional de Intervenção Precoce**

Relativamente a este ponto, onde se trata do Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI), constata-se que existem preocupações claras de intervir precocemente e com o objetivo na infância de ajudar crianças e famílias a progredir. Assim, o Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro refere que:

O SNIPI abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas atividades típicas para a

respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.

Com o SNIPI, as crianças que realmente necessitam de Intervenção Precoce têm esse apoio entre os 0 e os 6 anos, de modo a ajudá-las a ter uma vida com a melhor qualidade possível, dentro das suas limitações.

De acordo com literatura da área constata-se que em 2004, em Portugal, não existia um consenso sobre o que se entende por Intervenção Precoce. O conceito era utilizado com frequência, mas aplicado a modelos e práticas bastante distintas. Por vezes, essas práticas privilegiam predominantemente certos aspetos, sendo estes: (i) ou de carácter de prevenção; (ii) ou de carácter de remediação (Breia, Ameida, & Coloa, 2004).

Já no Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro é mencionado que a Intervenção Precoce na infância é “o conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante acções de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social” (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro).

O termo “Intervenção Precoce” tem várias definições. Em 1994, Bairrão definia o conceito como “... o produto de uma evolução histórica, científica e organizacional” (p. 45). Neste contexto, Bailey e Wolery (1992, p. 45) mencionavam que o termo de I. P. tem sido usado “para descrever uma variedade de serviços para crianças com NEE e suas famílias (Carvalho, 2011). De uma forma mais ampla, em 1994, Moore et al., definiam Intervenção Precoce como “...todas as actividades de estimulação dirigidas à criança e de orientação aos pais, que são implementados como consequência direta de um problema de desenvolvimento” (Carvalho, 2011, p. 46).

Assinale-se que para Almeida (1997, p. 46) a I.P. “não designa uma forma específica de intervenção, mas engloba um grande número de diferentes tipos de prestação de serviços que variam, em função de fatores, tais como as necessidades da criança, as necessidades ou preferências da família, ou recursos disponíveis ou o modelo teórico dos técnicos” (Carvalho, 2011).

Na infância, a Intervenção Precoce consiste no conjunto de serviços multidisciplinares dirigidos às crianças desde o nascimento até aos seis anos, promovendo a saúde da criança e o seu bem-estar, aumentando competências emergentes, minimizando os atrasos a nível do desenvolvimento, remediando incapacidades existentes, prevenindo a deteriorização funcional e promovendo um funcionamento parental e familiar adaptativo. Estes objetivos são atingidos através do fornecimento de

serviços individuais a nível da educação, do desenvolvimento e da terapia para as crianças ligadas a um apoio recíproco planeado para as suas famílias (Shonkoff & Meisels, 2000, citados por Carvalho, 2011).

Assim sendo, o SNIPI funciona por articulação das estruturas representativas dos seguintes Ministérios: (i) Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Área da Ação Social; (ii) Ministério da Saúde, Área da Saúde e, por último; (iii) Ministério da Educação, Área da Educação onde se inclui o Apoio Pedagógico Especializado, em colaboração direta com as famílias, coordenado pela Comissão de Coordenação do SNIPI (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro). Consequentemente, de acordo com o Artigo 4.º, o SNIPI tem como objetivos:

- f) Assegurar às crianças a protecção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através das acções de IPI em todo o território nacional;
- g) Detectar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso e de desenvolvimento;
- h) Intervir, após a detecção e sinalização nos termos da alínea anterior, em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento;
- i) Apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação;
- j) Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro).

As crianças elegíveis são consideradas crianças com deficiência comprovada ou com manifesto atraso de desenvolvimento global, podendo estas ser provenientes de famílias disfuncionais e em situações de riscos biológico e ambiental.

### **1.3. A importância da Intervenção Precoce**

Quanto mais cedo houver uma intervenção precoce, melhor será o desenvolvimento da criança num todo. Em 1982, já se falava no termo precocidade, sendo este, definido por um conjunto de ações que têm início mesmo antes do nascimento. Trata-se pois de uma perspectiva que valoriza a importância da qualidade de vida da família e, principalmente, da grávida. A precocidade da intervenção prende-se com a deteção e diagnóstico das situações e sinalização correspondente para os programas (Breia, Almeida, & Colôa, 2004).

No entender de Oliveira (2010) com o estudo: *A intervenção precoce no autismo e trissomia 21: orientações para boas práticas de intervenção*, concluiu que a Intervenção Precoce na infância é uma área que tem vindo a gerar uma maior de investigação, e que

continuará, futuramente, a necessitar que os investigadores continuem a investir nela. O tema das boas práticas, embora reconhecido por alguns autores como essencial para os anos vindouros, é também considerado por outros algo que não vale a pena procurar, dado que cada caso é único, e nomeadamente em determinadas patologias em que a variabilidade é grande, o que é boa prática num caso, poderá não o ser noutra. Além disso, parece que ser importante procurar um conjunto de práticas, baseadas nos resultados da investigação, que tenham provado ser eficazes. Sendo que, estas servirão para homogeneizar os métodos utilizados por diferentes equipas, em diferentes locais, e ainda para garantir que é prestado à criança e à sua família, o melhor apoio possível, de acordo com as intervenções que demonstrarem ser eficazes.

Além disso, a Convenção dos Direitos da Criança engloba 54 artigos divididos em quatro categorias de direitos, tais como, os *direitos à sobrevivência*, como por exemplo, o direito a cuidados adequados; os direitos relativos *ao desenvolvimento*, por exemplo, o direito à educação; os direitos relativos *à protecção*, por exemplo, o direito de ser protegida contra a exploração e os direitos *de participação* por exemplo, o direito de exprimir a sua própria opinião (Declaração dos Direitos da Criança, 1990).

Tal constatação vai ao encontro do que é defendido pelo Ministério da Educação (2000, citado por Carvalho, 2011, p. 31):

“é urgente olhar para a criança como um ser de direitos e de responsabilidade, com o direito a ser amada, cuidada pela família ou sua substituta, pelos seus educadores e professores, estimulada pelo ambiente e pela comunidade que a rodeia e, sobretudo, com direito a ser ouvida”.

Por conseguinte, os objetivos da Intervenção Precoce são os seguintes: (i) apoiar as famílias no sentido de atingirem os seus objetivos, em que, a criança faz parte do sistema familiar, tendo como finalidade, atender a criança de acordo com as estruturas, valores e funções familiares; (ii) promover o envolvimento, a independência e a competência da criança, de modo a proporcionar à criança interações o menos possível, com o auxílio de outros, adquirindo novas competências que resultem de situações específicas de envolvimento; (iii) promover o seu desenvolvimento em todas as áreas chave, visto que, o objetivo da intervenção é reduzir o atraso do desenvolvimento e promover alterações no comportamento, pensamento, sentimento e competências em múltiplas áreas de funcionamento, pois, o desenvolvimento ocorre em parte devido ao amadurecimento e também através das interações com o ambiente físico e social; (ix) promover e apoiar o desenvolvimento social da criança, uma vez que as crianças com necessidades educativas

especiais têm dificuldade em estabelecer interações sociais; (v) promover o uso generalizado das competências adquiridas, já que, os programas devem garantir que a criança utiliza o que aprende, isto é, que um comportamento aprendido em determinada situação possa ser observado num contexto diferente do da aprendizagem; (vi) proporcionar e preparar a criança para experiências de vida normalizantes, de modo, a proporcionar à criança que as suas experiências se aproximem o máximo possível das vivências comuns das outras crianças; por último, (vii) prevenir a emergência de problemas ou alterações futuras, se bem que, esta função de prevenção inclua prevenções: primária, secundária e terciária (Bailey & Wolery, 1992, citados por Carvalho, 2011).

Porém, apesar dos argumentos justificativos da Intervenção Precoce, nem sempre estes serviços têm recebido os apoios necessários. No que respeita aos objetivos delineados, tem-se assistido a alguma controvérsia, (Castro & White, 1993, citados por Shonkoff & Meisels, 2000; Carvalho, 2011). Ainda, segundo outros autores, em relação a modelos e métodos adotados, não se trata de uma área pacífica (Anastasiow & Mansergh 1975, citados por Shonkoff & Meisels, 2000; Carvalho, 2011).

Autores como Bailey e Wolery (1992, citados por Breia, Almeida & Colôa, 2004, p. 27) sugerem sete objetivos gerais que devem constar na prestação de serviços da I. P., tais como:

- (i) Dar apoio às famílias no sentido de as ajudar a atingir os seus próprios objectivos;
- (ii) Promover o envolvimento, a independência e a competência da criança;
- (iii) Promover o desenvolvimento da criança em domínio chave;
- (iv) Promover e apoiar a competência social da criança;
- (v) Promover a generalização das competências da criança;
- (vi) Proporcionar à criança experiências de vida normalizantes;
- (vii) Prevenir a emergência de problemas ou alterações futuras.

Deste modo, os programas de I. P. deverão ser bastante abrangentes, tendo em conta as variáveis implicadas.

#### **1.4. A colaboração e o envolvimento dos diversos intervenientes**

A Intervenção Precoce intervém no envolvimento da família e na sua participação ativa em todo o processo de intervenção, respeitando-a nas tomadas de decisão sobre as suas crianças, trabalhando em equipas, integradas por profissionais de formação diferenciada, vocacionadas para o desenvolvimento da criança / família.

Existe uma diversidade nos papéis profissionais, portanto, as pessoas que trabalham em Intervenção Precoce devem estar dispostas para trabalhar em três áreas, nomeadamente, no serviço à criança, no apoio à família e na consultadoria. Assim, no serviço à criança, há que avaliar as habilidades e necessidades da criança, bem como, desenvolver planos individuais que estimulem o seu desenvolvimento, delinear experiências adequadas e avaliar as estratégias de intervenção. Estas estratégias exigem o conhecimento sobre o progresso de crianças ditas normais e crianças com deficiência, permitindo uma planificação adequada; o conhecimento dos princípios das teorias da aprendizagem, de modo a possibilitar a perceção da relação entre o comportamento da criança e os fatores ambientais. Para além disso, os técnicos têm que saber ainda, criar ambientes adequados para a evolução progressiva da criança e como adaptá-los para ir ao encontro de crianças com NEE. Designadamente, no serviço de apoio à família, os profissionais deveriam ser preparados para compreender a natureza ecológica da família, avaliando as necessidades e recursos das mesmas, utilizando técnicas eficazes que permitam ouvir, entrevistar e negociar valores e prioridades. Esta constatação vai ao encontro de autores como Bailey (1987, citada por Bailey & Worley, 1992). Em suma, os profissionais que fazem estas parcerias estão, informalmente, a aumentar a autoconfiança e os sentimentos de controlo da família (Cooley, 1994, citado por Guralnick, 1998). No que diz respeito à consultoria, esta é uma área complexa que requer determinadas capacidades profissionais. Autores como Tindal, Shinn e Rodden Nord (1990, citados por Bailey & Wolery, 1992) relatam três tipos de fatores influentes no êxito do processo de consultadoria, tais como: “(i) as características das pessoas envolvidas nas consultas; (ii) variáveis de processo, tal como o acordo sobre perspectivas teóricas; (iii) variáveis de implementação dos procedimentos, como o género de dados recolhidos, o desenvolvimento das recomendações e o resultado da avaliação” (Carvalho, 2011). Atendendo a que, atualmente a I. P. se refere à prestação de serviços a famílias com deficiência ou em risco biológico ou ambiental, sendo que, a família tem um papel determinante na concretização do Plano Individualizado de Serviços para a Família, devendo contemplar as necessidades e as expetativas dos pais. O objetivo principal é a avaliação das variáveis que contribuem para o bem-estar de todos os membros da família (Carvalho, 2011).

Quanto aos modelos de referência em Intervenção Precoce, houve uma evolução dos modelos e práticas, correspondendo assim, a percursos baseados em razões histórico-

sociais e em investigações no campo da Psicologia Desenvolvidora (Almeida, 1997, citado por Breia, Almeida, & Colôa, 2004).

Contudo, a I. P. deve respeitar a diversidade, de forma a privilegiar práticas e procedimentos que encarem a família como um sistema, tal como sugere Iglesias e Quinn (1997, citados por Breia, Almeida & Colôa, 2004), sendo que, se trata de um sistema que é influenciado reciprocamente, em que integram múltiplos elementos interdependentes e se interpenetram (Breia, Almeida, & Colôa, 2004).

De modo teórico é verificada a influência do modelo transacional (Samerof & Chandler, 1975; Samerof & Fiese, 1990) da perspectiva sistemática da família (Minuchin, 1974; Turnbull, 1986), do modelo do desenvolvimento humano Bronfenbrenner, 1977, 1979, 1986) e do modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1998, citado por Breia, Almeida, & Colôa, 2004).

Num panorama ecológico e sistêmico, todos os sujeitos são vistos num processo de uma evolução constante e dinâmica que, de modo progressivo, os faz passar para diferentes contextos, reorganizando os contextos onde estão inseridos. Em 1979, Bronfenbrenner sugeria que os diferentes contextos ou sistemas ecológicos, onde um sujeito se desenvolve, estão encaixados uns nos outros. Tal constatação é também defendida por Breia, Almeida e Colôa (2004) e Carvalho (2011).

Gabarino (1990) refere que estes sistemas são interdependentes e que essa interdependência é dinâmica, sendo que, uma ação simples num sistema reflete-se noutros níveis, dando origem a mudanças inesperadas. Uma vez que o impacto de um acontecimento em quaisquer dos níveis se deve às recíprocas transações constantes que acontecem entre os sistemas (Sameroff & Chandler, 1975, citados por Correia & Serrano, 2000).

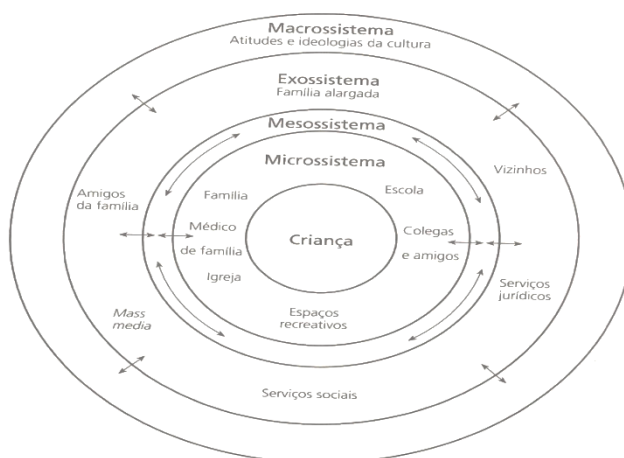


Figura 1 – Modelo da Ecologia de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (Correia, 2000).

Neste contexto, constata-se como se apresenta na figura 1, o modelo da ecologia de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (Correia & Serrano 2000, p. 22).

Resumidamente, o mesossistema apresenta as interações entre dois ou mais contextos, nos quais o sujeito participa ativamente, por exemplo, interações entre o microsistema e o exossistema, podendo incluir as interações entre o domicílio e um programa de ação social, nomeadamente, domicílio e serviços comunitários, entre outros. Quanto ao exossistema, este representa os contextos nos quais o sujeito não se encontra envolvido de modo direto, pois, os acontecimentos ocorridos no exossistema afetam ou são afetados pelo que acontece nos outros sistemas ou subsistemas. O macrosistema, designadamente, envolve o sistema de valores e crenças culturais de uma sociedade, constituindo, assim, um conjunto de fatores sociais mais abrangentes, mas que influenciam da mesma forma cada um dos outros níveis ou subsistemas. Portanto, para que seja eficaz a Intervenção e para que se consigam modificações mais abrangentes nos diversos sistemas sociais, torna-se imprescindível uma perspectiva ecológica de Intervenção Precoce que tenha em atenção a complexidade destas interações (Bronfenbrenner, 1975, 1979; Dunst, 1985, Hobs et al., 1984, citados por Correia, 2000).

Em simultâneo, a esta teoria do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, o Modelo Transacional do Desenvolvimento Humano de Sameroff e Chandler (1975), fornece um quadro concetual, permitindo uma compreensão da interação indivíduo-mundo e o seu desenvolvimento resultante da reciprocidade de trocas entra a criança e os contextos da vida. (Sameroff & Chandler, 1975, citados por Carvalho, 2011). Quanto ao Modelo Transacional trata-se de um modelo onde as interações entre os vários sistemas ocorrem interdependentemente entre indivíduo-ambiente e indivíduo-indivíduo, em que a natureza dessa interdependência é dinâmica (Carvalho, 2011). Garbarino (1990, citado por Carvalho, 2011, p.73) refere que “qualquer mudança, num sistema, tem repercussões noutros níveis, produzindo mudanças inesperadas”. Quer o Modelo Ecológico, quer o Modelo Transacional vão basear-se na teoria de Kurt Lewin que defende que o comportamento não deve ser estudado de forma isolada, nem do indivíduo desse comportamento, nem das condições concretas e significativas em que se desenvolve e de cuja interação é resultante.

## Capítulo 2 - A Perturbação do Espectro do Autismo.

### 2.1. Definição de conceitos

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) são perturbações do neurodesenvolvimento que afetam indivíduos em diferentes níveis – comportamental, linguístico e social – e em diferentes magnitudes (APA, 2013). De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) de (*American Psychiatric Association* - APA, 2013), as manifestações comportamentais que definem a PEA são défices na comunicação e interação e na reciprocidade social. Para além destas, observa-se ainda um padrão de comportamentos e um conjunto de interesses e atividades restritos. Os sintomas, quando tomados conjuntamente, devem dificultar ou limitar o funcionamento normal do indivíduo (APA, 2013).

As PEA enquadram-se nas Perturbações do neurodesenvolvimento (DSM-5), que segundo Filipe (2015, p. 15) se caracterizam por: i) ter origem pré-natal e resultam de transtornos na maturação cerebral; ii) não são estáticas, mas evoluem ao longo da vida, de acordo com a maturação do sistema nervoso; iii) têm uma origem genética e a sua expressão é modulada por factores ambientais; iv) o grau de perturbação que determinam é muito variável, de gravemente incapacitantes a moderadas ou ligeiras; v) os limites entre a perturbação e a normalidade são imprecisos e dependem do contexto em que a situação é avaliada; vi) não existem marcadores biológicos para a grande maioria das Perturbações do Desenvolvimento; vii) e surgem frequentemente associadas entre si e com outras perturbações neurológicas e psiquiátricas.

Nas Perturbações do Desenvolvimento é típica a persistência de vários défices, nomeadamente, comportamentos repetitivos e exagerados, traduzindo-se posteriormente em alterações do funcionamento adaptativo do sujeito, como sendo, a incapacidade de alcançar as metas desejáveis de sucesso escolar, social, profissional e individual. Nos casos mais graves, apresentam ainda dificuldades em adquirir as capacidades necessárias à autonomia e independência pessoal. Estas Perturbações do Desenvolvimento evoluem em continuidade desde muito cedo, presumivelmente, desde o nascimento.

A PEA caracteriza-se por défices em dois domínios nucleares: défices na comunicação social e interação social e, o segundo baseia-se nos padrões repetitivos restritos de comportamento, interesses e atividades (DSM-5, 2013).

As perturbações do neurodesenvolvimento, tal como a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) são perturbações com início no período de desenvolvimento. Tal como referem Rogers e Dawson (2010) os primeiros sintomas do autismo sugerem que os sintomas cerebrais suportam o desenvolvimento social e da linguagem, sendo estes, afetados.

Caracteristicamente, estas perturbações no desenvolvimento manifestam-se cedo, na maior parte das vezes, antes da entrada para o 1.º Ciclo do Ensino Básico, uma vez que são caracterizadas por défices no desenvolvimento, condicionando dificuldades a nível pessoal, escolar e ocupacional. Estes défices de desenvolvimento provocam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou controlo de funções executivas, até défices globais de inteligência ou das capacidades sociais. De acordo com o DSM-5 (2013, p. 35, “as perturbações do desenvolvimento muitas vezes coocorrem; por exemplo, indivíduos com uma perturbação do espectro do autismo apresentam com frequência incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual)...”

Assinale-se que, para algumas perturbações a apresentação clínica inclui quer sintomas de excessos, quer défices e atrasos em atingir marcos expectáveis do desenvolvimento. Assim, uma Perturbação do Espectro do Autismo é diagnosticada quando os défices na comunicação são acompanhados por comportamentos excessivamente repetitivos, interesses restritivos e insistência na monotonia. Por outro lado, no início do estudo destas perturbações Wing e Gould, na década de 1970 e Simon Baron-Cohen, Uta Frith e Alan Leslie desenvolveram uma outra teoria, defendendo que indivíduos com PEA apresentam uma deficitária “teoria da mente”, isto é, dificuldades na capacidade para compreender os estados mentais dos outros (Sally, 2006).

Muito embora, o trabalho e as investigações já concretizados e que continuam a realizar-se, têm surgido argumentos variantes entre o anúncio de “curas milagrosas” e a afirmação de que estas podem melhorar. Os dados recolhidos até à data sugerem que embora se possa lidar com o autismo através de uma intervenção especializada, não existe cura para esta patologia (Sally, 2006).

## **2.2. Características das crianças**

Considerando o primeiro investigador do Autismo, Leo Kanner, que em 1943, publicou um artigo onde descrevia onze casos de crianças que tinham sido diagnosticadas

com esquizofrenia, estas crianças apresentavam características clínicas que, mesmo comuns a todas elas, se distinguiam do grupo das esquizofrenias em que tinham sido incluídas. Após uma observação criteriosa, Kanner, concluiu que se tratava de uma perturbação distinta, dando-lhe o nome de Autismo Infantil (Filipe 2015).

Este investigador considerou como o sinal mais notório destas crianças, o isolamento social, sendo ainda que não respondiam à estimulação, ficavam satisfeitas a brincar sozinhas e tratando as pessoas como tratavam os objetos. Neste contexto, Osterling e Dawson (1994), Palomo, Belicchon e Ozonoff (2006) através de estudos relacionados com crianças que desenvolveram autismo mais tarde mencionam que estas crianças ficam menos tempo a olhar para outras pessoas, que eram menos sensíveis quando alguém chamava pelos seus nomes e, não desenvolviam gestos básicos, como por exemplo, apontar, com frequência, sendo estes gestos fundamentais para definir a fase de desenvolvimento da linguagem (Rogers & Dawson, 2010).

O acompanhamento continuado destas crianças revelou também que não desenvolviam delírios ou alucinações, características comuns nas esquizofrenias, isolavam-se por serem incapazes de aceder a um mundo que não conseguiam compreender, tornando-se-lhes inacessível. De assinalar que o isolamento em crianças autistas nem sempre é evidente, podendo estar associado à dificuldade na interação social e ao desajustamento comportamental, expressos nessa interação que são as manifestações nucleares (Kanner, 1943, citado por Filipe, 2015).

Kanner também assinalou outras particularidades comuns a estas crianças, nomeadamente, a insistência na repetição. Consequentemente, mantinham as rotinas diárias frequentemente excêntricas, sendo que, qualquer alteração que interferisse nessas rotinas poderia levar a uma acrescida perturbação e descontrolo. Além disso, Kanner descreveu alterações importantes na fala, que podiam ir até à inexistência da linguagem falada funcional, associando-as ao isolamento social extremo a que a criança se elegia, embora, atualmente, se saiba que estas perturbações são um défice primário no autismo e não uma consequência do isolamento. Este investigador observou ainda, o facto de as crianças autistas apresentarem uma boa capacidade visuoespacial e de memória de factos em contraste com grandes complexidades de aprendizagem (Filipe, 2015).

De referir que, no mesmo ano, 1943, o pediatra austríaco Hans Asperger submeteu uma tese de doutoramento versando o que assinalou de “Psicopatia Autística na Infância”. As particularidades deste síndrome, segundo Asperger, eram: (i) o comportamento social

desapropriado e imaturo; (ii) os interesses circunscritos a assuntos muito específicos, como por exemplo, os nomes de flores, os horários de comboios...; (iii) a boa gramática e vocabulário, embora, utilizassem uma voz monótona e ausência ou dificuldade de diálogo; (iv) a má coordenação motora e, por fim; (v) a capacidade cognitiva limiar média ou mesmo superior, apesar de, com dificuldades de aprendizagem frequentemente específicas em uma ou duas áreas. Estas problemáticas surgiam desde muito cedo, muito embora, os pais poderiam não se aperceber delas até aos três anos, idade em que se tornavam mais visíveis. Assinale-se que são ainda referidas a perturbação social e a inexistência de padrões de comportamento repetitivos já também referidos por Kanner, não obstante, a melhor capacidade cognitiva e a melhor capacidade de comunicação oral que, embora alteradas, eram superiores às apresentadas no grupo de crianças relatadas por Asperger.

Enquanto Kanner se foca no extremo de maior gravidade, Asperger foca-se no de menor gravidade, se bem que, atualmente, essas perturbações fazem parte de um mesmo espectro, nomeadamente, as Perturbações do Espectro do Autismo (DSM-5, 2013).

Ainda no que respeita à evolução do conceito, importa referir que nos anos setenta, Lorna Wing e Judith Gould pesquisaram a validade clínica do conceito de autismo definido por Kanner avaliando crianças na faixa etária inferior aos 15 anos. Essas crianças foram sinalizadas como apresentando perturbações, quer físicas, quer mentais, dificuldades de aprendizagem ou alterações de comportamento, independentemente de serem consideradas ligeiras ou graves. Ao realizarem esta pesquisa, as autoras reconheceram na amostra, um grupo de crianças com características de Autismo de Kanner, e além disso, identificaram muitas outras características de Autismo que não se enquadravam na totalidade da descrição proposta por Kanner.

Posteriormente, estas investigadoras relataram que algumas das crianças apresentadas na pesquisa, apresentavam características que se encaixavam com as do grupo caracterizado por Asperger (Filipe, 2015).

Foi através dos estudos de Lorna Wing e Judith Gould, na década de 1970, que surgiram os conceitos fundamentais do Espectro do Autismo, bem como, a afirmação da probabilidade de associação do autismo a outras perturbações neurológicas e psiquiátricas. Wing, baseada no estudo de Camberwell (s.d.), reparou ainda que todas as crianças sinalizadas com autismo, quer fossem mais ao encontro das características baseadas na opinião de Kanner, quer na proposta de Asperger ou até mesmo a um misto

delas, apresentavam em comum as seguintes características: (i) perturbações da interação social, da comunicação e do desenvolvimento da imaginação e, ainda, (ii) um padrão de atividades e interesses limitado, rígido e repetitivo.

Estas características viriam a ser designadas como a “Tríade” ou “Tríade de Wing” e as características do segundo ponto passaram a constituir-se como denominador comum das Perturbações do Espectro do Autismo.

Embora para esta investigadora, Autismo e Síndrome de Asperger sejam entidades diagnósticas distintas, atualmente com o DSM-5 fazem parte da mesma categoria diagnóstica - PEA e encontram-se integradas na mesma categoria de transtornos do neurodesenvolvimento, nos quais ocorre uma rutura nos processos fundamentais de socialização, comunicação e aprendizagem (DSM-5, 2013).

Os avanços na compreensão e conhecimento desta perturbação têm vindo a conduzir a uma nova perspetiva no âmbito da Neurociência mas também da Psicologia e da Educação, que pretende como principal objetivo otimizar a qualidade de vida, quer destas crianças, quer das suas famílias (Filipe, 2015).

### **2.3. Sinais e sintomas de alerta**

Tendo em atenção os principais grupos de critérios que constituem o diagnóstico das Perturbações do Espectro do Autismo, passa-se para uma breve sistematização de alguns sinais e características que lhes são mais comuns, apresentando-se a tríade sintomática proposta por Wing, na década de 1970 e, outros sintomas frequentes e sinais de alerta (Filipe, 2015).

Embora atualmente no DSM-5 (2013) se avance para uma tríade de comportamentos, segundo Wing a tríade sintomática da PEA consiste em: (i) perturbação da comunicação verbal; (ii) perturbação da comunicação não-verbal e, por último; (iii) perturbação da interação social (o grupo dos que se isolam, o grupo dos que se comportam de forma passiva, o grupo dos que são ativos mas com comportamento peculiar ou bizarro, o grupo dos que assumem uma postura demasiadamente formal e rígida).

Rogers e Dawson (2010) referem que os primeiros sintomas do autismo sugerem que o sistema cerebral que apoia a aprendizagem de competências sociais e linguísticas não se desenvolve naturalmente. Investigadores como William e Minshew (2007) Kennedy e Courchesne (2008); Pinkham, Hopfinger, Pelphrey, Piven e Peen (2008) defendem que

esta problemática reflete um problema mais geral no desenvolvimento dos sistemas cerebrais apoiando os comportamentos mais complexos, particularmente, os que envolvem a coordenação de várias regiões importantes do cérebro. Não obstante, Mundy (2003, citado por Rogers & Dawson, 2010) postula que o autismo afeta, de modo específico, os circuitos cerebrais sociocomunicativos, sendo, outras regiões importantes do cérebro relativamente poupadas.

Para Dawson (2008, citado por Rogers & Dawson, 2010, p. 5) “estas duas visões não são mutuamente exclusivas, pois é necessária uma coordenação entre várias regiões cerebrais para o desenvolvimento de comportamentos sociais e comunicativos”. Além deste aspeto, através de estudos em animais e humanos constatou-se que a rede social do cérebro inclui uma série de estruturas que revelam estar ativamente envolvidas no processamento de informação emocional, social e comportamental.

Segundo a Associação Médica Americana, em cada 10 000 nascimentos dois a quatro sujeitos registarão autismo, além disso é três vezes mais comum no sexo masculino do que no feminino, raramente afetando mais do que uma criança em cada família. Relativamente aos primeiros meses de vida, uma criança autista parece ferfeitamente normal, pois os sintomas manifestam-se à medida que o défice em causa progride. Ainda, de acordo com a mesma Associação, o autismo torna-se evidente por volta dos 30 meses, em que, a criança com esta patologia não desenvolve competências de linguagem adequadas para a sua idade e os sinais do autismo tornam-se mais visíveis à medida que deixa de responder a quaisquer estímulos, até mesmo deixando de reagir com os pais (Nielsen, 1999).

Relativamente à perturbação da comunicação verbal, as crianças com esta perturbação utilizam poucas expressões faciais e poucos gestos, podendo ainda, apresentar um tom de voz peculiar, robótico, por vezes (Filipe, 2015). A perturbação da fala pode ir da quase ausência de comunicação verbal à quase ausência da perturbação semântica e pragmática, ou seja, a falta de adequação do discurso, passando pela ecolália, a repetição simples das palavras que utiliza e, o uso idiossincrático e estereotipado de palavras ou frases. Em alguns casos onde existe uma boa linguagem verbal, é muitas vezes clara a existência de um mimetismo, uma imitação do discurso e da prosódica, isto é, a entoação. Daí, ser comum dizer-se que as pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo dizem mais do que aquilo que compreendem.

Assinale-se ainda os importantes sinais de alerta no desenvolvimento da linguagem segundo Rombert (2013), em idades compreendidas entre os 12 meses e os 5 anos, de acordo com as respectivas faixas etárias (anexo 1). São apenas referidos os os sinais de alerta relativamente ao desenvolvimento da linguagem até aos 6 anos, atendendo a que a presente investigação se focaliza na Intervenção Precoce que abrange a faixa etária dos 0 aos 6 anos.

Neste contexto, a criança, dos 12 aos 18 meses, compreende poucas palavras ou frases, não responde ao “não”; não utiliza ou deixou de utilizar palavras; não imita e não balbucia; não aponta; não olha quando a chamam e, ainda, não olha quando é chamada.

A criança, dos 18 aos 24 meses, não sabe o nome de objetos que lhe são familiares; não responde a ordens simples; não faz pedidos; tem vocabulário reduzido; produz poucas consoantes e pode apresentar regressão na linguagem ou deixar de apresentar evolução linguística.

Na faixa etária dos 2 aos 3 anos, a criança não responde a perguntas fechadas de sim e não; não aponta as partes do corpo quando lhe é solicitado; apenas utiliza palavras, como por exemplo, mamã, papá, cama, bola e não combina duas palavras; não executa duas ordens simples; repete o que os outros dizem ou parte do que dizem, porém, não responde ou interage com o outro e, por último, não tem intenção de comunicar.

Relativamente à faixa etária dos 3 aos 4 anos, a criança tem dificuldade em compreender o que lhe é solicitado e não executa ordens de duas ideias; não compreende as palavras “pouco” e “muito”, bem como, “grande” e “pequeno”; não responde e não coloca questões, tais como, “o quê?” e “onde?”; tem dificuldades em exprimir-se e fá-lo essencialmente por gestos; utiliza apenas frases curtas e simples; fala somente sobre um tópico específico, carros ou animais; o discurso é impercetível para estranhos e, para terminar, não faz trocas de turnos num diálogo, como por exemplo, “agora és tu e agora sou eu”.

Quanto à faixa etária dos 4 aos 5 anos, a criança não diz o nome das cores primárias; não responde a perguntas do género: “O que é?”; “Porquê?”, “Como” e “Quanto?”.

Nos casos com um melhor prognóstico, a fala, embora formalmente correta é com frequência desadequada, pois, surge fora do contexto ou é demasiado “presunçosa”, não atendendo aos contextos ou ao tipo de interlocutores. Também é comum a alteração da entoação, utilizando estas crianças um tom monocórdico, sem prosódia, uma espécie de

esganiçado, em que o volume é exagerado, bastantes vezes, alterações do ritmo e da fluência do discurso.

Segundo Rogers, Dawson e Vismara (2015, p. 283) “a fala é a nossa principal forma de autoexpressão e interação social. É a competência que geralmente preocupa os pais das crianças pequenas com autismo”.

Quanto ao conteúdo do discurso, muito embora possa ser supostamente elaborado, normalmente é pobre, uma vez que os temas e as preocupações são sempre as mesmas; ainda, é pouco interativo, tem pouca consideração quer os interesses, quer as questões ou orientações do interlocutor; é também pouco imaginativo, dando origem à dificuldade no uso de metáforas, ou seja, o lado literal.

No que se refere à perturbação da comunicação não-verbal, as pessoas com PEA têm geralmente dificuldades significativas na expressão, assim como, na interpretação da linguagem não-verbal. Esta perturbação reflete-se ainda na falta de gestos, seguindo o discurso e na adequação da expressão gestual e mímica facial, no uso de gestos convencionais na comunicação, como por exemplo, os gestos de negação ou assentimento de cabeça, os de encolher os ombros, ou o uso das mãos como reforços de comunicação, nomeadamente, para apontar, negar, pedir, acalmar ou mandar esperar, visto que, estes gestos são escassos ou, se estiverem presentes, são com frequência estereotipados ou fora de contexto. Frequentemente, as alterações da expressão facial não acompanham o discurso, isto é, não são dirigidas para o outro e não esclarecem o propósito de comunicação de afetos. Nestes indivíduos, o contacto visual é habitualmente fugaz, ou até mesmo ausente. Se, para a maioria das pessoas a atenção visual é parte fundamental do processo de descodificação da comunicação não-verbal, para os sujeitos com esta perturbação, este processo parece confundir mais do que esclarecer, pelo que, frequentemente, preferem evitar ou fixar o olhar (Filipe, 2015).

Os indivíduos com esta perturbação têm ainda significativa dificuldade na interpretação da linguagem não-verbal, passando especialmente pela complexidade da interpretação da mímica facial, bem como, pela compreensão da entoação da voz e da mímica dos outros com quem se relacionam. Esta dificuldade é com frequência, entendida de modo errado, como carência de empatia, ou até mesmo como indiferença pelos sentimentos dos outros, pois resulta da falta de reciprocidade na comunicação não-verbal, da dificuldade na interpretação e partilha de afetos (Filipe, 2015).

Quanto à perturbação da interação social, nos sujeitos com PEA, esta é normalmente restrita a um reduzido número de contactos ou, por vezes a contactos quase inexistentes. Nestes casos, muitas vezes parece mais fácil um relacionamento com pessoas mais velhas ou com as mais novas, sendo mais difícil o relacionamento com os indivíduos da mesma idade.

Normalmente, os sujeitos com esta patologia têm um conceito de amizade pouco preciso, pois referem que têm amigos, assim como, um leque de relações alargado, podendo chamar “amigos” a todos os indivíduos que encontram de novo e com quem trocam palavras de circunstância, não fazendo a distinção entre amigos, conhecidos e colegas (Filipe, 2015).

No decorrer da interação, o seu comportamento é geralmente desadequado, manifestando-se, com frequência, o não cumprimento das regras sociais de apresentação e conduta. Nota-se ainda a desadequação na interpelação de terceiros, pois existe uma ausência de capacidade de análise das circunstâncias sociais ou a incapacidade de perceber o ponto de vista do outro. O sujeito com esta patologia poderá ter dificuldade em entender os sentimentos dos outros, sendo que, face à mesma situação, não são, necessariamente, idênticos aos seus. Estes sujeitos, são bastantes vezes considerados inconvenientes, pois nem todas as verdades convêm ser ditas. Também podem ser considerados maçadores, repetitivos, ou noutros casos, pelo contrário, podem apresentar um comportamento “antissocial”. Muito embora, estas características, que traduzem a perturbação das competências sociais sejam muito variáveis, os comportamentos resultantes assumem frequentemente alguns tipos característicos, do isolamento à passividade, da bizzaria ao convencionalismo excessivo, exemplos estes, referidos por Lorna Wing, em 1996 (Filipe, 2015).

De acordo com Filipe (2015) os tipos característicos de perturbação da interação social podem ser caracterizados de acordo com a seguinte divisão: (i) o grupo dos que se isolam; (ii) o grupo dos que se comportam de forma passiva; (iii) o grupo dos que são ativos, mas com um comportamento peculiar ou bizarro e, por último, (iv) o grupo dos que assumem uma postura demasiado formal e rígida.

Os indivíduos do primeiro grupo, procuram isolar-se, sempre que isso lhes é consentido. Poderam comportar-se como se os outros não existissem, bem como, ignorando quando são chamados e, ainda, não respondendo quando nos dirigimos a eles. Quando a sua atenção é captada, é mantida por pouco tempo, pois geralmente retiram-se

de forma rápida para o seu “mundo interior”. No que se refere ao cumprimento, estes sujeitos fazem-no de forma fugidia e afastam-se se lhes tocamos. Nos casos de partilharmos algum dos seus interesses restritos, podem ficar mais próximos e sociáveis, mas, concluído esse momento, isolam-se como se não mais lhes interessasse no interlocutor do que reforçar os interesses que o translumbram (Filipe, 2015).

No que diz respeito ao segundo grupo, as pessoas com a PEA, aceitam de forma passiva a aproximação social, embora, não tomem a iniciativa. Estas crianças apresentam um bom comportamento e são obedientes, razão pela qual podem passar despercebidas pelos pais e professores. Geralmente, apenas se nota a rigidez e o lado mais obsessivo do seu funcionamento, quando lhes é solicitada alguma iniciativa ou se lhes pergunta a sua opinião pessoal sobre os procedimentos em que estiveram mais envolvidos. Assinale-se que, este tipo de funcionamento observa-se com maior frequência nas raparigas (Filipe, 2015).

No que concerne ao terceiro grupo (iii), estas crianças procuram ativamente a aproximação social, muito embora, de modo manifestamente desajustado. A aproximação aos outros está relacionada simplesmente com os interesses e necessidades do próprio, ou seja, não têm em consideração as conveniências sociais, assim como, os sentimentos e interesses desses outros. Podem falar excessivamente alto e chamar sobre si próprios a atenção, até mesmo em situações inconvenientes (Filipe, 2015).

Por fim, o último grupo, normalmente só tende a manifestar este comportamento a partir da adolescência e, posteriormente, na vida adulta, como resultante da aprendizagem por imitação de padrões de interação social. A tendência é serem educados de uma forma excessiva e formal, cingindo-se estritamente às regras de interação social. Assim, cometem erros, por falta de entendimento das subtilezas da comunicação, tornando-se desadequados e podendo mesmo expor-se ao ridículo. Este grupo de comportamentos pode manifestar-se na mesma pessoa em diferentes graus e em diferentes ocasiões, tendendo a evoluir ao longo da vida do sujeito, tendo em atenção a sua personalidade e as experiências com que vão sendo confrontados (Filipe, 2015).

Dado o isolamento social surgir espontaneamente, o sentimento de solidão não é referido pelas pessoas com PEA. É, sim referida, com maior frequência o incómodo que lhes pode advir de uma interação social forçada (Wing, 1996, citada por Filipe, 2015).

Segundo Sally (2006), alguns alunos revelam-se ansiosos por fazerem amizades e por se misturarem com os outros, apesar de necessitarem de ajuda, quer para encaminhá-

los ao encontro dos amigos mais solitários e compreensivos, quer para assegurar que as suas primeiras abordagens sejam socialmente aceites. Nos casos de alunos que preferem o isolamento, poderá ser mais adequado o ensino de forma individual de competências sociais, antes de lhes serem apresentados um ou mais amigos compreensivos. Normalmente, quase todos os alunos precisarão de algum grau de encorajamento, até com as competências de amizade mais básicas.

A Perturbação do Espectro do Autismo, de acordo com, o *Center for Disease Control and Prevention*, tende a ocorrer com maior frequência em pessoas que têm certas condições genéticas ou cromossómicas, uma vez que, cerca de 10% das crianças autistas também são identificadas como tendo Síndrome de Down, Síndrome do X Frágil, Esclerose Tuberosa, ou outros distúrbios genéticos e cromossómicos. No caso de gémeos idênticos, se um filho tiver PEA, a outra criança terá uma probabilidade de ser afetada entre 36 a 95%. De facto, quando os pais já têm uma criança com esta perturbação, existe uma probabilidade de 2 a 18% de virem a ter uma segunda criança também afetada com a mesma perturbação. É de salientar que cerca de 44% das crianças afetadas com PEA têm uma capacidade intelectual acima da média (Schuchat, 2012).

## **2.4. Como diagnosticar**

O diagnóstico das Perturbações do Espectro do Autismo é clínico, tal como acontece em relação à maioria das perturbações do desenvolvimento. Este diagnóstico consiste na entrevista clínica, na avaliação do desenvolvimento, assim como, na avaliação do comportamento. Não carece de quaisquer exames laboratoriais, quer sejam bioquímicos, genéticos, eletrofisiológicos, de imagens ou outros, uma vez que na maioria das perturbações não se observam alterações nos exames complementares (Filipe, 2015).

O diagnóstico é iniciado pela observação do comportamento nomeadamente, através do balanceio do corpo, dos gestos e sons repetitivos, da rigidez na expressão da mímica corporal, das peculiaridades da comunicação verbal, assim como através do desajuste da entoação, da altura e densidade da voz e, da comunicação não-verbal, em que o olhar é desviado e se dá a desadequação dos gestos e da mímica. Deve ter-se ainda atenção às posturas corporais invulgares, às particularidades da marcha, podendo ser rígida, sem balanceio dos braços e em bicos de pé e, ainda, a maneira de cumprimentar, desviando o olhar assim como a falta de naturalidade do aperto de mão (Filipe, 2015).

Estes são os principais sinais de alerta, visíveis após o primeiro contacto, porém, sendo o diagnóstico das Perturbações do Espectro do Autismo um diagnóstico sindromático, é de salientar que a identificação de um critério ou de um sintoma isolado não possibilita por si só que este seja feito. Existem critérios ou conjuntos de sintomas, que exigem a sua presença obrigatória, para que seja possível fazer o diagnóstico e outros, muito embora pouco frequentes, em que os indivíduos não têm de estar obrigatoriamente presentes (Filipe, 2015).

Para diagnosticar é extremamente importante e indispensável conhecer bem o desenvolvimento normal, as suas etapas e variantes. Quanto aos critérios a utilizar para fazer o diagnóstico de uma Perturbação do Espectro do Autismo, as classificações internacionais, nomeadamente o DSM-5 recomendam a identificação das PEA, tendo em atenção a existência de um conjunto de sintomas e sinais, traduzindo défices neuropsicológicos e comportamentais, normalmente agrupados em duas ou três áreas, sendo estas: os défices nas competências de comunicação, nas competências sociais, nos padrões de comportamento, nos interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados (DSM-5, 2013).

A severidade destes défices e as frequências pelas quais estão associados a outras disfunções alteram dentro desta perturbação, num quase contínuo, desde as formas mais graves de autismo infantil às formas mais discretas. Na classificação do DSM-V é assumido o conceito do Espectro do Autismo e dentro desse espectro, não é reconhecida a existência de diferentes categorias de diagnóstico, mas sim uma variação mais ou menos contínua de perturbação. Dentro do espectro são definidos especificadores, de modo a qualificar cada caso, definindo o especificador da gravidade em função do grau de suporte que o sujeito carece para funcionar no seu quotidiano (DSM-5, 2013).

Enquanto no DSM-IV-TR, existiam três grupos de critério de diagnóstico de Autismo com a publicação do DSM-5, foram reduzidos a dois, ficando os Défices da Interação Social e os Défices da Comunicação englobados num único critério a designar como “défices na comunicação e na interação social” (DSM-5, 2013).

Assim pode-se afirmar que nasce autista, uma criança, cujo diagnóstico feito antes dos dois anos, revele as Perturbações do Espectro do Autismo, sendo estas, resultantes de uma perturbação do desenvolvimento. Não sendo possível o diagnóstico pré-natal, nem se manifestando o autismo por quaisquer traços físicos à nascença, na maioria dos casos, não é possível fazê-lo nos primeiros meses de vida (Filipe, 2015).

Relativamente, aos casos de uma manifestação mais precoce, geralmente é a perturbação da interação do bebé com a envolvente que se ergue como primeiro sinal de alerta. A partir dos 3-4 meses de vida do bebé, os sinais de alarme mais comuns podem começar a ser observados, uma vez que, nesse período, o bebé deveria começar a interagir socialmente, de uma forma mais evidente.

De acordo com Filipe (2015), os sinais de alerta para a necessidade de avaliação do bebé, por serem, com frequência os primeiros sinais de uma PEA, são os seguintes: (i) a ausência do jogo simbólico, em que os brinquedos são ignorados ou simplesmente manipulados sem lhes atribuir significado simbólico; (ii) a ausência de capacidade de atenção conjunta, não prestando atenção aos objetos para os quais lhe chamamos a atenção e não apontando para os objetos que quer que nós prestemos atenção; (iii) a ausência de prazer de interação com os outros, visto que, não brinca ao “esconde e ao aparece” ou às cócegas); (iv) a fuga ao contacto físico, particularmente ao dos familiares mais próximos); (v) o esquivar-se ao contacto visual, a ausência de vocalizações dirigidas aos outros, a escassez da expressão facial e a falta de partilha de afeto, como por exemplo, não responder ao sorriso ou não exprimir surpresa, entre outras.

Também, no que diz respeito à qualidade de interação social, é possível notar-se em bastantes casos a inaptidão de reações antecipatórias, nomeadamente, o não estender os braços quando se vai pegar ao colo. É de referir que geralmente estas crianças não assumem posturas de defesa face a gestos ameaçadores (Filipe, 2015).

A par destes, também são referidos e valorizados os sinais de comportamentos restritos e repetitivos, desde cedo desajustados à idade e ao estágio de desenvolvimento, nomeadamente o interesse invulgar por certas texturas ou partes de objetos, comportamentos ou gestos estereotipados, posturas invulgares ou gestos repetitivos das mãos e dos dedos, como, passar a adejar a mão em frente da cara ou os dedos em frente aos olhos.

Ainda existem outros sinais, como o não reconhecimento da voz materna, a indiferença ao peito materno, as dificuldades alimentares, a ausência da distinção entre o contacto com os familiares mais próximos e outras pessoas, indo para o colo de todos sem distinção, as alterações de sono, o sossego invulgar ou a irritabilidade.

A perturbação da linguagem verbal pode ter uma gravidade muito variável, uma vez que existem casos mais ligeiros e outros em que a aquisição da fala nunca chega a acontecer. Existem outros casos, em que há uma aquisição inicial da fala, com palavras

ou frases simples a serem pronunciadas, aparentemente dentro do seu contexto, seguindo-se posteriormente uma regressão da linguagem, com perda quase total do que pareciam ter sido as aquisições feitas inicialmente, enquanto noutros casos, a aquisição da linguagem verbal, embora presente, é normalmente, tardia ou anómala.

As crianças que apresentem uma PEA, com alguma frequência, começam por repetir palavras mais complexas, nomeadamente a última ou as últimas palavras de uma frase, mais raramente frases pequenas e completas, aparentemente fora de contexto e, por vezes, com a entoação de quem as pronunciou. Este papaguear pode ocorrer de modo imediato ou advir tempos depois de a criança ter ouvido as palavras ou frases, podendo acontecer dentro ou fora de contexto.

Nas crianças com um bom desenvolvimento cognitivo na opinião dos pais, dizem frases completas sem passarem pela fase de dizerem palavras isoladas. Nestes casos, é verificado um uso idiossincrático ou estereotipado de palavras ou frases, em que as crianças reproduzem as palavras exatas de quem as profere.

De acordo com o explicado devem ter-se em atenção estes sinais de alerta, de forma a poder intervir o mais cedo possível, através de uma intervenção precoce especializada.

No que diz respeito ao diagnóstico de crianças com PEA entre os 6 anos e o início da adolescência, é notório que é sobretudo a partir dos 5 ou 6 anos que este quadro de perturbação se torna evidente em toda a sua extensão.

Geralmente, nos casos de menor gravidade e em que o diagnóstico não foi feito em idades mais novas, a sinalização é feita, frequentemente, pelos professores tendo em atenção a interação social ou as dificuldades de aprendizagem, pois, quando a socialização é forçada com os seus pares, na entrada da escola, é mais evidente a existência de uma perturbação da interação social. Durante a participação nas aulas, também são notórias a ausência de jogo simbólico e as incapacidades de interpretação de conteúdos não explícitos. Também a dificuldade em aceitar a mudança é clara, manifestando-se na necessidade de participar em diversas atividades dentro e fora da sala de aula, assim como na adesão às rotinas e nos interesses obsessivos. Por fim, a necessidade de fazer uso de habilidades motoras, quer finas, quer grosseiras, sendo estas realizadas nas salas de aula, no ginásio ou no recreio, revelando, assim, as incapacidades de coordenação e peculiaridades posturais.

Por outro lado, nos casos mais graves pode haver um interesse peculiar por determinadas texturas, pessoas, materiais, entre outros. Esta forma de interesse pode estar

associada ao toque, ao abanar, ao cheirar ou meter na boca repetidamente certos objetos ou parte dos mesmos. Também, pode traduzir-se na repetição contínua de certos sons, percutindo objetos ou emitindo vocalizações.

Também, a insistência de repetição, nomeadamente, o balanceamento do corpo, os gestos e sons repetitivos, estereotípicos, são comuns e tornam-se mais frequentes em situações de maior stresse ou ansiedade, sendo a repetição uma particularidade comum nas Perturbações do Espectro do Autismo.

É na idade escolar que este quadro clínico se destaca mais, sendo os sinais mais visíveis devido à mudança de ambiente e à maior exigência de interação social com outras crianças da mesma faixa etária.

De acordo com o DSM-5 (2013, p. 57), os critérios de diagnóstico são específicos (Anexo 2) e podem variar de grau (Anexo 3). De assinalar que os níveis de gravidade da PEA, vão desde o nível 3 ao nível 1, sendo que, no nível 3 o indivíduo requer suporte muito substancial; no nível 2, requer suporte não substancial e, por fim, no nível 1, o indivíduo requer suporte, passando para a comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos nos três níveis de gravidade para a perturbação do espectro do autismo (Anexo 2).

Relativamente à gravidade das dificuldades na comunicação social e os comportamentos restritos e repetitivos, estes devem ser classificados de modo isolado. As categorias descritivas de gravidade não devem ser utilizadas para determinar a provisão de serviços e a elegibilidade para estes, pois, só podem ser desenvolvidos a um nível pessoal e através da discussão de prioridades pessoais e propósitos. Designadamente, no que se refere ao especificador “com ou sem défice intelectual acompanhante”, é preciso compreender o perfil intelectual, sendo este, muitas vezes diferente, de uma criança ou adulto com PEA, em que, são necessárias estimativas isoladas das habilidades verbais e não-verbais, nomeadamente, usando testes não-verbais não cronometrados, de modo, a avaliar os potenciais pontos fortes dos sujeitos com linguagem reduzida. No que se refere ao especificador “com ou sem défice da linguagem acompanhante”, o nível atual de funcionamento verbal deve ser avaliado e descrito, por exemplo, no caso de descrições específicas para “com défice da linguagem acompanhante”, podendo incluir fala não inteligível, ou seja, não-verbal, palavras simples apenas ou fala por frases (DSM-5, 2013). Por outro lado, o nível de linguagem em pessoas “sem défice de linguagem acompanhante” pode ser adicionalmente descrito por fala em frases completas ou exibe

fala fluente, uma vez que, a linguagem receptiva pode atrasar-se relativamente ao desenvolvimento da linguagem expressiva na PEA.

A PEA tem uma componente genética importante, sendo provavelmente uma situação com hereditariedade complexa. De acordo com pesquisas feitas pelo *Center for Disease Control and Prevention* (s.d.), foram divulgadas conclusões que revelam que os pais das crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo começam a notar um problema de desenvolvimento antes do primeiro aniversário do filho, uma vez que, as preocupações com a visão e a audição foram relatadas com mais frequência. As diferenças nas habilidades sociais, de comunicação e motoras finas são mais evidentes a partir dos 6 anos de idade. No entanto, e apesar do diagnóstico de autismo pode ser confiável, válido e estável já aos 2 anos, a maioria das crianças não é diagnosticada com a Perturbação do Espectro do Autismo até aos 4 anos.

Assim sendo, é fundamental que as crianças com PEA sejam avaliadas o quanto antes, logo que as preocupações do desenvolvimento sejam reconhecidas, de forma a poder efetuar-se uma intervenção o mais cedo possível.

## **Capítulo 3 – A colaboração da família e envolvimento dos diversos técnicos na Intervenção Precoce de crianças com PEA**

### **3.1. A importância da família**

A família é fundamental para o desenvolvimento de qualquer criança. De acordo com Cunha (2010, citado por Filho, Nogueira, Silva, & Santiago, 2016), a criança depende dos familiares, enquanto membros sociais mais competentes e fornecedores de cuidados básicos necessários à satisfação de suas necessidades, exercendo uma enorme influência no seu desenvolvimento.

Atualmente, quer os profissionais, quer os próprios pais reconhecem e salientam o papel dos pais enquanto cuidadores da criança. Esta perspectiva baseia-se na premissa de que uma vida familiar de sucesso requer que todas as necessidades da família, envolvendo as dos pais, sejam reconhecidas e resolvidas. Tradicionalmente, o papel dos pais foi-se modificando de acordo com o que se foi ponderando ser o seu papel fundamental. Em dimensões distintas, a evolução observada parece poder resumir-se deste modo (Pereira, 1996, p. 14):

- (i) Deixam de ser culpabilizados pelo problema da criança para serem considerados como recurso e ajuda, desempenhando um papel positivo;
- (ii) Deixaram de ser vistos como desempenhando papéis secundários e passivos para passarem a desempenhar um papel determinante no processo educativo;
- (iii) O desenvolvimento e a educação deixaram de se centrar exclusivamente na díade mãe-criança para se centrarem no contexto familiar e, este, no contexto social em geral;
- (iv) A família deixou de ser vista pelos profissionais como entidade abstrata, passando a ser entendida como uma entidade concreta e individual, com as suas características específicas;
- (v) As famílias deixaram de ser consideradas como “patológicas” ou “perturbadas”, passando a ser simplesmente consideradas como famílias que, como todas as outras, se confrontam com factores adicionais de “stress”.

Em suma, a escola deverá considerar sempre a família nas decisões mais importantes respeitantes à criança, independentemente de serem ou não crianças com Necessidades Educativas Especiais.

De acordo com a investigação de Pereira (2009), com o tema: *Práticas centradas na família*, podemos afirmar que os benefícios das práticas centradas na família são visíveis, sendo evidente a forma como as intervenções, implementadas com um enfoque na família, estão diretamente relacionadas com a melhoria do funcionamento de alguns domínios da vida das famílias. Salienta-se ainda, que estas conclusões exigirão que os profissionais assumam novos papéis, e que aprendam novas competências no trabalho com as famílias. Para além deste facto, o movimento em direção a uma abordagem da I. P. centrada na família irá exigir uma mudança básica na maneira como muitos serviços de I. P. são, e estão, atualmente, implementados (Pereira, 2009).

Ainda, segundo Cossio, Pereira e Rodriguez (2018) quanto mais cedo for iniciada a intervenção precoce na Perturbação do Espectro do Autismo, maiores serão as possibilidades da criança se desenvolver, sendo necessário que esse apoio coloque o enfoque no desenvolvimento, no contexto e se sustente nas práticas centradas na família Cardoso e Françoso (2015, citados por Cossio, Pereira, & Rodriguez, 2018).

Corrêa e Queiroz (2017) referem que, no caso das crianças com PEA, superar as suas limitações pode ser conseguido por meio do ajuste dos seus parceiros sociais, requerendo não só persistência, mas também a compreensão das dificuldades que caracterizam esta perturbação. Programas de intervenção precoce serão tão mais efetivos se a inclusão dos pais for feita por meio da oferta de espaços sistematizados para informação, orientação e acolhimento, de forma a permitir-lhes entender a singularidade das suas crianças e as suas próprias limitações, medos e dificuldades. Ao compreendermos a origem dos processos será mais benéfico quer para a criança quer para os pais.

### **3.2. O envolvimento da família na Intervenção precoce**

O envolvimento da família constitui o elemento fundamental das práticas atuais de Intervenção Precoce centradas na família. Em 1996, Beckman referia que um dos movimentos mais inovadores que têm vindo a desenrolar-se na área de I. P. nos Estados Unidos é exatamente a mudança nas perspetivas de trabalho com as famílias, nos últimos cinco a dez anos (Correia & Serrano, 2000).

Assinale-se ainda que Brewer et al. (1989, p. 1055, citados por Correia & Serrano, 2000) mencionam que:

(...) o atendimento centrado na família assenta numa filosofia de atendimento, onde o papel fundamental da família é reconhecido e respeitado nas vidas das

crianças com cuidados especiais de saúde. Esta filosofia partilha a ideia de que as famílias devem ser apoiadas nos seus ambientes naturais e nos seus papéis de decisão, através do reforço das capacidades únicas que possuem como pessoas e comunidade; pais e profissionais são tidos como parceiros iguais no compromisso de desenvolver uma ótima qualidade na prestação de serviços de saúde a todos os níveis. Para atingir estes aspetos, os atendimentos centrados na família e centrados na comunidade devem ser cuidadosamente interligados numa completa e eficaz coordenação dos cuidados para todas as crianças com cuidados especiais de saúde.

Também, na opinião de Caraças (2016) as equipas de I. P. deverão ser transdisciplinares e deverão realizar um trabalho junto da família, já que esta constitui um elemento fundamental no apoio que é prestado à criança. Cruz et al. (2003) mencionam também que a satisfação das famílias cria um notável indicador do trabalho desenvolvido pelos serviços de I. P., permitindo reconhecer os pontos fortes e fracos do apoio prestado à família, ferramentas essenciais para técnicos e responsáveis de qualquer serviço de I. P. (Caraças, 2016).

No âmbito do seu estudo sobre a *Avaliação da satisfação das famílias com as respostas de IP na região Oeste*, Carvalho (2011) refere que a família e a equipa de I. P. são dois subsistemas sociais que se complementam porque contribuem para a educação da criança. Compete ainda ao técnico de intervenção a tarefa de ajudar a criar na família um clima de estímulo e de confiança tão necessários para o desenvolvimento das suas potencialidades, enquanto estrutura capaz de apoiar o desenvolvimento das suas crianças (Santos, Portugal, & Simões 2004, citados por Carvalho, 2011). Sendo os resultados obtidos apenas para aquele estudo, pode-se afirmar que as famílias inquiridas estavam satisfeitas com os serviços prestados pelas equipas de I. P. (Carvalho, 2011).

Oono, Honey e McConachie (2013, citados por Cossio, Pereira, & Rodriguez, 2018) consideram que os programas de Intervenção Precoce que colocam ênfase na formação e informação dos pais refletem-se de maneira mais significativa no contexto familiar e desenvolvimento da criança, possibilitando assim: (i) antecipar o início da intervenção; (ii) aumentar a confiança dos pais no que se refere às suas competências parentais; (iii) melhorar a qualidade da intervenção; (iv) minimizar a frustração da criança; e, por fim; (v) proporcionar à criança mais oportunidades de aprendizagens em ambiente natural, promovendo a generalização das suas competências.

Hume, Bellini e Pratt (2005, citados por citados por Reis, Pereira, & Almeida, 2014) sondaram a eficácia dos serviços de I. P. no desenvolvimento de crianças com PEA, na ótica de 586 pais. Os resultados mostraram que, quando os pais foram capacitados para

participar, sentiram que o serviço foi mais eficaz, contribuindo para o desenvolvimento do seu filho. Esta pesquisa comprova as conclusões de Dunst, Trivette e Hamby (2007), que realizaram uma meta análise de 47 artigos, onde investigaram a influência das práticas centradas na família nos diferentes domínios de vida da criança com Necessidades Educativas Especiais e da sua família. Neste estudo foi possível perceber o aumento da satisfação dos pais que, quando incluídos nos processos de Intervenção Precoce, melhoram, naturalmente, a sua confiança, competência e controle sobre as decisões. Estes resultados mostraram a importância da participação/ envolvimento dos pais para a obtenção de resultados positivos não só na aprendizagem das crianças, mas também no funcionamento das famílias.

### **3.3. A colaboração dos professores e dos vários intervenientes com crianças com PEA**

Embora a PEA seja longamente conhecida, apenas em 1943 Kanner, um psiquiatra pediátrico da Escola Médica da Universidade John Hopkins, atribuiu tal denominação a esta desordem desenvolvimental, sendo este termo importado de Eugene Bleuler, um psiquiatra suíço que o utilizou, em 1911, para descrever o isolamento ativo das interações sociais observadas nos seus pacientes com esquizofrenia (Nielsen, 1999).

De uma forma geral, acreditava-se que uma pessoa autista tinha o desejo, de modo consciente, de não participar em qualquer interação social, muito embora, nos dias de hoje se saiba que o isolamento em causa parece ocorrer na sequência de alterações neurológicas e bioquímicas, que têm lugar no cérebro, se bem que as causas exatas do autismo ainda não estejam completamente estabelecidas (Nielsen, 1999).

Normalmente, as características abaixo apresentadas são consideradas típicas do autismo, tais como (Nielsen, 1999, p. 40):

- (i) dificuldades quanto ao relacionamento com pessoas, objetos ou eventos;
- (ii) uso invulgar de brinquedos ou objetos;
- (iii) incapacidade de estabelecer interações sociais com outras crianças;
- (iv) incapacidade de ter consciência dos outros;
- (v) relacionamento em que os outros são tratados como objetos inanimados;
- (vi) contacto visual difícil sendo normalmente evitado;
- (vii) intolerância a contactos físicos;
- (viii) dependência de rotinas e resistência à mudança;
- (ix) comportamentos compulsivos e ritualísticos;

- (x) comportamentos de auto-estimulação;
- (xi) comportamento que produzem danos físicos como bater persistentemente com a cabeça;
- (xii) hiper ou hipossensibilidade a vários estímulos sensoriais;
- (xiii) acessos de cólera, muitas vezes sem razão aparente;
- (xiv) comportamentos violentos dirigidos a outros ;
- (xv) competências comunicativas verbais e não verbais severamente afectadas;
- (xvi) incapacidade para comunicar com palavras ou gestos;
- (xvii) vocalizações não relacionadas com a fala;
- (xviii) repetição de palavras proferidas por outros (ecolalia);
- (xix) repetição de expressões anteriormente ouvidas (ecolalia retardada);
- (xx) preocupação com as mãos.

Assinale-se contudo que, embora a criança possa parecer capaz de ouvir palavras sussurradas à distância, parece que muitas vezes se recusa a ouvir, sendo esta uma característica muito comum em crianças com PEA. No entanto, qualquer destas dificuldades pode ser minimizada, quando é realizada uma Intervenção Precoce, criando benefícios que permitam diminuir os desafios complexos associados a este quadro, devendo-se para tal utilizar avaliações interdisciplinares ou transdisciplinares e programas individualizados, que sejam transversais a todos os contextos (Dunst, Bruder, & Espe-Sherwindt, 2014, citados por Cossio, Pereira, & Rodriguez, 2018).

Ao longo da história da educação, constatámos que muitos investigadores, pais e profissionais de educação se têm interrogado acerca da melhor forma e do melhor ambiente para realizar essa intervenção. Contudo, na Declaração de Salamanca (1994, citada por Correia, 2008, p. 14) destaca-se que:

(...) A colocação de crianças em escolas especiais – ou em aulas de sessões especiais dentro de uma escola, de forma permanente, deve considerar-se como medida excecional, indicada unicamente para aqueles casos em que fique claramente demonstrado que a educação nas aulas regulares é incapaz de satisfazer as necessidades pedagógicas e sociais do aluno, ou para aqueles em que tal seja indispensável ao bem-estar das crianças com NEES ou das restantes crianças.

Efetivamente, importa que, todas as crianças têm direito à Educação, quer sejam crianças especiais ou não, uma vez que todas deveriam ser consideradas especiais e, acima de tudo, respeitadas, tal como vem mencionado na Declaração dos Direitos Humanos, que procura salvaguardar os direitos humanos, ou seja, salvaguardar a dignidade de todas as pessoas, consignando normas jurídicas essenciais para a proteção dos direitos do Homem em trinta artigos.

Desde sempre, existem educadores e professores que apoiam a inclusão das crianças com Necessidades Educativas Especiais em classes regulares e outros que não concordam, tal como, Stainback e Bunch (1989, citados por Correia, 2013, p. 8) “...era cada vez maior o número de pais e educadores que defendia a integração da criança, na classe regular, incluindo aquela designada tradicionalmente como severa ou profunda”. Para estes autores, as necessidades educativas das crianças não deviam solicitar uma ideologia de dualismo, logo podia fomentar injustiças desapropriadas relativamente à sua educação.

Mesmo assim, existia um outro grupo que não concordava com estas posições, levantando sérias dúvidas quanto à unificação da educação. Tal como nos referem Braaten, Kauffman, Polsgrove e Nelson (1988, citados por Correia, 2013, p. 8) que “argumentavam que a investigação existente não apoiava claramente a ideia de que todo o aluno pode ser ensinado com sucesso na classe regular e que aqueles que apoiavam a reestruturação radical ou a unificação do sistema dual não compreendiam a magnitude do problema”. Pois, para tal teria de haver um grande esforço para que os objetivos fossem atingidos, uma vez que existem crianças com Necessidades Educativas graves, dando origem a uma investigação inconclusiva.

Dadas as circunstâncias, surge o princípio da inclusão, merecendo um cuidado especial por parte dos intervenientes da investigação, assim como, das entidades portuguesas, especialmente após a “Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade”, realizada em junho de 1994, em Salamanca. Esta conferência adotou a Declaração de Salamanca sobre os Princípios, a Política e as Práticas na área das Necessidades Educativas Especiais e respetivo Enquadramento da Ação, inspirando-se no princípio da inclusão e no reconhecimento da necessidade de criar uma escola para todos, onde as diferenças sejam incluídas e aceites e, ainda, o apoio das aprendizagens respondendo às necessidades educativas de cada um (Correia, 2013).

De um modo geral, a colocação de uma criança com autismo numa classe regular é recebida com uma certa descrença. O ensino eficiente implica que seja atribuída uma atenção a planos de comportamento, ao controlo de forma positiva do mesmo, assim como, a expectativas claras e a regras. A criança com autismo requer saber quais são expectativas do professor face a esses acontecimentos. Além disso, o professor deve encorajar o desenvolvimento das capacidades de cada criança, proporcionando

oportunidades de aprendizagens suplementares, bem como, recorrendo ao reforço positivo (Nielsen, 1999).

Por outro lado, os educadores devem ter perceção dos muitos problemas que os pais de crianças com PEA enfrentam, visto que, estes podem precisar de ajuda e de ser aconselhados no que diz respeito à procura de ajuda profissional. Além do mais, o diagnóstico precoce e a avaliação educativa do autismo são fatores de extrema importância, apesar do apoio, em qualquer idade, poder ter um efeito bastante significativo.

De acordo com Bernard Rimland, diretor do Instituto de Investigação do Autismo, apesar desta patologia ser uma condição permanente, “uma pequena percentagem recupera, a ponto de poder viver de forma independente e, em vários casos, de poder mesmo atingir fama mundial” (Comunicação social, 12 de abril de 1996, citado por Nielsen, 1999).

Caraças (2016) refere que de uma forma geral os resultados obtidos a partir do seu estudo *Práticas de Intervenção Precoce e Satisfação das Famílias* poderão ter alguma importância para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas Equipas de I. P., na medida em que possibilitaram a identificação do grau de satisfação das famílias nas diferentes dimensões relacionadas com a intervenção, pois foi possível observar que o nível de satisfação global dos inquiridos se encontra acima da média em todas as dimensões avaliadas. Ainda assim, será desejável realizar alguns ajustes nas equipas, tendo em conta que alguns resultados poderão ser melhorados. Reforçando que é importante que as equipas realizem uma autoanálise constante suportada pelas estruturas organizacionais do SNIPI, de forma a aferir a adoção de abordagens no seio da equipa e poderem aproximar-se das práticas internacionalmente recomendadas (Caraças, 2016).

## **PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO**

## **Capítulo 4 – Objetivos**

### **4.1. A problemática da investigação**

De acordo com a literatura científica, na Intervenção Precoce, a família constitui-se o elemento fundamental das práticas atuais (Simeonsson & Bailey, 1990), numa perspetiva abrangente e sistemática.

A colaboração e o envolvimento familiar são fundamentais devendo os serviços focar a família como um todo e a criança como parte integrante desse todo (Wolery, Strain & Bailey, 1992). Neste sentido, coloca-se a pergunta problemática: Como percebem e qual a relevância dos Pais e Encarregados de Educação de crianças com PEA e os Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce atribuem à colaboração e envolvimento familiar?

Com esta investigação, pretende-se compreender e analisar as perceções a colaboração e envolvimento na Intervenção Precoce em famílias de crianças com o Espectro do Autismo.

### **4.2. Objetivo geral e objetivos específicos**

Especificamente pretende-se analisar como se processa e desenvolve a colaboração entre pais e outros familiares e / ou Encarregados de Educação e os Educadores de Infância e outros Técnicos de Intervenção Precoce.

Como objetivos específicos pretende-se: (i) compreender a importância da Intervenção Precoce junto das crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo e (ii) conhecer as perceções dos pais / família e / ou encarregados de educação sobre as manifestações / características do Autismo e como é que os familiares de crianças com esta patologia intervêm.

## Capítulo 5 – Metodologia

No capítulo da metodologia, são tratadas as opções metodológicas utilizadas ao longo da investigação, nomeadamente, o desenho do estudo, os participantes / amostra, as caracterizações gerais dos Pais, Familiares e / ou Encarregados de Educação e as caracterizações gerais dos Educadores e Profissionais de Intervenção Precoce.

Optou-se por realizar uma investigação qualitativa e quantitativa, visto que houve uma estruturação realizada a partir das fontes bibliográficas relativamente ao tema deste estudo, seguindo para a aplicação de questionários. A aplicação dos questionários a uma amostra permitirá uma inferência estatística através da qual são verificadas os objetivos da investigação elaborados no decurso da primeira fase, as quais se completam por recurso às informações recolhidas e codificadas (Ghiglione & Matalon, 1993).

### 5.1. Desenho do estudo

De modo a completar o estudo em questão, de carácter descritivo e interpretativo, obteve-se pela elaboração de inquérito por questionários destinados a Pais, Familiares e/ou Encarregados de Educação e a Educadores e Técnicos de Intervenção Precoce. Estes questionários consistem em colocar a um conjunto de inquiridos, normalmente representativo de uma população, uma série de questões relativamente a determinado assunto de interesse para o investigador (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Para a construção dos inquéritos por questionários e definição das respetivas questões, começámos por fazer uma reflexão, a partir dos objetivos do estudo, interrogando-nos sobre a forma como se pudessem produzir conclusões que respondessem à nossa problemática.

Sendo que, é fundamental pensar de forma meticulosa acerca do objetivo geral, isto é, o tipo de informação que se quer obter em cada uma das questões inseridas no questionário (Hill & Hill, 2005).

Elaborados os questionários passou-se ao processo de inquirição.

Após a recolha de todos os inquéritos procedeu-se à organização e análise dos dados obtidos com o auxílio do programa *IBM SPSS Statistics 25* e análise de conteúdo que segundo Bardin (1991) menciona que “(...) a análise de conteúdo tenta compreender os

jogadores ou o ambiente do jogo num momento determinado, com o contributo das partes observáveis”. (p. 43) O mesmo autor refere, também, que a análise de conteúdo pretende saber o que se encontra por trás das palavras sobre as quais se debruça.

Tendo em atenção o tipo de respostas obtidas, fez-se a análise dos dados e chegou-se a algumas conclusões.

## 5.2. Participantes / Amostra

<b>Objetivo geral:</b> Analisar como se processa e desenvolve a colaboração entre pais e outros familiares e / ou Encarregados de Educação e os Educadores de Infância e outros Técnicos de Intervenção Precoce.			
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Técnicas de recolha e análise de dados</b>	<b>Unidade de Análise</b>
Compreender a importância da Intervenção Precoce	Quantitativa	Inquérito por questionário  IBM SPSS Statistics 25	Educadores e profissionais de Intervenção Precoce e Pais, familiares e / ou Encarregados de Educação
	Qualitativa	Análise de conteúdo; Questionários realizados Educadores e Profissionais de Intervenção Precoce nas regiões do Alentejo e Algarve	
	Qualitativa	Pesquisa bibliográfica e análise documental Intervenção Precoce e Autismo	
Compreender o que é o Autismo e como é que os familiares de crianças com esta patologia intervêm	Quantitativa	Inquérito por questionário  IBM SPSS Statistics 25	Pais, familiares e /ou Encarregados de Educação e Educadores e profissionais de Intervenção Precoce
	Qualitativa	Análise de conteúdo Questionários realizados a pais, familiares e / ou Encarregados de Educação nas regiões do Alentejo e Algarve	
	Qualitativa	Análise de conteúdo Intervenção Precoce e Autismo	

Usou-se uma amostra não probabilística, por conveniência constituída por 30 familiares e / ou Encarregados de Educação de crianças diagnosticadas com a Perturbação do Espectro do Autismo ou com características dessa patologia ( $n = 30$ ) e de 30 profissionais de Intervenção Precoce ( $n = 30$ ). A seleção de critérios de inclusão na amostra foram: pais, familiares e / ou encarregados de educação de crianças com PEA ou com características desta patologia e técnicos a trabalhar com crianças e famílias.

Este método, tem como vantagens a sua rapidez, custo e facilidade, porém, tem a desvantagem dos resultados e, conclusões apenas se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo, pois, não existe garantia de que a amostra seja de modo razoável representativa do Universo (Hill & Hill, 2005).

Assim, optou-se por realizar questionários a familiares de crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo, quer diagnosticados ou não, mas que apresentassem características desta patologia, em regiões do Alentejo e do Algarve. No que diz respeito aos questionários destinados aos Educadores e Técnicos de Intervenção Precoce também se procedeu da mesma forma. Tal como referem Hill e Hill (2005, p. 49) “...os casos escolhidos são os casos facilmente disponíveis (muitas vezes, os amigos e os amigos dos amigos!)”, utilizando a abordagem “tipo bola de neve”.

### **5.3. Instrumentos**

Como instrumentos optou-se pela elaboração de questionários muito simples destinados a pais, familiares e / ou encarregados de educação, bem como, destinados a educadores e técnicos de Intervenção Precoce com o objetivo de compreender a importância da Intervenção Precoce em crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo. Segundo Ghiglione e Matalon (1993, p. 115) “o questionário deve ser concebido de tal forma que não haja necessidade de outras explicações para além daquelas que estão explicitamente previstas”. Pois, visto que, a linguagem utilizada na elaboração do questionário foi simplificada, colocando questões com clareza, pertinentes e exequíveis, podendo ser compreendidas por todos os participantes (Quivy & Campenhoudt, 2003).

### **5.3.1. Caracterização dos questionários destinados a pais, familiares e / ou encarregados de educação**

O questionário destinado aos pais, familiares e / ou Encarregados de Educação tem carácter anónimo e sendo utilizado apenas para este estudo. Passamos a descrever este questionário: primeiramente, pretende-se saber em relação ao indivíduo que o está a responder, qual é o seu sexo, idade, grau de parentesco com a criança, habilitações literárias e a sua situação familiar, nomeadamente, (i) se é casado ou vive em união de facto; (ii) se a família é reconstituída; (iii) se é monoparental e, por fim; (iv) se a família é adotiva. Nesta questão, o indivíduo escolhe apenas uma opção.

De seguida, pretende-se saber qual é o sexo da criança, se esta tem irmãos e, no caso da resposta ser afirmativa, a quantidade de irmãos, bem como as principais dificuldades da criança, nomeadamente, (i) dificuldades motoras; (ii) balanceamento do corpo; (iii) dificuldades visuais; (iv) dificuldades auditivas; (v) dificuldades na linguagem; (vi) dificuldades múltiplas; (vii) outras, quais? e, por último; (viii) não tem dificuldades. Nesta questão podem ser escolhidas várias opções.

Seguidamente, deseja-se saber se existe algum diagnóstico ou não e de que diagnóstico se trata, se tem Educador de Apoio, se sente apoio e dedicação por parte da equipa de Intervenção Precoce e, caso não sinta, o que seria mais importante para se sentir mais apoiado. Pergunta-se também se se sente esclarecido por arte da I. P. e, caso não sinta, o que considera que seria importante para se sentir mais esclarecido, se a criança tem terapias e quais, como é a relação com a escola e com a Educadora, se participa nas atividades quando é solicitado, dando exemplos de atividades. Pergunta-se ainda se colaborou no Programa e Plano Educativo elaborado pela Educadora e pela equipa de I. P. e em que aspetos, bem como, se foram ouvidas as sugestões / necessidades da família, e se está satisfeito com o acompanhamento que a Escola faz à criança, e, caso não esteja, o que considera que deveria ser feito mais.

Para finalizar, a última questão pretende perceber como é que os Pais, Familiares e/ou Encarregados de Educação veem a Escola para o seu educando, com as seguintes opções: (i) local de aprendizagens; (ii) apoio à família; (iii) socialização da criança; (iv) aumento da autonomia da criança e, por fim; (v) outros, quais?, questão em que os participantes assinalam as respostas que correspondem às suas realidades.

### **5.3.2. Caracterização dos questionários destinados aos educadores e profissionais que trabalham em Intervenção Precoce**

O questionário destinado a Educadores e Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce, também, tem carácter anónimo e é destinado apenas ao presente estudo.

Passamos a descrever o referido questionário: Primeiramente, no grupo A, que corresponde aos dados de caracterização, pergunta-se ao Técnico que o está a responder, qual o seu sexo, idade, profissão habilitações literárias, há quanto tempo exerce a profissão e em que tipo de ensino, nomeadamente, se é privado, público, IPSS ou outro.

Quanto grupo B, os dados de opinião, pretende-se saber se o profissional já trabalhou com crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo; se considera que existe colaboração por parte dos Pais / Encarregados de Educação e, caso a resposta seja afirmativa, passa-se de imediato para a questão 13, caso contrário, como é os profissionais de I.P. acham que os Pais / Encarregados de Educação poderiam colaborar, de forma a existir uma maior colaboração por parte dos mesmos. Pergunta-se também, como são feitos os contactos entre a Escola e a Família, assinalando todos os meios passíveis de ser utilizados, tais como, (i) pessoalmente; (ii) telemóvel / telefone; (iii) caderneta; (iv) carta e, por último; (v) outro, qual?. Dentro do mesmo grupo, indagam-se ainda as razões que levam a esses contactos e se os Pais / Encarregados de Educação procuram reunir com frequência com a Educadora / Equipa de I. P.; utilizando a seguinte escala: (i) muito bom; (ii) bom; (iii) razoável; (iv) mau e, por fim; (v) muito mau. Pergunta-se também quais os familiares são os que mais contactam a Educadora / Equipa de I.P., com as opções, (i) mãe da criança; (ii) pai da criança; (iii) pai e mãe juntos e, ainda, outros familiares, quem?.

Seguidamente, deseja-se saber se os Pais / Encarregados de Educação seguem as orientações sugeridas pela equipa para o desenvolvimento da criança com PEA e, no caso da resposta ser “Não”, “Como é que acha que os Pais poderiam envolver-se mais na educação das suas crianças?” Também se averigua se os Pais / Encarregados de Educação procuram reunir com frequência com a Educadora / Equipa de I.P., se os pais se envolvem nas atividades escolares e em que atividades; quais são as maiores dificuldades das crianças com PEA, de acordo com as seguintes opções: (i) dificuldades motoras; (ii) balanceamento do corpo; (iii) dificuldades visuais; (iv) dificuldades auditivas; (v)

dificuldades na linguagem; (vi) dificuldades múltiplas; (vii) outras, quais? e, por último; (viii) não tem dificuldades. Nesta questão podem ser escolhidas várias opções.

Para finalizar, a última questão tenta averiguar a perceção que os Pais / Encarregados de Educação têm do papel que a Escola poderá desempenhar para os seus educandos, com as seguintes opções: (i) local de aprendizagens; (ii) apoio à família; (iii) socialização da criança; (iv) aumento da autonomia da criança e, por fim; (v) outros, quais?, questões estas em que os participantes assinalam as respostas que correspondem às suas realidades.

#### **5.4. Procedimentos**

Para dar resposta ao objetivo desta investigação, recorreu-se à pesquisa bibliográfica e documental, resultando assim da operacionalização dos conceitos de acordo com o modelo de análise. Utilizámos uma amostra não probabilística, por conveniência de 30 familiares e / ou encarregados de educação de crianças diagnosticadas com a Perturbação do Espectro do Autismo ou com características dessa patologia e de 30 profissionais de Intervenção Precoce, escolhida segundo o método de amostragem por conveniência, sendo que, se trataram de casos escolhidos, nomeadamente, casos com maior disponibilidade, segundo a característica deste método.

Este método, tem como vantagens a sua rapidez, custo e facilidade, porém, a sua desvantagem é que os resultados e as conclusões apenas se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo, pois, não existe garantia de que a amostra seja de modo razoável representativa do Universo (Hill & Hill, 2005).

Assim, optou-se por realizar questionários a familiares de crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo, quer diagnosticados ou não, mas que apresentassem características desta patologia, em regiões do Alentejo e do Algarve.

As técnicas e instrumentos foram ajustados, de modo, a garantir a apreciação das variáveis e indicadores em estudo, isto é, nesta etapa a seleção das operações de análise, o seu planeamento e formas de execução foram consideradas holisticamente e visando o controlo metodológico.

Para finalizar, optou-se por uma análise de carácter descritivo e interpretativo, de forma a compreender a importância da Intervenção Precoce em crianças com PEA, sendo este o tema da nossa investigação.

#### **5.4.1. Procedimentos da recolha de dados**

A recolha de dados trata-se de um procedimento lógico da investigação ao qual compete selecionar as técnicas de recolha e tratamento de informação adequadas, assim como, controlar a sua utilização para os fins especificados no nosso trabalho. Para analisar os questionários foi criada uma base de dados tendo em conta as variáveis de cada questão, de forma, a entender dados, a analisar tendências, a prever e a delinear para validar suposições e conduzir conclusões precisas. Obtendo, assim, respostas credíveis, daí o cuidado de usar uma linguagem adequada e simplificada para poder ser percebida por todos.

#### **5.4.2. Procedimentos da análise de dados**

Quanto a este ponto analisam-se os dados recolhidos neste estudo. De acordo com Bodgan e Biklen (1994, p. 205) “a análise de dados é o processo de busca e organização sistemático de transições de entrevistas, notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objetivo”. A análise descritiva dos dados e a sua interpretação foram sistematizados e analisados com recurso ao *software* SPSS.

Posteriormente, passou-se à análise descritiva dos dados e à sua interpretação, sendo estes, sistematizados e analisados com recurso ao *software* SPSS, passando a apresentá-los nos pontos seguintes.

## Capítulo 6 - Apresentação dos resultados

### 6.1. Apresentação dos resultados dos questionários destinados a pais, familiares e / ou encarregados de educação

Neste ponto, é feita uma análise de carácter descritivo e interpretativo, de modo a analisar como se processa e desenvolve a colaboração entre pais e outros familiares e / ou Encarregados de Educação e os Educadores de Infância e outros Técnicos de Intervenção Precoce.

No que se refere aos Pais e outros familiares e / ou Encarregados de Educação / Encarregados de Educação, das 30 pessoas ( $n = 30$ ) que responderam 12 são do sexo masculino (40%) e 18 do sexo feminino (60%) com idades compreendidas entre os 22 e os 50 anos.

Assinale-se que dos respondentes 33,3%, ( $n = 10$ ) são os pais de crianças diagnosticadas ou não com a Perturbação do Espectro Autista, 53,3% ( $n = 16$ ) são mães, 3,3% são tio ( $n = 1$ ), 6,7% tias ( $n = 2$ ) e 3,3% ( $n = 1$ ) são avô.

No que se refere às profissões: 10% são professores ( $n = 3$ ); 20% estão desempregados ( $n = 6$ ); 3,3% são educador (a) de infância ( $n = 1$ ); 3,3% são canalizador ( $n = 1$ ), 3,3% são advogado ( $n = 1$ ), 3,3% são secretária ( $n = 1$ ); 3,3% são operador de caixa ( $n = 1$ ); 3,3% são auxiliar de ação médica ( $n = 1$ ); 3,3% são bombeiro ( $n = 1$ ); (6,7%) são eletricistas ( $n = 2$ ); 3,3% são enfermeira ( $n = 1$ ); 6,7% são assistentes sociais ( $n=2$ ); 3,3% são jurista ( $n = 1$ ); 3,3% são informático ( $n = 1$ ); 3,3% são motorista ( $n=1$ ); 3,3% decoradora ( $n = 1$ ); 3,3% são polícia ( $n = 1$ ); 3,3% são empresário ( $n = 1$ ); 3,3% são formadora ( $n = 1$ ); 3,3% gestor ( $n = 1$ ) e, por fim; 3,3% são médica ( $n = 1$ ). Com estes dados, pode-se constatar que as mães estão mais presentes na vida destas crianças, seguindo-se os pais, as tias, o tio e o avô. Além disso, as respetivas profissões são prestigiadas onde se deduz que as suas qualificações académicas e profissionais são relevantes.

Relativamente à situação familiar de cada inquirido, 70% encontram-se casados ou a viver em união de facto ( $n = 21$ ), 6,7% pertencem a uma família reconstituída ( $n = 2$ ) e 23,3% a uma família monoparental ( $n = 7$ ). Dos resultados pode inferir-se que o conceito

de família é valorizado pelos inquiridos, sendo que, apenas 7 pertencem a uma família monoparental. Pode-se inferir também que as famílias monoparentais acabam por dar menos apoio às crianças, por falta de tempo.

Das crianças pertencentes às famílias inquiridas, 70% são do sexo masculino ( $n = 21$ ) e 30% do sexo feminino ( $n = 9$ ), sendo que, 50% dessas crianças estão diagnosticadas com PEA ( $n = 15$ ). No que se refere às suas idades 10% ( $n = 3$ ) têm 1 ano de idade; 13,3%, ( $n = 4$ ) têm 2 anos; 36,7%, ( $n = 11$ ) têm 3 anos, sendo estas as mais frequentes; 13,3%, ( $n = 4$ ) têm 4 anos; 20%, ( $n = 6$ ) têm 5 anos e, por fim; 6,7%, ( $n = 2$ ) têm 6 anos (tabela 1). Ainda, 17 destas crianças têm irmãos e 13 não têm, são filhos únicos. Também, se pode verificar que o autismo é mais incidente no sexo masculino e que a maioria dos casos não diagnosticados incidem sobre crianças mais novas.

**Tabela 1. Idades das Crianças**

<b>Idades</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
1 ano	3	10,0
2 anos	4	13,3
3 anos	11	36,7
4 anos	4	13,3
5 anos	6	20,0
6 anos	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Perante as questões respondidas pelos Pais, familiares e / ou Encarregados de Educação relativamente às principais dificuldades da criança, constatámos o seguinte: (i) 22,7% crianças apresentam “dificuldades motoras” ( $n = 25$ ); (ii) 20,0% das crianças “balanceiam o corpo” ( $n = 22$ ); (iii) 4,5% apresentam dificuldades visuais” ( $n = 5$ ); (iv) 8,2% têm “dificuldades auditivas” ( $n = 9$ ); (v) 26,4% das crianças apresentam “dificuldades na linguagem” ( $n = 29$ ); (vi) 17,3% das crianças têm “dificuldades múltiplas” ( $n = 19$ ) e, por último; (v) 0,9% criança apresenta “outra opção” não mencionada nas anteriores, sendo esta, “a socialização” ( $n = 1$ ) referida pelas pessoas

inquiridas. Por outro lado, nas dificuldades da criança, as opções menos referidas foram as “dificuldades visuais” e “não tem dificuldades”, tal como podemos constatar na tabela 2.

**Tabela 2. Dificuldades das crianças**

<b>Dificuldades</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Dificuldades motoras	25	22,7
Balanceamento do corpo	22	20,0
Dificuldades visuais	5	4,5
Dificuldades auditivas	9	8,2
Dificuldades na linguagem	29	26,4
Dificuldades múltiplas	19	17,3
Outra	1	0,9
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Desta tabela podemos concluir que, segundo os pais, familiares e / ou encarregados de educação, estas crianças têm múltiplas dificuldades, sendo as principais de linguagem, as dificuldades motoras e o balanceamento do corpo.

Todos os inquiridos referiram que colaboraram no “Plano Educativo Individual” “Programa Educativo” juntamente com a Educadora e com a equipa de Intervenção Precoce. Quanto ao “apoio sentido por parte da Equipa”, 90% das crianças ( $n = 27$ ) são acompanhadas por um (a) Educador (a) de Apoio, sentindo-se, assim, como se sentem apoiadas pela Equipa de Intervenção Precoce. Na opinião dos inquiridos há 10% que não se sentem apoiados ( $n = 3$ ), reivindicando que deveria haver mais horas de Intervenção Precoce e mais profissionais no terreno. Além disso, 50% ( $n = 15$ ) referem também que a existência de diagnóstico seria fundamental, para que a intervenção com a criança fosse mais eficaz (tabela 3), uma vez que, sem diagnóstico, torna-se mais complicado atuar, de forma a que a criança tenha uma intervenção mais adequada.

**Tabela 3. Crianças com diagnóstico**

<b>Diagnóstico</b>	<i>n</i>	%
Nenhum	15	50,0
Autismo	15	50,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

O inquirido que respondeu que não se sente apoiado pela I. P. refere que precisa de mais informação e maiores esclarecimentos para poder lidar da melhor forma com a criança. De entre os inquiridos, 29 mencionaram que foram ouvidas as suas sugestões / necessidades da família e em relação à satisfação com o acompanhamento prestado à criança, 90% dos inquiridos ( $n = 27$ ) responderam que sim, 10% dos inquiridos ( $n = 3$ ) responderam que não, sugerindo que houvesse mais sessões de Intervenção Precoce consecutivas, visto que, os tutores destas crianças se sentem um pouco desamparados.

**Tabela 4. Terapias**

<b>Terapias</b>	<i>n</i>	%
Terapia da fala	21	35,5
Terapia ocupacional	24	40
Fisioterapia	15	25
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Em relação às terapias, 100% dos inquiridos ( $n = 30$ ), todos mencionaram que têm terapias, nomeadamente, 35% têm “terapia da fala” ( $n = 21$ ), 40% “terapia ocupacional” ( $n = 24$ ) e 25% têm “fisioterapia” ( $n = 15$ ). Embora, apenas 15 destas crianças se encontrem diagnosticadas com PEA, tendo as restantes crianças têm já algumas terapias, o que é fundamental para começar já a apoiá-las nas dificuldades que são mais evidentes, mesmo antes do seu diagnóstico definitivo.

Relativamente às relações com a Escola e com a Educadora titular, 86,7% dos inquiridos ( $n = 26$ ) responderam que a relação com a escola é boa e 13,3% inquiridos responderam que a relação com a Escola é muito boa ( $n = 4$ ); 86,7% dos inquiridos ( $n =$

26) referiram que a relação com a Educadora é boa, 3,3% dos inquiridos ( $n = 1$ ) referiram que é menos boa e 10% dos inquiridos ( $n = 3$ ) referiram que a relação é muito boa. É imprescindível que haja uma boa relação com a Escola, bem como, com a Educadora, contribuindo para o sucesso da criança. Pela análise dos questionários, verificou-se que todas as famílias inquiridas consideram positiva a sua relação com a escola, 96,7%, mantém uma boa ou muito boa com a Educadora, fatores de extrema importância para minorar as inibições e dificuldades das crianças e promover a sua evolução e o seu sucesso educativo.

Quanto à participação nas atividades escolares quando são solicitados, 96,7% dos indivíduos questionados ( $n = 29$ ) responderam que sim e apenas 3,3% responderam que não ( $n = 1$ ). Refira-se que as atividades são as seguintes: (i) 38,1% contar histórias ( $n = 16$ ); (ii) 14,3% dia da Mãe ( $n = 6$ ); 9,5% dia do Pai ( $n = 4$ ); (iii) 7,1% semana da família ( $n = 3$ ); (iv) 4,1% culinária ( $n = 2$ ); (v) 7,1% diversas brincadeiras ( $n = 3$ ); (vi) 2,4% pinturas ( $n = 1$ ); (vii) 7,1% festas ( $n = 3$ ) e, por fim; (viii) 9,5% experiências ( $n = 4$ ). A análise deste ponto revela que as pessoas responsáveis por estas crianças são interessadas e gostam de participar nas atividades escolares quando solicitadas, conscientes da importância desta interação enriquecedora e do bom relacionamento Escola / Família.

**Tabela 5. Como veem a escola para o seu educando**

<b>Escola</b>	<i>n</i>	%
Local de aprendizagens	30	27,3
Apoio à família	23	20,9
Socialização da criança	29	26,4
Aumento da autonomia	28	25,5
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Dos pais, familiares e / ou encarregados de educação inquiridos, 27,3% referiram que veem a escola como “um local de aprendizagens” ( $n = 30$ ); 20,9% veem como “apoio à família” ( $n = 23$ ); 26,4% como “socialização da criança” ( $n = 29$ ) e, por fim; 25,5% como “aumento da autonomia” ( $n = 28$ ).

Em suma, a escola é fundamental para todas as crianças. Sendo este, vista sobretudo como um local de aprendizagens 100%, mas também, quase em simultâneo como fator

de socialização 96,7% da criança e incentivo para promover a sua autonomia 93,3% mesmo tempo que apoia as famílias na sua missão.

## **6.2. Apresentação dos resultados dos questionários destinados aos educadores e profissionais que trabalham em Intervenção Precoce**

No que diz respeito aos questionários aos Educadores e Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce também foi utilizada uma amostra de 30 pessoas, sendo esta, uma amostra não probabilística por conveniência, pois, os resultados e as conclusões apenas se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo, tal como referido anteriormente.

Das pessoas inquiridas neste grupo, 70% são do género feminino ( $n = 21$ ) e 30% do género masculino ( $n = 9$ ), sendo que, as suas profissões são as seguintes: 13,3% são terapeutas da fala ( $n = 4$ ); 13,3% são terapeutas ocupacionais ( $n = 4$ ); 23,3% são psicólogas (os) ( $n = 7$ ); 13,3% são fisioterapeutas ( $n = 4$ ) e; 36,7% são educadoras (es) ( $n = 11$ ). De acordo com os inquéritos, 46,7% dos profissionais são licenciados (as) ( $n = 14$ ); 50% dos profissionais com o grau de mestre ( $n = 15$ ) e; 3,3 dos profissionais têm o doutoramento ( $n = 1$ ). Destes profissionais 96,7% têm especialização em Educação Especial ( $n = 29$ ), à exceção de um profissional, no entanto, todos têm experiências com crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo.

Obedecendo à tradicional tendência de serem mulheres as mais atraídas para o trabalho com crianças, também no nosso caso, a maioria dos profissionais inquiridos eram do sexo feminino.

A grande maioria destes profissionais possuem elevada competência profissional para lidar com crianças com PEA, possuindo já bastantes anos de experiência nesta área.

**Tabela 6. Tempo de serviço dos profissionais**

<b>Número de anos de serviço</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
4 anos	1	3,3
5 anos	1	20,9
10 anos	2	6,7
12 anos	2	6,7
15 anos	2	6,7
18 anos	4	13,3
20 anos	3	10,0
23 anos	2	6,7
24 anos	1	3,3
25 anos	2	6,7
29 anos	1	3,3
30 anos	3	10,0
33 anos	1	3,3
35 anos	1	3,3
40 anos	3	10,0
43 anos	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Como podemos verificar na tabela 6, referente aos anos de serviço de cada um dos profissionais inquiridos, a sua experiência profissional varia desde os 5 anos aos 43 anos de serviço e que, 16,7% dos inquiridos exercem funções no privado ( $n = 5$ ); 76,7% trabalham na função pública ( $n = 23$ ) e 6,7% trabalham em Instituições Particulares de Solidariedade Social ( $n = 2$ ).

Dos profissionais inquiridos, 80% ( $n=24$ ) consideram que existe colaboração por parte dos Pais / Encarregados de Educação e 20% ( $n = 6$ ) consideram que não existe colaboração, considerando que deveriam ajudar as crianças na realização das suas tarefas, bem como, estar mais presentes na vida do (a) filho (a) e fazer o que lhes é solicitado por parte da Educadora / Equipa de I. P. Desses 6, que consideram que não há colaboração

por parte dos pais, 1 deles procura reunir com frequência com a Educadora / Equipa de I. P. e os restantes 5 não procuram reunir. Os contactos entre a Escola e a Família são feitos pessoalmente ou por telemóvel por parte dos pais, de modo, a perceberem como é que está o desenvolvimento e comportamento do (a) seu (sua) educando (a), ou apenas perceber, como está o seu desenvolvimento e comportamento do (a) seu (sua) educando (a), ou apenas como decorre o seu desenvolvimento. Sendo que, quanto mais colaboração houver, melhores resultados e mais rápidos os resultados alcançados.

Constatou-se, também que, 26,7% das Mães ( $n = 8$ ) contactam a Educadora ou a Equipa de I. P., 3,3% dos Pais ( $n = 1$ ) e 70% das Mães e Pais juntos ( $n = 21$ ). Verificou-se também que, de acordo com os profissionais, 16,7% Encarregados de Educação ( $n=5$ ), não seguem as orientações sugeridas pela Educadora / Equipa de I. P., o que é contraproducente, uma vez que, os pais poderiam colaborar com o que lhes é solicitado, bem como, acompanhar mais a criança no seu percurso, de modo a desbloquear pequenas tensões ou problemas, dar exemplo à criança de que o que os Educadores dizem é importante, mostrar apreço pela Escola, para que a criança também o tenha, já que toda a colaboração e bom entendimento Escola / Família só pode propiciar a sua evolução.

Em relação às atividades escolares, 73,3% ( $n = 22$ ) dos pais envolvem-se nas atividades e 26,7% ( $n = 8$ ) não se envolvem. Refira-se que, as atividades em que participaram foram as seguintes: (i) 26,7% participaram na hora do conto ( $n = 8$ ); (ii) 10% em experiências ( $n = 3$ ); (iii) 13,3% na semana da família ( $n = 4$ ); (iv) 6,7% nas atividades do dia da Mãe ( $n = 2$ ); 20% em terapias ( $n = 5$ ) e, por último; (vi) 3,3% em todo o tipo de atividades ( $n = 1$ ). Apesar das dificuldades das famílias, relacionadas com a vida pessoal e profissional, seria desejável que, as pessoas responsáveis colaborassem um pouco mais com a Escola.

As maiores dificuldades das crianças com PEA, de acordo com a opinião dos Educadores e Técnicos de Intervenção são as seguintes: (i) dificuldades motoras (23,4%); (ii) balanceamento do corpo (23,4%); (iii) dificuldades visuais (0,8%); (iv) dificuldades auditivas (13,7%) (v) dificuldades na linguagem (14,5%), e, ainda; (vi) dificuldades múltiplas (24,2%). Tal como se pode constatar na tabela 7.

**Tabela 7. Dificuldades da criança (segundo educadores e técnicos que trabalham em I. P.)**

<b>Dificuldades</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
	n	
Dificuldades motoras	29	23,4
Balanceamento do corpo	29	23,4
Dificuldades visuais	1	0,8
Dificuldades auditivas	17	13,7
Dificuldades na linguagem	18	14,5
Dificuldades múltiplas	30	24,2
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

Comparativamente à mesma questão, as dificuldades que os pais, familiares e / ou encarregados de educação referiram vão ao encontro das dificuldades apresentadas pelos educadores e técnicos que trabalham em Intervenção Precoce, à exceção das múltiplas dificuldades apresentadas, que são mais apontadas pelos técnicos 100%, do que pelos pais 63,3%.

## Capítulo 7 - Discussão e análise dos resultados

Nesta fase do trabalho e perseguindo o *objetivo geral* do estudo em questão: *Intervenção Precoce em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo - Percepções dos profissionais, pais, familiares e / ou encarregados de educação*, procurámos analisar como se processa e desenvolve a colaboração entre pais e outros familiares e / ou Encarregados de Educação e os Educadores de Infância e outros Técnicos de Intervenção Precoce. Tal como definimos nos objetivos específicos pretendemos: *compreender a importância da Intervenção Precoce junto das crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo* e (ii) *conhecer as percepções dos pais / família e / ou encarregados de educação sobre as manifestações / características do Autismo e como é que os familiares de crianças com esta patologia intervêm*, Através da análise dos resultados, foi possível obtermos algumas conclusões.

Seguidamente, procede-se à discussão e análise dos resultados obtidos no estudo em causa, a partir de dois questionários diferentes, destinados a Pais, Familiares e / ou Encarregados de Educação e a Educadores e a Técnicos de Intervenção Precoce.

Atualmente, a infância tem um valor e uma importância que nunca teve ao longo da história e segundo a Convenção dos Direitos da Criança salientam-se os seguintes direitos: (i) de ser amada; (ii) de ser cuidada pela família ou sua substituta, tal como, pelos professores e educadores; (iii) de ser estimulada pelo ambiente e pela comunidade que a rodeia e, por último; (iv) de ser ouvida.

Quanto aos questionários destinados aos Pais, Familiares e / ou Encarregados de Educação permitiram-nos comprovar tal como é referenciado na literatura que também na presente amostra que esta perturbação tem maior incidência no sexo masculino e menor incidência no sexo feminino. Efetivamente, de acordo com Associação Médica Americana, em cada 10 000 nascimentos dois a quatro sujeitos registarão autismo, além disso é três vezes mais comum no sexo masculino do que no feminino (Nielsen, 1999). Os dados revelam ainda que o maior número de casos incidiu nas seguintes faixas etárias: em primeiro lugar nos 3 anos, seguindo-se os 5 anos, de seguida, os 2 e os 4 anos, depois 1 ano e, por fim, os seis anos. Assinale-se contudo que, apenas 15 casos estejam diagnosticados como Perturbação do Espectro do Autismo e os restantes não tenham ainda qualquer diagnóstico. Os dados recolhidos vão ao encontro de outros resultados

(Filipe, 2015), confirmando que nem sempre é possível o diagnóstico pré-natal, nem através da manifestação do Autismo. Além do mais, o Ministério da Educação (2000, citado por Carvalho, 2011, p. 31) defende que:

“é urgente olhar para a criança como um ser de direitos e de responsabilidade, com o direito a ser amada, cuidada pela família ou sua substituta, pelos seus educadores e professores, estimulada pelo ambiente e pela comunidade que a rodeia e, sobretudo, com direito a ser ouvida”.

Efetivamente, em relação aos casos de uma manifestação mais precoce, geralmente é a perturbação da interação do bebé com a envolvente que se ergue como primeiro sinal de alerta. Porém, só a partir dos 3-4 meses de vida do bebé, os sinais de alarme mais comuns podem começar a ser observados, uma vez que, nesse período, o bebé deveria começar a interagir socialmente, de uma forma mais evidente (Filipe, 2015). Conforme se sabe, a Intervenção precoce tem como objetivos: (i) apoiar as famílias; (ii) promover o envolvimento, a independência e a competência da criança; (iii) promover o seu desenvolvimento em todas as áreas chave; (iv) promover e apoiar o desenvolvimento social da criança; (v) promover o uso generalizado das competências adquiridas; (vi) proporcionar e preparar a criança para experiências de vida normais e; (vii) prevenir a emergência de problemas ou alterações futuras (Bailey & Wolery, 1992, citados por Carvalho 2011).

Além disso, de acordo com o DSM-5 (2013), os critérios de diagnóstico foram reduzidos a dois, pois, no DSM-IV-TR, existiam três grupos de critério de diagnóstico, tais como: “défice na interação social”; “défice na linguagem / comunicação” e “défice no comportamento”, ficando os “Défices da Interação Social” e os “Défices da Comunicação” englobados num único critério a designar como “défices na comunicação e na interação social”, situação esta que poderá ainda confirmar que nem sempre é possível um diagnóstico muito precoce, sobretudo nos casos em que as manifestações são menores e os casos de PEA menos graves.

De referir contudo que é importante que o diagnóstico seja o mais precoce possível, sendo que de acordo com Filipe (2015), o diagnóstico da PEA deve ser iniciado logo pela observação do comportamento na sala de espera, nomeadamente, através do balanceio do corpo, dos gestos e sons repetitivos, da rigidez na expressão da mímica corporal, das peculiaridades da comunicação verbal, assim como através do desajuste da entoação, da

altura e densidade da voz e, da comunicação não-verbal, quando o olhar é desviado e se dá a desadequação dos gestos e da mímica, as posturas corporais invulgares, as particularidades da marcha, podendo ser rígida, sem balanceio dos braços e em bicos de pé e, ainda, através da maneira de cumprimentar, desviando o olhar assim como a falta de naturalidade do aperto de mão. A maior parte das dificuldades foram sinalizadas pelos pais, familiares e / ou encarregados de educação e por educadores e técnicos que trabalham em I. P.

Estes são os sinais de alerta, visíveis após o primeiro contacto, porém, sendo o diagnóstico das Perturbações do Espectro do Autismo um diagnóstico sindromático, é de salientar que a identificação de um critério ou de um sintoma isolado não possibilita por si só que este seja feito, razão pela qual muitas vezes o diagnóstico é tardio. Assim, para diagnosticar, é extremamente importante e indispensável conhecer bem o desenvolvimento normal das suas etapas e variantes. As perturbações do neurodesenvolvimento, nomeadamente, a PEA, são perturbações com início no desenvolvimento. Os primeiros sintomas do autismo sugerem que os sintomas cerebrais suportam o desenvolvimento social e da linguagem, sendo estes, afetados (Rogers & Dawson, 2010).

Por outro lado, a PEA tem uma componente *genética* importante, sendo provavelmente uma situação com hereditariedade complexa. De acordo com pesquisas feitas pelo *Center for Disease Control and Prevention* (s.d.), foram divulgadas conclusões que revelam que os pais das crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo começam a notar um problema de desenvolvimento antes do primeiro aniversário do filho, isto confirma-se, uma vez que, as preocupações com a visão e a audição foram relatadas com mais frequência. Já as diferenças nas habilidades sociais, de comunicação e motoras finas são mais evidentes a partir dos 6 anos de idade, dificultando o diagnóstico mais precoce. No entanto, e apesar do diagnóstico de autismo poder ser confiável, válido e estável já aos 2 anos, a maioria das crianças não é diagnosticada com a Perturbação do Espectro do Autismo até aos 4 anos (*Center for Disease Control and Prevention*, s.d.). Assim sendo, é fundamental que as crianças com PEA sejam avaliadas o quanto antes, logo que as preocupações do desenvolvimento sejam reconhecidas, de forma a poder efetuar-se uma intervenção o mais cedo possível.

Em relação às principais dificuldades assinaladas pelos Pais as que têm maior incidência são as seguintes: (i) dificuldades na linguagem (ii) dificuldades motoras; (iii)

balanceamento do corpo; (iv) dificuldades múltiplas; (v) dificuldades auditivas seguindo-se as dificuldades menos assinaladas, como as dificuldades visuais, as que foram assinaladas apenas por um inquirido, sendo esta, a dificuldade na socialização e, ainda, a opção não tem dificuldades, que não foi assinalada por nenhum inquirido. Sendo a família a base fundamental para o desenvolvimento de qualquer criança, é natural que daí parta o primeiro alerta para despoletar a existência de algum sinal desta perturbação. No que diz respeito à audição, muitas vezes, as crianças com PEA, fazem-se de surdas, especialmente, em crianças que desenvolveram o autismo mais tarde, estudos de Osterling e Dawson (1994), Palomo, Belicnchon e Ozonoff (2006) revelam estas crianças que ficam menos tempo a olhar para outras pessoas, que eram menos sensíveis quando alguém chamava pelos seus nomes e, não desenvolviam gestos básicos, como por exemplo, apontar, com frequência, sendo estes gestos fundamentais para definir a fase de desenvolvimento da linguagem (Rogers & Dawson, 2010).

Segundo Cossio, Pereira e Rodriguez (2018) quanto mais cedo for iniciada a Intervenção Precoce na Perturbação do Espectro do Autismo, maiores serão as possibilidades da criança se desenvolver, sendo necessário que esse apoio coloque o enfoque no desenvolvimento, no contexto e se sustente nas práticas centradas na família Cardoso e França (2015, citados por Cossio, Pereira, & Rodriguez, 2018).

Assim como, se houver um diagnóstico, com maior facilidade os pais aceitam e compreendem as limitações dos seus progenitores, ajudando-os nesse sentido porque o tempo no autismo é fundamental, e a neuroplasticidade é um motivo impulsionador para que os profissionais da saúde e educação invistam na identificação de sinais precoces de desenvolvimento e de intervenção precoce, uma vez que a neuroplasticidade é a capacidade que o nosso cérebro tem para se modificar frente aos estímulos que se recebe do ambiente, ou seja, é a capacidade de mudança e adaptação do sistema nervoso, do ponto de vista estrutural ou funcional.

Kanner descreveu alterações importantes na fala, que podiam ir até à inexistência da linguagem falada funcional, associando-as ao isolamento social extremo a que a criança se elegia, embora, nos dias de hoje, se saiba que estas perturbações são um défice primário no autismo e não uma consequência do isolamento (Filipe, 2015).

Quanto aos critérios a utilizar para fazer o diagnóstico de uma Perturbação do Espectro do Autismo, as classificações internacionais recomendam a identificação das PEA, tendo em conta, a existência de um conjunto de sintomas e sinais, traduzindo défices

neuropsicológicos e comportamentais, normalmente agrupados em duas ou três áreas, sendo estas: os défices nas competências de comunicação, nas competências sociais, nos padrões de comportamento, nos interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados.

A seriedade destes défices e as frequências pelas quais estão associados a outras disfunções alteram dentro desta perturbação, num quase contínuo, desde as formas mais graves de autismo infantil às formas mais discretas anteriormente designadas com a Síndrome de Asperger.

Assinalem-se ainda os importantes sinais de alerta no desenvolvimento da linguagem segundo Rombert (2013), em idades compreendidas entre os 12 meses e os 5 anos, de acordo com as respetivas faixas etárias (anexo 1). São apenas referidos os sinais de alerta, relativamente ao desenvolvimento da linguagem até aos 6 anos, atendendo a que a presente investigação se focaliza na Intervenção Precoce que abrange a faixa etária dos 0 aos 6 anos.

Quanto à perturbação da interação social, nos sujeitos com PEA, esta é normalmente restrita a um reduzido número de contactos ou, por vezes a contactos quase inexistentes.

Sendo que, no questionário destinado aos Educadores e Técnicos de Intervenção Precoce, onde se pode verificar que possuem bastante experiência nesta área, estes vão de encontro à opinião dos Pais, familiares e / ou Encarregado de Educação, podendo-se deduzir que quanto mais cedo houver Intervenção Precoce, melhores resultados se obterão e principalmente se também houver participação da família. Na opinião de Caraças (2016) as equipas de I.P. deverão ser transdisciplinares e deverão realizar um trabalho junto da família, já que esta constitui um elemento fundamental no apoio que é prestado à criança. Cruz et al. (2003) mencionam também que a satisfação das famílias cria um notável indicador do trabalho desenvolvido pelos serviços de IP, permitindo reconhecer os pontos fortes e fracos do apoio prestado à família, ferramentas essenciais para técnicos e responsáveis de qualquer serviço de I. P. (Caraças, 2016). Ainda, de acordo com Pereira (1996, p. 14):

- (iv) (...) A família deixou de ser vista pelos profissionais como entidade abstrata, passando a ser entendida como uma entidade concreta e individual, com as suas características específicas;
- (v) As famílias deixaram de ser consideradas como “patológicas” ou “perturbadas”, passando a ser simplesmente consideradas como famílias que, como todas as outras, se confrontam com factores adicionais de “stress”.

É sabido também, que o envolvimento entre Escola / Casa e Casa / Escola é imprescindível para o desenvolvimento global das crianças, nomeadamente as que apresentem a patologia da PEA ou características da mesma.

Para além disso, a precocidade da intervenção prende-se com a deteção e diagnóstico das situações e sinalização correspondente para os programas, de acordo com Breia, Chaves e Colôa, (2004).

Daí, também haver a preocupação por parte da Escola ou da família no que diz respeito à procura de intervenção, independentemente da sua área. Assim, das crianças focadas nos inquéritos, 21 têm terapia da fala; 24 terapia ocupacional e 15 têm fisioterapia.

Segundo o Ministério da Educação (2000, citado por Carvalho (2011, p. 31):

“é urgente olhar para a criança como um ser de direitos e de responsabilidade, com o direito a ser amada, cuidada pela família ou sua substituta, pelos seus educadores e professores, estimulada pelo ambiente e pela comunidade que a rodeia e, sobretudo, com direito a ser ouvida”.

De acordo com o citado, na infância, a Intervenção Precoce consiste em serviços multidisciplinares dirigidos às crianças desde o nascimento até aos seis anos, promovendo a saúde da criança e o seu bem-estar, aumentando competências emergentes, minimizando os atrasos a nível do desenvolvimento, remediando incapacidades existentes, prevenindo a deteriorização funcional e promovendo um funcionamento parental e familiar adaptativo. Sendo que, estes objetivos são atingidos através do fornecimento de serviços individuais a nível da educação, do desenvolvimento e da terapia para as crianças, ligados a um apoio recíproco planeado para as suas famílias (Shonkoff & Meisels, 2000, citados por Carvalho, 2011).

Para finalizar, tendo em conta os objetivos delineados, constatou-se que não se pode deixar de destacar e reforçar a importância da interação e colaboração constante entre as famílias e as Equipas Técnicas, de modo que o mútuo conhecimento da história da família, das suas dificuldades, das suas potencialidades, dos seus problemas e da sua envolvência sociocultural possam ajudar a desbloquear mais rapidamente algumas dessas dificuldades, acelerar o processo de diagnóstico e facilitar a integração e progressão da criança.

Outro aspeto importante a destacar é a necessidade de dar às famílias mais informação e procurar esclarecer melhor os familiares que o desejarem ou que, embora não o manifestem, aparentem não possuir conhecimentos suficientes sobre a patologia da sua criança e sobre a melhor forma de atuar, incrementando situações de comunicação a fim de dar a conhecer às famílias que o desejarem.

Como último e primeiro ponto, destaca-se a necessidade de tudo se fazer para que a as crianças com qualquer perturbação neurológica seja alvo de uma intervenção precoce o mais cedo possível.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em conta os objetivos delineados, tecem-se sobre algumas reflexões e considerações finais, que constituem o foco principal do presente ponto.

Como itinerário desta investigação, com o título: *Intervenção Precoce em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo - Perceções dos profissionais, pais, familiares e / ou encarregados de educação*, optou-se por uma investigação qualitativa e quantitativa, tratando-se de uma abordagem de carácter descritivo e interpretativo, tendo em atenção as fontes bibliográficas e seguindo para a aplicação de questionários, sendo estes, destinados a pais, familiares e / ou encarregados de educação e a educadores e técnicos de I. P.. Estes questionários consistem em colocar a um conjunto de inquiridos, normalmente representativo de uma população, uma série de questões relativamente a determinado assunto de interesse para o investigador (Quivy & Campenhoudt, 2003). Para a elaboração inquéritos por questionários e definição das respetivas questões, fez-se uma reflexão, a partir dos objetivos do estudo, interrogando-nos sobre a forma como se pudessem produzir conclusões que respondessem à problemática do nosso estudo.

Os questionários destinaram-se a familiares de crianças com a Perturbação do Espectro do Autismo, embora diagnosticados ou não, mas que apresentassem características desta patologia, em regiões do Alentejo e do Algarve. No que diz respeito aos questionários destinados aos Educadores e Técnicos de Intervenção Precoce também se procedeu da mesma forma. Tal como referem Hill e Hill (2005, p. 49) “...os casos escolhidos foram os casos facilmente disponíveis (muitas vezes, os amigos e os amigos dos amigos!)”, utilizando a abordagem “tipo bola de neve”. Visto que, se utilizou uma amostra não probabilística, ou seja, por conveniência, constituída por 30 familiares e / ou encarregados de educação de crianças diagnosticadas com a Perturbação do Espectro do Autismo ou com características dessa patologia ( $n = 30$ ) e de 30 profissionais de Intervenção Precoce ( $n = 30$ ), em que, a seleção de critérios de inclusão na amostra foram: pais, familiares e / ou encarregados de educação de crianças com PEA ou com características desta patologia e técnicos a trabalhar com crianças e famílias.

De um modo geral, conclui-se que, quer o envolvimento da família quer o envolvimento da intervenção precoce, são essenciais e imprescindíveis para o desenvolvimento da criança num todo. A partir dos dados analisados, pode-se verificar

que existiu esse acompanhamento tanto por parte dos pais e familiares inquiridos, como por parte da escola e da equipa de Intervenção Precoce.

No que concerne à Perturbação do Espectro do Autismo, esta caracteriza-se por défices em dois domínios nucleares, principalmente, défices na comunicação social e interação social e, o segundo baseia-se nos padrões repetitivos restritos de comportamento, interesses e atividades (DSM-5, 2013). O diagnóstico é clínico, tal como acontece em relação à maioria das perturbações do desenvolvimento, consistindo na entrevista clínica, na avaliação do desenvolvimento, assim como, na avaliação do comportamento (Filipe, 2015). Ainda, segundo o mesmo autor, o diagnóstico é iniciado pela observação do comportamento nomeadamente, através do balanceio do corpo, dos gestos e sons repetitivos, da rigidez na expressão da mímica corporal, das peculiaridades da comunicação verbal, assim como através do desajuste da entoação, da altura e densidade da voz e, da comunicação não-verbal, em que o olhar é desviado e se dá a desadequação dos gestos e da mímica. Devendo ter-se, também, atenção às posturas corporais invulgares, às particularidades da marcha, podendo ser rígida, sem balanceio dos braços e em bicos de pé e, ainda, a maneira de cumprimentar, desviando o olhar assim como a falta de naturalidade do aperto de mão (Filipe, 2015).

De acordo com o DSM-5 (2013, p. 57), os critérios de diagnóstico são específicos (Anexo 2) e podem variar de grau (Anexo 3). De assinalar que os níveis de gravidade da PEA e vão desde o nível 3 ao nível 1, sendo que, no nível 3 o indivíduo requer suporte muito substancial; no nível 2, requer suporte não substancial e, por fim, no nível 1, o indivíduo requer suporte, passando para a comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos nos três níveis de gravidade para a perturbação do espectro do autismo (Anexo 2). Daí, ser fundamental que as crianças com PEA sejam avaliadas o quanto antes, logo que as preocupações do desenvolvimento sejam reconhecidas, de forma a poder efetuar-se uma intervenção o mais cedo possível.

Com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI), as crianças que realmente necessitam de Intervenção Precoce têm esse apoio entre os 0 e os 6 anos, de forma a ajudá-las a ter uma vida com a melhor qualidade possível, dentro das suas limitações. Uma vez que, no Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro é mencionado que a Intervenção Precoce na infância é “o conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (Decreto-Lei n.º

281/2009 de 6 de outubro). É de salientar, que é defendido pelo Ministério da Educação (2000, citado por Carvalho, 2011, p. 31) o seguinte:

“é urgente olhar para a criança como um ser de direitos e de responsabilidade, com o direito a ser amada, cuidada pela família ou sua substituta, pelos seus educadores e professores, estimulada pelo ambiente e pela comunidade que a rodeia e, sobretudo, com direito a ser ouvida”.

A família é fundamental para o desenvolvimento de qualquer criança. Para Cunha (2010, citado por Filho, Nogueira, Silva, & Santiago, 2016), a criança depende dos familiares, enquanto membros sociais mais competentes e fornecedores de cuidados básicos necessários à satisfação de suas necessidades, exercendo uma enorme influência no seu desenvolvimento. Brewer et al. (1989, p. 1055, citados por Correia & Serrano, 2000) mencionam que:

(...) o atendimento centrado na família assenta numa filosofia de atendimento, onde o papel fundamental da família é reconhecido e respeitado nas vidas das crianças com cuidados especiais de saúde. Esta filosofia partilha a ideia de que as famílias devem ser apoiadas nos seus ambientes naturais e nos seus papéis de decisão, através do reforço das capacidades únicas que possuem como pessoas e comunidade; pais e profissionais são tidos como parceiros iguais no compromisso de desenvolver uma ótima qualidade na prestação de serviços de saúde a todos os níveis. Para atingir estes aspetos, os atendimentos centrados na família e centrados na comunidade devem ser cuidadosamente interligados numa completa e eficaz coordenação dos cuidados para todas as crianças com cuidados especiais de saúde.

Assim, os dados recolhidos foram analisados, permitindo chegar à sua discussão e retirar as respetivas conclusões, nomeadamente: (i) que é fundamental estar atento aos sinais de alerta; (ii) que os técnicos devem conhecer bem o desenvolvimento normal da criança nas diferentes etapas e variantes; (iii) que os profissionais de educação devem tentar conhecer a história de família das suas crianças; (iv) que é imprescindível uma Intervenção Precoce; (v) que o diagnóstico é essencial para que haja uma intervenção mais adequada; (vi) que existe satisfação por parte dos pais em relação à escola e profissionais que trabalham em I. P.; (vii) que as principais dificuldades destas crianças são as motoras, balanceamento do corpo e dificuldades de linguagem; (viii) que os pais parecem ser mais condescendentes e menos capazes de detetar as múltiplas dificuldades dos filhos, que os técnicos; (ix) que os pais valorizam essencialmente a boa relação com a Educadora, coincidindo esta com a boa relação com a Escola; (x) que pai e mãe juntos dão mais apoio e seguem mais as orientações dos profissionais de educação e, por fim; (xi) que as famílias monoparentais e reconstituídas parecem dar menos apoio aos filhos.

Acredita-se que este trabalho possa contribuir de forma significativa para a investigação educacional, permitindo aumentar o corpo da investigação que visa analisar como se processa e desenvolve a colaboração entre pais e outros familiares e / ou encarregados de educação e os educadores de infância e outros técnicos de Intervenção Precoce. Pensa-se que os dados obtidos possam dar um contributo para uma maior consciencialização da importância de intervir o mais cedo possível atuando juntamente com a família, possibilitando assim, uma evolução da criança num todo.

Relativamente à técnica utilizada, um aspeto a considerar é a amostra utilizada ser uma amostra não probabilística, por conveniência constituída por 30 familiares e / ou Encarregados de Educação de crianças diagnosticadas com a Perturbação do Espectro do Autismo ou com características dessa patologia ( $n = 30$ ) e de 30 profissionais de Intervenção Precoce ( $n = 30$ ). A seleção de critérios de inclusão na amostra foram: pais, familiares e / ou encarregados de educação de crianças com PEA ou com características desta patologia e técnicos a trabalhar com crianças e famílias nas regiões do Alentejo e do Algarve.

Este método, tem como vantagens a sua rapidez, custo e facilidade, porém, tem a desvantagem dos resultados e, conclusões apenas se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o Universo, pois, não existe garantia de que a amostra seja de modo razoável representativa do Universo (Hill & Hill, 2005). Além disso, os mesmos autores referem, ainda, o seguinte: “...os casos escolhidos são os casos facilmente disponíveis (muitas vezes, os amigos e os amigos dos amigos!)”, utilizando a abordagem “tipo bola de neve” (Hill & Hill, 2005, p. 49). Assim sendo, seria então aconselhável alargar o estudo a uma população maior, sem que tivessem qualquer receio nem medo de visionarem os seus educandos como eles realmente são, sem obstáculos e aceitando-os da melhor forma possível.

No que concerne, a futuras investigações desta natureza, seria interessante e pertinente aprofundar esta temática, dando maior ênfase à importância da I. P. , assim como, à colaboração dos familiares e dos técnicos, pois, quanto mais cedo for diagnosticada a criança e iniciada a forma de intervenção mais adequada, melhores resultados se obterão no futuro.

---

**Referências Bibliográficas**

American Psychiatric Association (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 5.<sup>a</sup> edição (DSM-V). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2013).  
[https://www.fpda.pt/sites/default/files/DMCA\\_2\\_Abril\\_2014/gulbenkian\\_2abril2014\\_isabel\\_cottinelli.pdf](https://www.fpda.pt/sites/default/files/DMCA_2_Abril_2014/gulbenkian_2abril2014_isabel_cottinelli.pdf)

Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Breia, G.; Almeida, I. C. de & Colôa J. (2004). *Conceitos e práticas em intervenção precoce*. Edição: Ministério da Educação.

Caraças, M. G. (2016). *Práticas de intervenção precoce e satisfação das famílias*. Tese de Mestrado. Évora; Escola de Ciências Sociais. Disponível em:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/1549/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20qualidade%20em%20interven%C3%A7%C3%A3o%20precoce.pdf>

Carvalho, M. L. B. (2011). *Avaliação da satisfação das famílias com as respostas de Intervenção Precoce na região Oeste*. Tese de Mestrado, Lisboa; Instituto Superior de Educação e Ciências. Disponível em:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10740/1/Tese%20Leonor%20%20PDF.pdf>

Carvalho, O. de (2011). *De pequenino se torce o destino – o valor da intervenção precoce*. Porto: Legis Editora.

Corrêa, M. C. C. B. & Queiroz, S. S. de (2017). A família é o melhor recurso da criança: análise das trocas sociais entre mães e crianças com transtorno do espectro do autismo. *Ciências & Cognição*, 22(1), páginas 41-62., Disponível em:  
<https://www.escavador.com/sobre/2644190/monica-cola-cariello-brotas-correa>

Correia, L. de M. (1997a). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

- Correia, L. M. & Serrano A. M. (2000b). *Envolvimento parental em intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. de M. (2008c). *A escola contemporânea e a inclusão com alunos com NEE – Considerações para uma educação com sucesso*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. de M. (2013d). *Inclusão e necessidades educativas especiais. Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto editora. 2.ª Edição.
- Cossio A. do P.; Pereira, A. P. da S. & Rodriguez, R. de C. (2018). *Educação Especial*. 31(60), páginas 9-20., Doi: 10.1590/s1413-65382317000400003
- Dawson, G.; Rogers J. S. & Vismara A. L. (2015). *Autismo. Compreender e agir em família*. Edição: Lidel.
- Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro. Diário da República nº 244 -, 2ª Série. Ministério da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.
- Filipe, C. N. (2015). *Crescer e viver diferente*. Lisboa: Verso de kapa.
- Filho, A. L. M. N.; Nogueira, L. A. N. M.; Silva, K. C. de O.; & Santiago, R. F. (2016). Revista Saúde em foco. *The importance of the family in the care of autistic children*. Teresinha, 3(1), artigo 1, páginas 66-83.
- Ghiglione, R. & Matalon B. (1993). *O inquérito*. Lisboa: Celta Editora. 2.ª Edição.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo. 2.º Edição.
- Decreto - Lei nº 281/09 de 6 de Outubro. Disponível em: <https://Mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/Salamanca.pdf>
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades educativas especiais na sala de aula*. Porto: Porto Editora.
- Oliveira, T. R. de (2010). *A intervenção precoce no autismo e trissomia 21: orientações para boas práticas de intervenção*. Tese de Mestrado, inédito. Coimbra; Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Disponível em:

<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14233/1/A%20interven%C3%A7%C3%A3o%20precoce%20no%20Autismo%20e%20Trissomia%2021.pdf>

Pereira, F. (1996). *As representações dos professores de educação especial e as necessidades das famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Pereira, A. P. da S. (2009). *Práticas centradas na família em Intervenção Precoce: um estudo nacional sobre práticas profissionais*. Tese de doutoramento. Universidade do Minho; Instituto de estudos da criança. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/55610445.pdf>

Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rodrigues, D. (org.) (2001). *Educação e diferença – Valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto: Porto Editora.

Rogers S. J. & Dawson, G. (2010). *Intervenção precoce em crianças com autismo: modelo denver para a promoção da linguagem, da aprendizagem e da socialização*. Lisboa: Lidel.

Sally, H. (2006). *Compreender o autismo*. Porto: Porto Editora.

Schuchat, A. (2012). *Centers for disease control and prevention*. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>.

Simeosson, R. & Bailey, D. (1990). Family Dimensions in early intervention. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoh (Eds) *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 428-444), Cambridge: Cambridge University Press.

Rombert, J. (2013). *O gato comeu-te a língua?* Lisboa: A Esfera dos Livros.

UNICEF (s.d.). *Os direitos das crianças*. Disponível em: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111>

Wolery, M.; Strain, P. S., & Bailey, D. (1992). Reaching potentials of children with special needs. In S. Bredekamp & T. Rosegrant (Eds). *Reaching Potentials: Appropriate Curriculum and Assessement for young Children*, 1 (pp. 92-111).

Washington, Dc: NAEYC. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1177/027112149301300306>

## *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 Escola Superior de Educação e Comunicação na Universidade do Algarve, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins. Este estudo aborda a temática sobre a colaboração entre Pais, outros familiares e Encarregados de Educação de crianças com Autismo e os Educadores de Infância e Técnicos de Intervenção Precoce.

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 as famílias. Contudo, a sua participação é extremamente importante, pelo que pedimos gentilmente a vossa colaboração no presente estudo. Neste sentido, solicita-se o preenchimento do questionário anexs 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 a resposta dos outros participantes.

Os questionários apresentam, no início, instruções de preenchimento. É muito importante que preencha 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.

Com os melhores cumprimentos,

Marta Servo  
Professora Doutora Maria Helena Martins

---

## 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 destinado aos Pais, familiares  
e / ou Encarregados de Educação*

# QUESTIONÁRIO

## *- Pais, familiares e /ou Encarregados de Educação*

O presente questionário insere-se numa investigação sobre a colaboração entre pais/encarregados de educação e outros familiares de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e os Educadores de Infância e outros Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce.

As informações são de carácter anónimo e serão utilizadas apenas para este estudo.

A sua opinião é muito importante para nós, pelo que solicitamos a sua colaboração com uma resposta sincera.

**Obrigada pela sua colaboração!**

---

### **A – DADOS DE CARACTERIZAÇÃO**

**1. Sexo:**

M       F

**2. Idade**

\_\_\_\_\_ anos

**3. Grau de parentesco com a criança:** \_\_\_\_\_

**4. Profissão:** \_\_\_\_\_

**5. Habilitações literárias:** \_\_\_\_\_

**6. Qual é a sua situação familiar?**

Casada(o) / união de facto

Família reconstituída

Família monoparental

Família adotiva

**7. Idade da criança:**

\_\_\_\_\_ anos

**8. Sexo da criança:**

M       F

**9. Tem irmãos?**

S  Quantos? \_\_\_\_\_

N

**10. Quais são as principais dificuldades da criança?**

Dificuldades motoras

Balanceamento do corpo

Dificuldades visuais

Dificuldades auditivas

Dificuldades na linguagem

Dificuldades múltiplas

Outras. Quais? \_\_\_\_\_

Não tem dificuldades

**11. Existe algum diagnóstico?**

S  Qual? \_\_\_\_\_

N

**12. O(A) seu(sua) educando(a) tem um Educador de Apoio?**

S

N

**13. Sente apoio e dedicação por parte da equipa de Intervenção Precoce?**

S

N

**13.1. Se não sente, o que considera que seria importante para se sentir mais apoiado?**

---

---

---

**14. Sente-se esclarecido por parte da Intervenção Precoce?**

S

N

**14.1. Se não se sente, o que considera que seria importante para se sentir mais esclarecido(a)?**

---

---

---

**15. O seu educando tem terapias?**

S  Quais? \_\_\_\_\_

N

**16. Como é a sua relação com a Escola?**

---

---

**17. Como é a sua relação com a Educadora?**

---

---

**18. Participa em atividades quando é solicitado?**

S

N

**18.1. Se participa, dê exemplos de algumas atividades em que já participou.**

---

---

**19. Colaborou no Programa e Plano Educativo elaborado pela Educadora e pela Equipa de Intervenção Precoce?**

S

N

**19.1. Colaborou em que aspetos?**

---

---

**19.2. Foram ouvidas as suas sugestões/necessidades da família?**

---

---

**20. Está satisfeita(o) com o acompanhamento que a Escola faz ao(à) seu(sua) educando(a)?**

---

---

**20.1. Se não está satisfeita(o), o que considera que deveria ser feito mais?**

---

---

**21. Na sua opinião, como é que vê a Escola para o seu educando?**

Local de aprendizagens

Apoio à família

Socialização da criança

Aumento da autonomia da criança

Outros. Quais? \_\_\_\_\_

**Obrigada pela sua colaboração!**

### ***Apêndice 3 - Consentimento Informado***

## Consentimento Informado

Os questionários que se seguem inserem-se numa investigação de Mestrado em Psicologia da Educação, a decorrer na Escola Superior de Educação e Comunicação na Universidade do Algarve, sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Martins. Este estudo aborda a temática sobre a colaboração entre Pais, outros familiares e Encarregados de Educação de crianças com Autismo e os Educadores de Infância e Técnicos de Intervenção Precoce.

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 as famílias. Contudo, a sua participação é extremamente importante, pelo que pedimos gentilmente a vossa colaboração no presente estudo. Neste sentido, solicita-se o preenchimento do questionário anexs 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 a resposta dos outros participantes.

Os questionários apresentam, no início, instruções de preenchimento. É muito importante que preencha 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.

Com os melhores cumprimentos,

Marta Servo  
Professora Doutora Maria Helena Martins

---

### 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 4 - Questionário destinado aos Educadores e  
Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce***

Código:

# QUESTIONÁRIO

## - Educadores e Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce –

O presente questionário insere-se numa investigação sobre a colaboração entre pais/encarregados de educação e outros familiares de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e os Educadores de Infância e outros Técnicos que trabalham em Intervenção Precoce.

As informações são de carácter anónimo e serão utilizadas apenas para este estudo.

A sua opinião é muito importante para nós, pelo que solicitamos a sua colaboração com uma resposta sincera.

**Obrigada pela sua colaboração!**

---

### A – DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

1. Sexo: M  F
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos
3. Profissão: \_\_\_\_\_
4. Habilitações literárias:
  - Bacharelato
  - Licenciatura
  - Mestrado
  - Doutoramento

5. Há quanto tempo exerce a profissão? \_\_\_\_\_ anos

6. Exerce funções em que tipo de Ensino:

Privado

Público

IPSS

Outro:  \_\_\_\_\_

7. Tem especialização em Educação Especial?

SIM  NÃO

## B – DADOS DE OPINIÃO

8. Já trabalhou com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo?

SIM  NÃO

9. Considera que existe colaboração por parte dos Pais/Encarregados de Educação?

SIM  NÃO

9.1. Se respondeu NÃO, como é que acha que os Pais/Encarregados de Educação poderiam colaborar? (se respondeu SIM passe à questão 13)

---

---

10. Como se realizam geralmente os contactos entre a escola e a família?

(Assinale todos os que são utilizados)

Pessoalmente

Telemóvel/Telefone

Caderneta

Carta

Outro  Qual? \_\_\_\_\_

**11. Quais as razões que levam a esses contactos?**

---

---

**12. Os Pais/Encarregados de Educação procuram reunir, com frequência com a Educadora/ Equipa de Intervenção Precoce?**

SIM  NÃO

**13. Como classifica os contactos estabelecidos entre os Encarregados de Educação e a Educadora/ Equipa de Intervenção Precoce?**

Muito Bom   
Bom   
Razoável   
Mau   
Muito mau

**14. Quais são as pessoas da família que mais contactam a Educadora/ Equipa de Intervenção Precoce?**

Mãe da criança   
Pai da criança   
Pai e Mãe juntos   
Outros familiares

Quem? \_\_\_\_\_

**15. Considera que os Pais/Encarregados de Educação seguem as orientações sugeridas pela Equipa para o desenvolvimento da criança com PEA?**

SIM  NÃO

**15.1. Se respondeu NÃO, como é que acha que os Pais/Encarregados de Educação poderiam envolver-se mais na educação das suas crianças?**

---

---

**16. Os Pais/Encarregados de Educação procuram reunir, com frequência com a Educadora/Equipa de I. P.?**

SIM  NÃO

**17. Os Pais/Encarregados de Educação envolvem-se nas atividades escolares?**

SIM  NÃO

**17.1. Em que tipo de atividades é que mais participam?**

---

---

---

---

**18. Quais são as maiores dificuldades das crianças com PEA?**

Dificuldades motoras

Balanceamento do corpo

Dificuldades visuais

Dificuldades auditivas

Dificuldades na linguagem

Dificuldades múltiplas

Outras. Quais? \_\_\_\_\_

Não têm dificuldades

**19. Como é que descreve a relação entre a criança e os Pais/Encarregados de Educação?**

---

---

**20. Na sua opinião, como é que os Pais/Encarregados de Educação e família veem a Escola para o seu educando?**

Local de aprendizagens

Apoio à família

Socialização da criança

Aumento da autonomia da criança

Outros.

Quais? \_\_\_\_\_

**Obrigada pela sua colaboração!**

## **Anexos**

**ANEXO 1- Desenvolvimento da linguagem e sinais de  
alerta (Rombert, 2013)**

## Desenvolvimento da linguagem e sinais de alerta (Rombert, 2013).

Idades	O que compreende	O que expressa	Sinais de alerta
<b>12-18 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compreende nomes de pessoas, objetos e alimentos familiares;</li> <li>▪ Compreende verbos relacionados com vida diária (“quero”, “dar”, “tomar”);</li> <li>▪ Compreende “sim” e “não”; Responde a ordens simples ou pedidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usa em média 30 a 40 palavras;</li> <li>▪ Imita ou faz o som dos animais;</li> <li>▪ Aponta para pedir, desvia a cara quando não quer algo e diz adeus com a cabeça;</li> <li>▪ Repte palavras familiares;</li> <li>▪ Imita ações do adulto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compreende poucas palavras ou frases:</li> <li>▪ Não responde ao “não”;</li> <li>▪ Não usa palavras ou deixou de usar;</li> <li>▪ Não imita ou não balbucia;</li> <li>▪ Não aponta;</li> <li>▪ Não olha quando o chamam;</li> <li>▪ Não olha quando se aponta para algo.</li> </ul>
<b>18-24 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compreende em média 300 palavras;</li> <li>▪ Responde a perguntas simples e a ordens de duas ideias (“dá a bola e arruma na caixa”);</li> <li>▪ Compreende algumas partes do corpo; Protesta, faz pedidos, responde a perguntas simples (“O que é?”, “Onde estás?”)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usa em média 50 palavras;</li> <li>▪ Combina duas palavras (“mãe dá”);</li> <li>▪ Responde a perguntas com as palavras “sim” e “não” ou abanando a cabeça;</li> <li>▪ Diz o nome de objetos familiares;</li> <li>▪ Usa o seu nome quando se refere a si; Dá ordens “Vamos!”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não sabe o nome de objetos familiares;</li> <li>▪ Não responde a ordens simples;</li> <li>▪ Não faz pedidos;</li> <li>▪ Produz poucas consoantes;</li> <li>▪ Mostra regressão na linguagem ou deixa de evoluir.</li> </ul>

<p><b>2-3 anos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compreende em média 900 palavras;</li> <li>▪ Reconhece objetos e imagens pela função (“Qual é que serve para comer?”);</li> <li>▪ Responde a perguntas simples (“Quem? Onde? O que é? Qual serve para comer?”);</li> <li>▪ Compreende adjetivos (“pouco” e “muito”; “grande” e “pequeno”).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usa em média 500 palavras;</li> <li>▪ Possui bastante vocabulário;</li> <li>▪ Diz para que servem os objetos;</li> <li>▪ Diz o seu nome e idade;</li> <li>▪ Expressa oposição (“não quero”);</li> <li>▪ Faz perguntas simples;</li> <li>▪ Pergunta novamente quando não entende e pede ajuda;</li> <li>▪ Canta músicas simples e faz os gestos;</li> <li>▪ Diferencia feminino de masculino;</li> <li>▪ Tem jogo imaginário ou simbólico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não responde a perguntas fechadas (“sim” e “não”);</li> <li>▪ Não aponta para partes do corpo a pedido;</li> <li>▪ Só usa palavras simples (“mamã, papá, cama, bola”) e não combina duas palavras;</li> <li>▪ Não executa uma ordem simples;</li> <li>▪ Repete o que os outros dizem, ou parte do que dizem, mas não responde ou interage com o outro;</li> <li>▪ Não tem intenção de comunicar.</li> </ul>
<p><b>3-4 anos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compreende em média 1500 a 2000 palavras;</li> <li>▪ Responde a perguntas mais complexas (“Porquê?, Quanto?, Como?”);</li> <li>▪ Responde a ordens de três ideias (“Dáo lápis amarelo, põe no estojo e arruma na mochila”);</li> <li>▪ Compreende noções de espaço e tempo (“à</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usa em média 800 palavras;</li> <li>▪ Está na fase dos “porquês?”;</li> <li>▪ Diz “eu” quando se refere a si;</li> <li>▪ Diz o seu nome completo, idade e sexo;</li> <li>▪ Descreve acontecimentos do dia-a-dia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tem uma compreensão fraca e não executa ordens de duas ideias;</li> <li>▪ Não compreende as palavras “pouco” e “muito”; “grande” e “pequeno”;</li> <li>▪ Não responde ou não faz as perguntas (“O que é?”, “Onde?”)</li> <li>▪ Tem dificuldades em exprimir-se e falar</li> </ul>

	<p>frente” e “atrás”, “dentro” e “fora”);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compreende imagens e histórias “absurdas”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conta pequenas histórias com apoio de imagens;</li> <li>▪ Diz o nome das cores primárias;</li> <li>▪ Repete rimas;</li> <li>▪ O discurso é entendido por estranhos.</li> </ul>	<p>essencialmente por gestos;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usa apenas frases simples e curtas;</li> <li>▪ Fala só sobre um tópico específico (carros ou animais);</li> <li>▪ O discurso é impercetível para estranhos;</li> <li>▪ Não faz troca de turnos num diálogo (“agora és tu e agora sou eu”).</li> </ul>
<b>4-5 anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compreende em média 2000 a 2800 palavras;</li> <li>▪ Compreende ordens complexas, com mais de quatro ou cinco ideias.</li> <li>▪ Conhece noções de espaço e tempo (“em cima”, “por baixo”, “entre”);</li> <li>▪ Compreende as palavras “pesado” e “leve”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usa 1500 a 2000 palavras;</li> <li>▪ Usa frases completas;</li> <li>▪ Fala do passado e futuro;</li> <li>▪ Descreve as características dos objetos.</li> <li>▪ Pergunta o que querem dizer as palavras novas quando não conhece;</li> <li>▪ Faz rimas;</li> <li>▪ Cumprimenta e pede desculpa;</li> <li>▪ Fala sobre os sentimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não diz o nome das cores primárias;</li> <li>▪ Não responde a perguntas: “O que é?”, “Porquê”, “Como?” e “Quanto?”;</li> <li>▪ Não usa a linguagem socialmente;</li> <li>▪ Não comunica com estranhos;</li> <li>▪ Não faz diálogos.</li> </ul>

<p><b>5-6 anos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tem boa memória e atenção;</li> <li>▪ Percebe críticas e comentários sobre si;</li> <li>▪ Reconhece erros na fala dos outros;</li> <li>▪ Compreende perguntas complexas (ex.: “O que acontece se deixas cair o copo?”).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conta histórias complexas;</li> <li>▪ Participa em discussões de grupo;</li> <li>▪ Espera pela sua vez para falar;</li> <li>▪ Diz os dias da semana, o dia em que faz anos, onde mora e a rua da sua casa;</li> <li>▪ Articula de forma correta praticamente todos os sons da sua língua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pronuncia mal as palavras;</li> <li>▪ Não conta o seu dia, nem histórias;</li> <li>▪ Não usa frases complexas e não compreende noções de espaço e tempo;</li> <li>▪ Não usa pronomes possessivos (é meu);</li> <li>▪ Não fala dos seus sentimentos.</li> </ul>
------------------------	---	---	---

## **ANEXO 2- Critérios de Diagnóstico DSM-5**

## **Critérios de diagnóstico DSM-5**

- A. Défices persistentes na comunicação social e interação social transversais a múltiplos contextos, manifestados pelos seguintes, atualmente ou no passado (os exemplos são ilustrativos, não exaustivos):
1. Défices na reciprocidade social-emocional, variando por exemplo, de uma aproximação social anormal e fracasso na conversação normal; a uma partilha reduzida de interesses, emoções ou afeto; o fracasso em iniciar ou responder a interações sociais.
  2. Défices nos comportamentos comunicativos não verbais usados para a interação social, variando, por exemplo, de 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.
  3. Défices em desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades em ajustar o comportamento de uma forma a adequar-se aos vários contextos sociais; a dificuldade em ajustar o comportamento de forma a adequar-se aos vários contextos sociais; a dificuldade em partilhar jogos imaginativos ou fazer amigos; a ausência de interesses nos pares.
- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas por, pelo menos, dois dos seguintes, atualmente ou no passado (os exemplos são ilustrativos, não exaustivos; ver texto):
4. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (por exemplo, estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou sacudir objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
  5. Insistência na monotonia, aderência inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (por exemplo, angústia extrema com pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões de pensamento rígidos, rituais de cumprimento, necessidade de fazer o mesmo percurso ou comer a mesma comida todos os dias).

6. Interesses altamente restritos e fixos, que são anormais na intensidade ou foco (por exemplo, ligação forte ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverantes).
7. Híper ou hiporreactividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspetos sensoriais do ambiente (por exemplo, indiferença aparente à dor/temperatura, respostas adversas a sons ou texturas específicas, tocar ou cheirar objetos excessivamente, fascinação visual com luzes ou movimento).

Especificar gravidade atual:

A gravidade é baseada nas deficiências na comunicação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos.

C. Os sintomas têm de estar presentes no início do período de desenvolvimento (mas podem não se tornar totalmente manifestas até as exigências sociais excederem as capacidades limitadas ou podem ser mascaradas mais tarde na vida por estratégias aprendidas).

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento atual.

E. Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) ou atraso global do desenvolvimento. A incapacidade intelectual e a perturbação do espectro do autismo coocorrem muitas vezes; para efetuar diagnósticos comórbidos de perturbação do espectro do autismo e incapacidade intelectual, a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível geral de desenvolvimento.

Nota: Os indivíduos com um diagnóstico do DSM-IV bem estabelecido de perturbação autística, perturbação de Asperger ou perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação devem receber o diagnóstico do espectro do autismo. Os indivíduos que têm défices marcados na comunicação social, mas cujos sintomas não cumprem de outra forma os critérios de perturbação do espectro do autismo, devem ser avaliados para uma perturbação da comunicação social (pragmática).

Especificar-se:

Com ou sem déficit intelectual acompanhante.

Com ou sem déficit da linguagem acompanhante.

Associada a uma condição médica ou genética ou fator ambiental conhecidos.

**ANEXO 3- Níveis de gravidade para a perturbação do espectro do autismo (DSM-5)**

## Níveis de gravidade para a perturbação do espectro do autismo (DSM-5)

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
<p><b>Nível 3</b></p> <p>“Requerendo suporte muito substancial”</p>	<p>Défices graves nas habilidades verbais e não verbais de comunicação social, causam graves défices no funcionamento, iniciação de interações sociais muito limitada e resposta mínima à abertura social por outros. Por exemplo, uma pessoa com poucas palavras faladas inteligíveis que raramente inicia interação e, quando o faz, apresenta aproximações incomuns para apenas satisfazer necessidades e apenas responde a aproximações sociais muito diretas.</p>	<p>Inflexibilidade do comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos que interferem marcadamente com o funcionamento de todas as esferas. Grande angústia/dificuldade em mudar o foco ou ação.</p>
<p><b>Nível 2</b></p> <p>“Requerendo suporte não substancial”</p>	<p>Défices marcados nas habilidades verbais e não verbais de comunicação social; os défices sociais são aparentes mesmo com suporte no local; iniciação limitada de interações sociais e respostas reduzidas ou anormais à abertura social por outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação é limitada a interesses restritos especiais e que tem uma comunicação não verbal marcadamente estranha.</p>	<p>Inflexibilidade do comportamento, dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos que apareçam com suficiente frequência para serem óbvios ao observador casual e interferirem com o funcionamento numa variedade de contextos. Angústia e/ou dificuldade em mudar de foco ou ação.</p>
<p><b>Nível 1</b></p> <p>“Requerendo suporte”</p>	<p>Sem suportes no local, os défices na comunicação social causam prejuízos visíveis. Dificuldade em iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou mal-sucedidas à abertura social por outros. Por exemplo, uma pessoa que é capaz de falar com frases completas e se envolve na comunicação mas cuja conversão bilateral com outros falha e as tentativas para fazer amigos são estranha e tipicamente mal-sucedidas.</p>	<p>A inflexibilidade de comportamento causa inferência significativa com o funcionamento num ou mais contextos. Dificuldade em mudar entre atividades. Problemas em organização e planeamento dificultam a independência.</p>

(Adaptado do DSM-5)