Universidade do Porto

Faculdade de Ciências do
Desporto e de Educação Física

O Desenvolvimento da Interacção Social das Crianças com Alteração do Espectro do Autismo

Estudo exploratório da influência da educação física na promoção do relacionamento interpessoal

Ricardo Miguel da Silva Lopes Hollerbusch

Outubro 2001

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E DE EDUCAÇÃO FÍSICA

O DESENVOLVIMENTO DA INTERACÇÃO SOCIAL DAS CRIANÇAS COM ALTERAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

ESTUDO EXPLORATÓRIO DA INFLUÊNCIA DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA PROMOÇÃO DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciência do Desporto – Actividade Física Adaptada

Orientador: Professor Doutor Urbano Marques

Ricardo Miguel da Silva Lopes Hollerbusch

Outubro de 2001

À minha Avó

Aos meus Pais e Irmãs

Aos meus Amigos

Às Crianças com
Perturbações do
Espectro do Autismo

Agradecimentos

A realização desta dissertação, apesar do seu carácter individual, não teria sido possível sem a colaboração de várias pessoas. Assim gostaria de deixar aqui expresso o meu profundo agradecimento e consideração:

Ao Professor Doutor Urbano Marques, o meu profundo reconhecimento e gratidão pelo tempo que me dedicou, pelo apoio da sua coordenação, ensinamentos e experiência, sem os quais não seria possível ultrapassar certas dificuldades.

A toda a minha família pela permanente ajuda e incentivo em todos os domínios para frequentar e completar o Curso de Mestrado.

A todos os Professores do Curso de Mestrado em Ciências do Desporto – Especialidade em Actividade Física Adaptada.

A todos os colegas de Mestrado, pela boa disposição e amizade que sempre me dedicaram.

À Dr.ª Fátima, Educadora Mimi e à Carla e a todos os alunos envolvidos neste estudo do Externato Ana Sullivan, por todo o apoio e permanente colaboração que sempre demonstraram.

À Dr.ª Alda Mira Coelho, Dr.ª Ana Isabel Aguiar e Dr.ª Noémia Coleta pela permanente disponibilidade e inestimável colaboração nas várias fases processuais deste estudo.

À Dr.ª Isabel Cottinelli Telmo pelo seu discurso fascinante e cativante com que sempre nos transmitiu as suas experiências e conhecimentos sobre o Autismo.

À Dr.ª Isabel do Centro de Autismo de Vila Nova de Gaia pela sua colaboração e disponibilidade que demonstrou no início deste trabalho.

À Susana Guimarães e aos seus pais por todo o apoio, amizade e compreensão que sempre manifestaram.

Ao Paulo Fraga, ao João Ramos e à Susana Lima por toda a colaboração, incentivo e amizade.

Resumo

O propósito deste estudo é a procura de indicadores de promoção de competências de relacionamento interpessoal em crianças com alteração do espectro do autismo, através de um programa específico de educação física com incidência preferencial na área da interacção social. Colocamos como hipóteses que as crianças autistas, quando submetidas a um programa de treino específico nas aulas de educação física, manifestam no final da intervenção um melhor nível de interacção social em relação ao início da actuação, melhorando assim, o seu relacionamento interpessoal com os seus pares e educadores. A outra hipótese é que as crianças autistas colaboram e interagem melhor nas actividades físicas com objectos estáticos do que com objectos portáteis. A amostra é constituída por 7 crianças do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos, diagnosticadas como autistas severos e que estudam no Externato Ana Sullivan, na cidade do Porto. Os dados foram obtidos em ambiente real de ensino e com recurso a equipamento de vídeo. Os sistemas de análise utilizados foram: observação contínua dos comportamentos das crianças autistas nas sessões práticas, perfil psicoeducacional revisto e a tabela de categorias de interacções sociais de Carney. Os principais resultados e conclusões encontradas são as seguintes: pela apreciação dos valores comportamentais das crianças autistas, nas sessões práticas, constatamos um desenvolvimento progressivo da interacção social ao longo da intervenção. Esta análise demonstra, também, a preferência das crianças autistas pelos objectos estáticos. No perfil psicoeducacional revisto, pela observação dos resultados do pré-teste com os do pós-teste, verificamos um progresso de 22% no nível de relacionamento afectivo. Por fim, na tabela de categorias de interacções sociais, comparando os valores iniciais com os finais, constatamos também um progresso de 9% no nível de interacção social da população estudada.

Palavras-chave: autismo, interacção social, educação física.

Summary

The aim of this study is to search for indicaton associated with the strengthening interpersonal relationships in children with autistic spectrum disorders, through a specific program of physical education with preferential incidence in the area of social interaction. We placed as hypotheses that autistic children, when submitted to a program of specific training in their physical education classes, show at the end of the intervention a better level of social interaction, improving their interpersonal relationship with peers and educators. The other hypothesis is that autistic children collaborate and interact better in their physical activities with static rather than with portable objects. The sample is constituted by 7 male children, 5 to 10 years of age, from Externato Ana Sullivan, in Porto, diagnosed as severe autistics. The results were obtained during classes and with the support of video equipment. The analysis systems used were: continuous observation of the autistic children's behaviours in the practical sessions, Psycho-Education Profile Revised and the table of categories of social interactions of Carney. The main results and conclusions are following: with regard to the autistic children's behaviour values in the practical sessions we found a progressive development of the social interaction during the course of intervention. This analysis also demonstrates the autistic children's preference for static objects. In the Psycho-Education Profile Revised, reviewing the pre and post-test results, we found a 22% increase in the level of affective relationships. Finally, in the table of categories of social interactions, comparing the initial with the final values, we also verified a progress of 9% in the level of social interaction of the studied population.

Key-words: autism, social interaction, physical education.

Résumé

Le but de cette étude est la recherche d'indicateurs de promotion de compétences des rapport interpersonnel chez les enfants avec des anomalies du spectre de l'autisme par un programme spécifique d'éducation physique visant de préference l'interaction social. Notre première hypothèse est que les enfants autistiques, quand soumis à un programme de formation spécifique dans les classes d'éducation physique, manifestent à la fin de l'intervention un meilleur niveau d'interaction social par rapport au début de l'action, améliorant ainsi ses rapports interpersonalls avec ses paires et éducateurs. Notre deuxième hypothèse est que les enfants autistiques ont une meilleur collaboration et interaction dans l' activité physique avec des objets statiques qu'avec d`objets portables. Notre population est constituée par 7 enfants du sexe masculin, avec âges comprises entre 5 et 10 ans, diagnostiqués comme autistiques sévères que etudient à l`Externato Ana Sullivan, à Porto. Les données ont été obtenus dans des conditions habituels d`apprentissage avec matériel de vidéo. Les systèmes d`analyse employés ont été l`observation continnuel des comportements des enfants autistiques dans les sessions pratiques, le psicoeducationel profil révu et la table de catégories d'interactions sociales de Carney. Nous avons verifié par l`appréciation des valeurs du comportement des enfants autistiques, dans les sessions pratiques, un développement progressif de l'interaction social au cours de l`intervention. Cette analyse démontre, aussi, la préférence des enfants autistiques pour des objets statiques. Dans le profil psicoeducationel profil révu, par l`examen des résultats de la pré-épreuve avec ceux de la post-épreuve, nous observons un progrès de 22% dans le niveau du rapport affectif. Finalement, dans la table de catégories d'interactions sociales, en comparant les valeurs initiales avec les finales, nous avons aussi vérifié un progrès de 9% dans le niveau d'interaction social de la population étudiée.

Mots-clé: autisme, interaction social, éducation physique.

Índice

I - INTRODUÇÃO 14
II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 20
1 - Caracterização 21
1.1 - Evolução histórica do autismo 21
1.2 - Definição 25
1.3 - Etiologia 28
1.4 - Prevalência 31
1.5 - A detecção precoce do autismo 33
1.5.1 - Diagnóstico 34
1.5.2 - Tríade da deficiência 40
1.5.3 - Teoria da mente 43
1.6- Autismo e outras manifestações associadas 44
1.7- Escalas de avaliação do autismo, testes de desenvolvimento e de nível intelectual e escalas de competências 46
1.8 - Tratamentos e terapias aplicadas 49
1.9 - Evolução e prognóstico 54
1.10 - A educação da criança autista 57
1.10.1 - Perfil do educador 60
1.10.2 - Papel dos pais 62
1.10.3 - A criança autista e a sua integração na escola 63
2- Interacção social 69
2.1. - Alguns conceitos 69
2.2 - O desenvolvimento da interacção social no autismo 73
2.3 - Características da interacção social 75
2.4 – A criança autista e a parceria 78
3 - Educação física 80
3.1- Distúrbios da motricidade 80
3.2 - Contributos da educação física no desenvolvimento do relacionamento e afectividade 82
3.3 - O jogo e as actividades desportivas no desenvolvimento da criança autista 86

3.4 - Avaliação dos interesses e aptidões da criança autista 88
3.5 - Organização das actividades físicas 90
3.6- Tipologia dos exercícios 94
3.7 - Materiais didáctico desportivos indicados 97
III - METODOLOGIA 99
1 - Limitações do estudo 100
2 - Variáveis 101
3 - Método de abordagem 101
4 - Método de procedimento 102
4.1 - Caracterização do grupo de trabalho 102
4.2 - Caracterização do espaço de intervenção 104
4.3 - Recursos humanos e técnicos 105
5 - Estrutura das sessões 106
5.1 - Unidade de tempo 106
5.2 - Material 107
6 - Sistemas de observação 107
7 - Técnicas de pesquisa 108
7.1 - Protocolo das filmagens 108
7.2 - Procedimento estatístico 109
8 - Avaliação 110
IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 112
1 - Resultados da observação das sessões práticas 114
2 - Perfil Psicoeducacional Revisto 122
3 - Categorias de interacções sociais 128
V - CONCLUSÕES 134
VI - BIBLIOGRAFIA 141
ANEXOS 153

Anexo I

- Quadro de registo dos momentos de observação das sessões
- Quadro da planificação da parte prática

Anexo II

- Quadro de aptidões específicas da criança autista
- CARS - Childhood Autism Rating Scale
- Quadro das categorias de interacções sociais

Anexo III

- Significado dos Itens de interacção social
- Quadros de observação individual da aula

Anexo IV

- PEP-R - Perfil Psicoeducacional Revisto

Índice de Quadros

Quadro 1 - Critérios de diagnóstico para o distúrbio autista - DSM-IV.....38
Quadro 2 - Critérios de diagnóstico para o distúrbio autista – ICD –10.....49
Quadro 3 - Cotação das ocorrências dos comportamentos.....110

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Resultado da média da população por objecto desportivo.....114
Tabela 1a - Resultado da média da população por objecto desportivo **(codificada)**.....114
Tabela 2 - Resultado da média dos objectos desportivos por objectivos da interacção social.....118
Tabela 2a - Resultado da média dos objectos desportivos por objectivos da interacção social **(codificada)**.....118
Tabela 3 - Resultados das percentagens do pré-teste do PEP-R.....122
Tabela 4 - Resultados das percentagens do pós-teste do PEP-R.....122
Tabela 5 - Grelha geral das categorias de interacções sociais - Pré-Teste.....128
Tabela 6 - Grelha geral das categorias de interacções sociais - Pós-Teste.....129
Tabela 7 - Quadro de percentagens das categorias de interacções sociais (pré-teste e pós-teste).....130

Índice de Figuras

Figura 1 - Gráfico de evolução da população face aos objectos desportivos.....115
Figura 2 - Gráfico relativo ao item 3 da observação das sessões práticas.....119
Figura 3 - Gráfico relativo ao item 6 da observação das sessões práticas.....120
Figura 4 - Gráfico relativo ao item 5 da observação das sessões práticas.....121
Figura 5 - Gráfico de percentagens do valor dos testes do PEP-R.....124
Figura 6 - Gráfico de progressos do valor dos testes do PEP-R.....124

Figura 7 - Gráfico de percentagens dos níveis individuais no PEP-R (pré-teste e pós-teste) 126
Figura 8 - Gráfico de progressos individuais no PEP-R 127
Figura 9 - Gráfico de percentagens dos níveis individuais das categorias de interacções sociais (pré-teste e pós-teste) 131
Figura 10 - Gráfico de progressos individuais das categorias de interacções sociais 131

"Trabalhar com pessoas deficientes, em especial com crianças, pode parecer deprimente para alguns e despertar sentimentos de pena em outros. No entanto, quando se sonha com um mundo melhor para elas, o que premeia o trabalho não são sentimentos de depressão ou pena, mas sim a certeza de que é possível construir algo maior e mais digno para essas pessoas"

(Blascovi-Assis, 1997, pp.14)

I - INTRODUÇÃO

Introdução

O autismo é um síndrome que afecta gravemente o desenvolvimento da criança, colocando sérias restrições à sua educação e integração social, ainda que o grau de incapacidade varie muito de indivíduo para indivíduo e seja altamente dependente da qualidade do trabalho educativo realizado (Navarro, 1997).

As crianças com autismo não apresentam o desejo natural de contacto social; a atenção e o reconhecimento dos outros não é igualmente importante (Kirk et al., 1996).

O retraimento social é a característica destacada como principal sintoma, daí decorrendo a escolha do termo "autista" (em grego "autos" significa = si). "Estar-se com uma criança autista, é olhar para a criança que se foi e que vive em nós, é termos a proximidade necessária e a maleabilidade para empatizarmos com o seu sofrimento" (Vidigal & Guapo, 1997, pp. 211).

Poucos distúrbios ou doenças causam mais perplexidade, confusão, ansiedade e incomodam o ser humano como os psiquiátricos. Qualquer doença tem o seu sofrimento, estigma ou preconceito social, porém umas mais do que outras (Gauderer, 1993).

Os problemas da interacção social das crianças que apresentam perturbações do espectro do autismo constituem os principais eixos da educação desta população, como pretendemos demonstrar na revisão da literatura.

Na escola onde fizemos a nossa investigação, Externato Ana Sullivan, no Porto, encontram-se inseridas na mesma classe crianças autistas e crianças com atraso mental. Existe uma grande dificuldade em efectuar um programa eficiente de educação física, atendendo especificamente às necessidades individuais destas crianças. Pretendemos com este estudo responder, de certa forma, a algumas necessidades pertinentes deste grupo no domínio da interacção social.

Despertou-nos, assim, um grande interesse e ao mesmo tempo motivação para estudarmos crianças com autismo. Foram vários os factores que nos levaram a trabalhar e a investigar neste campo uma vez que o maior desafio é observar as possíveis mudanças comportamentais, no sentido amplo do

termo, que a intervenção pedagógica por via corporal pode provocar, mais especificamente, a educação física com objectivos relacionais, estratégia de que nos servimos para intervir sob o ponto de vista pedagógico.

O tema do nosso trabalho será, assim, **o desenvolvimento da interacção social das crianças com alteração do espectro do autismo – estudo exploratório da influência da educação física na promoção do relacionamento interpessoal.**

O problema do estudo é a procura de indicadores da **promoção de competências de relacionamento interpessoal em crianças com alterações do espectro do autismo. Mais concretamente, procurar indicadores para promover estas competências, através da implementação, nas aulas de educação física, de um programa educativo com incidência preferencial na área da interacção social.**

Com este estudo pretendemos relevar a importância da educação física na população autista, uma vez que, tratando-se de uma área extremamente benéfica para fornecer à criança aquilo de que tem necessidade para se manter em boa saúde, exercer a sua motricidade por ela própria e facilitar a tomada de consciência da imagem do corpo no espaço, favorece o desenvolvimento das suas capacidades de adaptação e de cooperação e contribui também para a sua expansão pela alegria dos obstáculos vencidos e da segurança conquistada.

Os estudos que correlacionam a actividade física com o desenvolvimento da interacção social são quase inexistentes e a literatura especializada nestas questões pertence essencialmente ao domínio da Psicologia e da Psiquiatria. Sem linhas de orientação de outros trabalhos científicos, a dificuldade em definir um método de trabalho eficaz, de modo a justificar o tipo de intervenção utilizada, foi muito complexo.

Pensamos que uma intervenção eficaz deve ser formulada em termos de objectivos concretos. A formulação destes permite precisar o fim que se quer atingir.

O principal objectivo do trabalho é, assim, socializar. Trata-se de ensinar as crianças a estabelecer relações com os outros e a tornarem-se mais sociáveis. Pretende-se que neste processo elas descubram que podem cooperar com os outros, crianças ou adultos, para participar em actividades

interessantes como os jogos e tentar experiências novas. Assim, instalam-se hábitos colectivos, as crianças integram-se neles, deslocam-se, arrumam os materiais e realizam controlos de uma forma autónoma.

Os comportamentos exclusivos, agressivos, inibidos ou excessivamente emotivos podem progressivamente atenuar-se. São, assim, dados às crianças os meios de alargarem e enriquecerem as suas relações sociais. Elas descobrem grupos, observam hábitos, constróem interpretações, estão elas próprias na origem de novos laços.

Outra finalidade é fazer, aprender e exercitar. Trata-se, para as crianças, através de diversas actividades motoras, de desenvolver as suas capacidades de sentir, agir, reflectir e imaginar, ao mesmo tempo que alargam as suas experiências, exploram o mundo e aumentam os seus conhecimentos.

É, portanto, uma ambição deste estudo desenvolver um contacto corporal afectivo, maior tolerância aos outros, trocas sociais relacionais, reciprocidade e cooperação, assim como prazer em participar nas actividades, percepção e procura do outro.

A ênfase comum foi colocada no desenvolvimento de um ambiente consistente e responsivo que minimizasse os benefícios aparentes de uma actividade e vivência solitária e, como tal, pouco estimulante e maximizasse o beneficio da actividade cooperativa, apelando à colaboração dos pares.

Como a intervenção se dá pela via corporal um dos propósitos do trabalho será fazer com que as crianças ampliem o seu vocabulário psicomotor, sem a preocupação de fazer reproduzir estereótipos ou analisá-los, tomando como referência exercícios–teste rotulados como padrões de normalidade.

Pensamos que o vocabulário psicomotor de cada pessoa é variável, ou seja, somos capazes de ampliá-lo a cada nova habilidade que vamos adquirindo. Para isto, não há necessidade de treinar as pessoas para reproduzir gestos estereotipados, basta que se permita a exteriorização, sem pré julgamento do mérito da expressividade motora.

Este estudo terá como intento actividades de cooperação no âmbito da actividade física, com o intuito de melhorar as respostas de inter-relação e afectividade das crianças autistas com os adultos e com outras crianças.

Não seguiremos nenhum modelo psicopedagógico preestabelecido. Iremos tentar viver estas relações com o grupo da maneira mais autêntica

possível e de acordo com o temperamento individual das crianças. Procuraremos estabelecer com as crianças, uma relação que lhes transmita segurança.

Sendo, portanto, objectivos deste trabalho a melhoria das interacções sociais durante a actividade física, iremos avaliar a frequência das interacções com as outras crianças e educadores. Procuraremos também averiguar se existem melhorias nos padrões de interacção social no fim da intervenção, assim como estudar os materiais desportivos em que se verifica maior colaboração destas crianças com os seus pares e adultos.

Com base no que foi referido, decorrentes do problema em estudo, foram construídas hipóteses a verificar com fundamento nos dados resultantes da intervenção que se irá desenvolver.

- Hipótese 1- Submetidas a um programa de treino específico, nas aulas de educação física, as crianças autistas manifestam no final da intervenção, um melhor nível de interacção social em relação ao início da actuação, melhorando o seu relacionamento interpessoal com os seus pares e educadores.

- Hipótese 2 - As crianças autistas colaboram e interagem melhor nas actividades físicas com objectos estáticos, como o colchão e o banco sueco do que nas actividades com objectos portáteis como a bola, arco e bastão.

Inicialmente iremos realizar um pré-teste, usando duas baterias validadas para a perturbação do espectro do autismo, para determinar o nível de interacção social do grupo em estudo. Na segunda fase, através dos resultados obtidos, proceder-se-á à organização de um programa de educação física com incidência nesta área. Por fim, realizaremos o pós-teste, utilizando os mesmos instrumentos de avaliação inicial.

O trabalho que nos propomos terá a constituição seguinte:

Na primeira parte pretendemos transmitir, através de uma síntese literária, uma caracterização teórica do síndroma autista, papel da interacção social e função da educação física.

Numa segunda parte, apresentaremos a nossa contribuição pessoal, definindo a metodologia adoptada.

Na terceira parte serão apresentados os resultados e a sua discussão.

Por último, reúnem-se as conclusões e considerações finais. Estas limitar-se-ão ao âmbito desta amostra, não devendo, por isso, ser generalizadas.

II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - Caracterização

1.1 - Evolução histórica do autismo

Desde o início do século XIX foram relatados casos isolados de crianças pequenas com perturbações mentais muito graves e que envolviam uma marcada distorção do processo de desenvolvimento. Como antigamente a terminologia e os conceitos clínicos eram aplicações directas dos usados na psiquiatria dos adultos, inicialmente estas perturbações foram classificadas como "psicoses", assumindo-se que representavam alterações funcionais que surgiam num organismo previamente saudável (Ruiloba, 1999).

Em 1906 De Sanctis relatou uma série de perturbações que seriam, supostamente, semelhantes às esquizofrénicas, em crianças pré-puberes e chamou-lhes "*dementia infantilis*". Em 1933, Potter propôs uma série de critérios para diagnosticar a "esquizofrenia" que surgia nas crianças.

Foi em 1943 que Leo Kanner, em Baltimore, nos Estados Unidos, descreveu pela primeira vez de uma forma clara e incisiva um síndrome a que chamou "autismo infantil". Para este autor, o autismo seria uma incapacidade inata para estabelecer contacto emocional; surgia nos primeiros anos de vida e caracterizava-se por um isolamento do qual resultava que a criança ignorava, negligenciava e rejeitava qualquer estímulo externo; finalmente, havia um profundo desejo de deixar tudo imutável (Frith, 1989, cit. por Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995).

Ao mesmo tempo que Kanner publicava as suas descobertas acerca desta perturbação, mais tarde conhecida por síndrome de Kanner, um médico austríaco chamado Hans Asperger, em 1944, não tendo conhecimento dos estudos de Kanner, publicava detalhadas descrições de casos muito semelhantes aos detectados pelo seu colega americano.

É interessante saber que qualquer dos dois cientistas chamou «autismo» ao síndroma, termo já empregue em 1911 por Ernst Bleuler para nomear uma perturbação psiquiátrica relacionada com a esquizofrenia e caracterizada pela ausência ou diminuição da relação do paciente com as pessoas e com o

mundo exterior e pelo seu isolamento em si próprio (Frith, 1989, cit. por Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995).

Os casos descritos por Asperger abrangiam um mais vasto leque de pacientes, incluindo alguns com danos orgânicos profundos, outros no limiar da normalidade e ainda alguns que mostravam capacidades excepcionais em determinadas áreas. Talvez por isso, hoje, os casos de pessoas autistas inteligentes ou mesmo sobredotadas integram tradicionalmente o subgrupo do "síndroma de Asperger" (Gillberg, 1985, Schopler, 1985, Tantam, 1988, Wing, 1981, cit. por Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995).

O termo autismo provém da palavra grega "autos" que significa "próprio", Foi esta característica essencial que Kanner e Asperger quiseram fazer destacar, ou seja, uma interiorização que o indivíduo manifesta, sendo difícil de se verificar uma entrega à troca e participação social. A diferença entre as duas descrições não parece ter, ainda hoje em dia, uma base claramente sustentável, embora para alguns autores estas categorias diferenciais tenham provado ser úteis (Frith, 1989, cit. por Pereira, 1998). A definição de Asperger é, contudo, mais ampla do que a de Kanner e tende a ser reservada para pessoas com autismo de inteligência quase normal e muito verbais.

Tanto Kanner como Asperger referem algumas características comuns relativas ao isolamento, à comunicação, ao uso da linguagem e a uma perturbação do contacto de natureza sócio-afectiva; ambos enfatizaram aspectos particulares e dificuldades nos desenvolvimentos e adaptações sociais e ambos prestaram uma atenção especial aos movimentos repetitivos e a aspectos, por vezes surpreendentes, do desempenho e funcionamento intelectual e cognitivo (Pereira, 1999).

Mas enquanto Kanner parecia ver esta perturbação como um desastre absoluto, Asperger sentia que ela talvez incluísse certas características positivas ou compensadoras – uma "*originalidade particular de pensamentos e experiências, que pode conduzir a feitos excepcionais numa idade mais avançada*" (Sacks, 1995, pp.294).

Brauner afirma que Asperger descrevia outras crianças com as mesmas características, coincidentemente, com o autismo. Este autor atribuiu a génese da síndroma como sendo de ordem orgânica e não de cunho emocional. Pode-se inferir que a coincidência atribuída ao uso da nomenclatura se deve

aos estudos de Bleuler, autor da teoria do pensamento autista, conforme narra Vygotsky (1943), cit. por Negrine & Machado (1999).

O próprio Bleuler reconheceu mais tarde que a expressão "pensamento autista" causou muitas controvérsias e equívocos de interpretação, propondo posteriormente o termo "pensamento irreal" em contraposição ao pensamento autista.

Alguns anos depois Bender, em 1947, escreveu sobre "esquizofrenia infantil" referindo-se a um largo espectro de perturbações mal definidas que surgiam na infância. Pouco tempo depois surgem na literatura os conceitos de "psicose simbiótica" (Mahler & Goslliner, 1955) e de criança atípica (Rank, 1955), cit. por Varanda (1998).

Durante alguns anos proliferaram os termos diagnósticos e as subclassificações ao abrigo do termo "esquizofrenia infantil" até que, nos anos 70, se chegou à conclusão de que era necessário distinguir as alterações mentais graves que surgiam durante o período da primeira infância das psicoses que surgem na segunda infância ou na adolescência (Varanda, 1998).

Desde a primeira descrição do autismo desenvolveram-se duas concepções diferentes deste síndroma:

Uma primeira corrente, iniciada há uns trinta anos e retomada por Tinbergen (1972) e Richer (1978) defende que o afastamento social das crianças autistas é consequência de uma angústia e temor extremo que suprimem qualquer forma de comportamento social e exploratório (Plumet et al., 1987). Segundo esta concepção, os problemas cognitivos são secundários àquele.

Em oposição, a partir de 1970, desenvolveram-se investigações para mostrar que o autismo tem por base um défice cognitivo primário, responsável pelas dificuldades no domínio afectivo e da motivação.

Estas diligências contraditórias parecem estar subentendidas nos dois modelos interpretativos seguintes:

1)uma perturbação da esfera afectiva que se explicaria por factores do meio ambiente familiar;

2)uma perturbação cognitiva que seria reflexo de uma anomalia biológica.

Uma e outra abordagem permitiram descrever mais pormenorizadamente o síndroma autista e verificar a sua autenticidade sob variadas formas. Mas a separação artificial que estes dois modelos veiculam entre processos cognitivos e processos sócio-económicos, de um lado interacções com o meio ambiente e do outro características biológicas, falha por não tomar em consideração a complexidade de funcionamento do indivíduo (Plumet et al., 1987).

Tentando explicar o autismo, algumas hipóteses não provadas cientificamente surgiram, negando a origem endógena da perturbação, tal como Kanner a tinha considerado. Uma das hipóteses mais difundidas foi a dos que consideravam o autismo como uma resposta negativa emocional a um ambiente com ausência de cuidados adequados (Bettelheim, 1967, cit. por Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995). Como resultado de experiências empíricas alargadas a um vasto grupo de indivíduos e com o prosseguimento da investigação científica, estas hipóteses foram afastadas e hoje são estudadas em profundidade as origens biológicas do autismo, bem como as perturbações perceptivas, cognitivas e linguísticas que o caracterizam.

A investigação mostrou que os cuidados e procedimentos educativos dos pais das crianças com autismo não eram significativamente diferentes dos dos pais das crianças normais, excepto no que se refere ao stress emocional de criar uma crianças com deficiência (Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995).

Nos anos 50 e 60 o tratamento dado às crianças com autismo consistia, basicamente, numa terapia de jogo e os pais, considerados prejudiciais à criança, eram afastados do seu convívio. Hoje, com a experiência das escolas ligadas a associações de pais criadas em todo o mundo, as crianças com autismo são educadas adequadamente por pais e profissionais em conjunto (Wing, 1986, cit. por Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995) e recebem educação individualizada, quer em casa quer em instituições especiais (Inglaterra, Irlanda, Portugal, Austrália, etc.) ou em escolas do ensino regular, como por exemplo, na Carolina do Norte ou no País Basco. Os métodos utilizados na sua educação baseiam-se, em grande parte, em teorias comportamentalistas (Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995).

Hoje o termo "autismo infantil ou precoce" foi abandonado, na medida em que se sabe que o autismo é uma deficiência que prevalece por toda a vida e não apenas uma perturbação própria da infância.

1.2 - Definição

Existem diferentes definições para o autismo, contudo parece ser aceite que se trata de um síndrome comportamental, caracterizado clinicamente por uma tríade sintomática de distúrbios na socialização e comunicação, limitação da actividade criativa e interesses restritos (Branco et al., 1994; Levy, 2000).

Autistas são pessoas que têm dificuldade em comunicar com os outros e com o meio, desenvolvendo assim um código próprio, pertencente ao seu histórico de vida (Pastallé, 1996); algumas têm possibilidades intelectuais, podendo vir a estabelecer esse contacto (Souza, et al., 1994).

É uma deficiência grave, crónica, que compromete o desenvolvimento normal de uma criança e manifesta-se tipicamente antes do terceiro ano de vida. Caracteriza-se por lesar ou diminuir o ritmo do desenvolvimento psiconeurológico, social e linguístico. Estas crianças apresentam, também, reacções anormais a sensações diversas como ouvir, ver, tocar, sentir, equilibrar e degustar. A linguagem está afastada ou não se manifesta. Relacionam-se com as pessoas, objectos e eventos de maneira não usual, levando a crer que haja um comprometimento orgânico do sistema nervoso central em níveis os mais diversos (Gauderer, 1992, cit. por Negrine & Machado, 1999).

No autismo há um desenvolvimento inadequado que se manifesta de maneira grave durante toda a vida. Não há fronteiras raciais, étnicas ou sociais para o autismo. Encontra-se por todo o mundo. O nível económico e cultural, bem como os estilos de vida das famílias, não influenciam a probabilidade de surgirem crianças autistas. Desconhecem-se estatísticas nacionais rigorosas da sua incidência nos diferentes países (Bento, 1999). Não se conseguiu até agora provar nenhuma causa psicológica no meio ambiente dessas crianças que possa causar esta deficiência (Kirk et al., 1996).

Actualmente concebido como uma perturbação pervasiva do desenvolvimento, manifesta-se gradualmente durante os primeiros três anos e com diferentes expressões ao longo da vida (APPDA, 1993; Frith, 1989, cit. por Pereira, 1998; Barthélemy et al., 2000).

O termo de pervasivas passaria então a pretender sintetizar os característicos e muito severos défices que impunham impedimentos globais em múltiplas áreas do desenvolvimento das crianças, tais como as da interacções social recíproca, os problemas acentuados na comunicação e a presença de interesses, comportamentos e actividades repetitivas.

A adopção do termo de perturbações pervasivas do desenvolvimento, hoje traduzidas para perturbação globais do desenvolvimento no DSM IV, (1986) e na A.P.A., (1987), foi importante com o seu ênfase nos aspectos desenvolvimentais e nas características das anormalidades verificadas, mas também no estabelecimento da diferenciação necessária da doença mental tal como ocorre na vida adulta (Rutter & Schopler, 1987, cit. por Pereira, 1999).

O adjectivo pervasivo, traduzido para global, tinha por significado e intenção chamar a atenção para a larga distorção do processo desenvolvimental, envolvendo a comunicação, socialização e os processos do pensamento, um leque de aspectos anómalos que faz o autismo diferente das perturbações desenvolvimentais específicas da linguagem, nas quais os problemas são muito mais restritos na sua expressão, mesmo com as alterações sócio-emocionais comuns associadas (Cantwell & Baker, 1985, cit. por Pereira, 1999).

As principais características do autismo são as dificuldades no estabelecimento de relações sociais, na comunicação verbal e não verbal, no desenvolvimento do jogo simbólico e da imaginação e na resistência às mudanças de rotina (APPDA, 2000).

A síndroma comportamental é única e consiste em distúrbios específicos de relacionamento interpessoal incluindo distância emocional, ausência de contacto olho-a-olho e indiferença afectiva; ausência de intencionalidade na comunicação verbal e não verbal, formas desviantes na linguagem, tais como reversão pronominal e ecolalia. Há uma reacção a objectos incluindo uma maneira estereotipada de enfileirar e arrumar brinquedos e ausência de criatividade ao brincar. A modulação sensorial é inadequada e manifesta-se

tanto como hipo como hiper-reactividade a estímulos. Existe uma motilidade anormal que inclui movimentos oscilatórios e rotativos das mãos (Ajuriaguerra, 1980, cit. por Alós, 1994; Negrine & Machado, 1999).

Muitas crianças exibem problemas inespecíficos que se encontram não só em várias perturbações psiquiátricas, mas também em crianças normais. No entanto, comparações sistemáticas entre crianças autistas e crianças com outros síndromas psiquiátricos têm confirmado que há características de interacção social, linguagem e comportamento que são específicas do autismo (Varanda, 1998).

Campbell et al. (1992) e, Damasio & Maurer cit. por Gauderer (1993) traçaram um perfil clínico e comportamental da síndrome de autismo Infantil: incapacidade para desenvolver relações sociais normais, distúrbios no desenvolvimento da comunicação verbal e comportamentos ritualísticos e compulsivos, resistência a mudanças na rotina ou em relação aos factores circundantes, preocupações anormais, ligações e conjuntos mórbidos. Outros sinais clínicos importantes são os distúrbios da motilidade como movimentos estereotipados, anormalidades da marcha e da postura e perturbações da atenção, com respostas anormais à estimulação auditiva, visual e vestibular.

O autismo é classificado como uma desordem aguda no desenvolvimento, diferente de desordens específicas e de deficiência mental. Peeters et al., (1998) afirmam que o autismo não é doença mental nem psicose.

Actualmente, admite-se que a classificação de autismo designa uma categoria de diagnóstico mais abrangente do que nos anos 40; aceita-se, assim, que o autismo é a expressão sintomática final de uma perturbação cerebral provocada por diferentes tipos de lesões, manifestando-se por diversos graus e sintomatologia (Gillberg & Coleman, 1992), mantendo-se constante a tríade de incapacidades de que falaremos em pormenor mais à frente.

É hoje geralmente aceite que as perturbações incluídas no espectro do autismo, perturbações globais do desenvolvimento nos sistemas de classificação correntes internacionais, são perturbações neuropsiquiátricas que apresentam uma grande variedade de expressões clínicas e resultam de disfunções multifactoriais do desenvolvimento do sistema nervoso central (Barthélemy et al., 2000).

1.3 - Etiologia

A temática da causalidade ou da etiologia do autismo é uma questão complexa, controversa e sempre incompleta, quando se entrecruzam aspectos de natureza biológica e psicológica (Bhoyrub et al.,1983).

Muitas explicações erradas foram descartadas desde a descoberta do autismo. Os estudos realizados por psiquiatras, psicanalistas, psicólogos entre outros profissionais, não ajudaram a descobrir a etiologia deste transtorno. Por outro lado, estes mesmos estudos foram decisivos para desmitificar algumas definições equivocas sobre a origem do síndrome e sua classificação. Não há ainda hoje um consenso sobre a etiologia: Será uma causa orgânica um factor? os pais serão causadores da problemática da criança? será um tipo de esquizofrenia e será que está inserida no grupo das psicoses infantis? (Negrine & Machado, 1999).

Certamente que desde há muitos anos existem indivíduos perturbados com autismo infantil mas embora passado esse enorme período de tempo ainda hoje nada de concreto se sabe sobre a etiologia a as alterações biológicas desta patologia muito grave (Pereira, 1990).

Pela primeira vez descrito por Kanner, em 1943, no livro "Autistic Disturbances of Affective Contact", o autismo infantil foi então considerado como secundário a uma causa psicogénica, uma relação inadequada pais-criança; no entanto, é actualmente aceite ter uma base biológica, sendo a expressão final de diferentes condições médicas que, na maior parte dos casos, permanece ainda por identificar (Bates, 1985; Branco et al., 1994).

Quais são as suas causas? Todos parecem aceitar a importância das interacções e da complexidade dos factores biológicos, muitos deles desconhecidos e de factores relacionais, frequentemente pouco específicos. Mas as especulações, as construções teóricas, as hipóteses, demasiadas vezes tomadas como certezas, vão em geral em direcções opostas (Tomkiewicz, 1987).

Às especulações sobre uma origem psicógena, veio juntar-se a infelicidade do nome "autismo" que Kanner escolheu, a partir da influência de Bleuler (Ritvo, et al., 1976, cit. por Pereira, 1990) e isto fundamentalmente por sugerir nestes indivíduos uma recusa de contactos com o exterior, concepções que,

crescendo de popularidade, prevaleceram nas décadas de cinquenta e sessenta, fornecendo e desenvolvendo a ideia de que o autismo era uma perturbação do funcionamento social, de causa emocional, manifestamente observável nas respostas de reacção da criança a um meio dito desfavorável, em vez de algo caracterizado por déficits inatos e deficiências de produção específicos (Rutter & Howlin, 1987, Bandura, 1969, cit. por Pereira, 1990; Gauderer, 1993).

As investigações efectuadas nos diferentes países, ao longo das últimas décadas, são bastante sugestivas de que as origens do autismo se encontram nas anomalias biológicas, enquanto que alguns estudos seriamente realizados acerca dos factores circundantes não conseguiram encontrar provas que indicassem que, ao nível das causas, tivesse alguma importância o ambiente familiar durante a primeira infância. Os estudos científicos ajudam pouco a pouco a compreender os défices das funções especificamente psicológicas que dizem respeito às competências necessárias para a interacção social, a comunicação e a imaginação (Gonçalves, 1980; Bates, 1985).

Durante muito tempo persistiu a crença, defendida por alguns psicólogos e psicanalistas, de que o autismo seria motivado por uma má relação maternal, culpabilizando e penalizando assim a família pelo sucedido.

Hoje em dia, as causas das perturbações diversas que atingem as pessoas portadoras de autismo, são consideradas como inerentes ao foro neurobiológico (Sherril,1998). Igualmente associado ao autismo estará um funcionamento diferente do cérebro e do S.N.C., relativamente ao padrão considerado "normal" (Falcão, 1999).

O síndroma pode resultar de diferentes causas, genéticas, adquiridas, neurobiológicas, metabólicas, virais, etc. (Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995, Levy, 2000).

Há vários factores que predispõem e podem contribuir para a disfunção do sistema nervoso central. As causas exactas não são conhecidas, mas há evidência conclusiva que o autismo é causado por uma disfunção cerebral orgânica (Swaiman et al., 1982), que pode estar associada a infecções virais ou outras como a rubéola durante a gravidez ou na primeira infância, doenças infantis que afectem o sistema nervoso central, disfunções metabólicas, complicações pré, peri e/ou pós natais (hemorragia do 2º semestre, infecções

congénitas, prematuridade, ACIU, asfixia, etc.) (Branco et al., 1994), factores genéticos (Barthélemy et al., 2000); o facto do autismo poder estar associado ao síndroma X frágil (Levine et al., 1983) ou à fenilcetonúria indica que há um subgrupo no qual os factores genéticos desempenham um papel importante) (Philip, 1995), e factores imunológicos (Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995). A investigação em curso e as modernas técnicas fornecem evidência, informação e dados que mais claramente definirão as causas exactas do síndroma (Bautista, 1997; Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995).

No autismo de Kanner raramente se encontram sinais neurológicos patentes, mas é frequente a associação com várias patologias tais como: fenilcetonúria, embriopatia da rubéola, espasmos infantis, em particular psicomotores, esclerose tuberosa, neurofibromatose, síndrome de Moebius, síndrome de Rett, anomalias do cromossoma X, encefalite herpética), outras infecções virais, como a toxoplasmose; síndrome de Cornélia de Lange, distrofia muscular de Duchenne, mucopolisacaridose, etc. (Vidigal & Guapo, 1997). Aproximadamente metade das crianças que têm comportamento autista também sofrem de alguma patologia grave afectando o sistema nervoso central, tal como espasticidade ou epilepsia. As restantes parecem fisicamente saudáveis, excepto o seu comportamento estranho; no entanto, um exame especializado frequentemente mostra que têm dificuldades que podem ser causadas por alguma anormalidade do cérebro (Gauderer, 1993).

Gillberg (1992) e outros autores consideram que o autismo está frequentemente associado com os diagnósticos citados, havendo outros que se referem às formas idiopáticas, quando não são encontrados factores orgânicos.

A partir da década de 70 desenvolveram-se investigações cujos resultados foram interpretados no sentido do estabelecimento de um nexo entre o autismo e as dificuldades no domínio afectivo e da motivação, que teriam por base uma perturbação cognitiva, reflexo de uma anomalia biológica: o autismo decorreria de um problema de natureza orgânica ainda desconhecida – para uns, uma alteração no sistema nervoso central, motivada por qualquer desorganização bioquímica, para outros, uma predominância do hemisfério direito do cérebro que controla as reacções motoras e a apreensão das sensações sobre o hemisfério esquerdo do córtex cerebral, responsável pela

linguagem e pelo raciocínio abstracto, gerador de um défice cognitivo primário e das dificuldades no domínio afectivo e da motivação (Cox et al. 1975, Wing, 1978, cit. por Bento, 1999).

1.4 - Prevalência

O autismo infantil é actualmente a terceira mais frequente perturbação do comportamento, sendo mais frequente que o síndrome de Down, por exemplo.

No entanto, a maioria do público, incluindo muitos profissionais, quer do campo da saúde quer da educação, ainda desconhecem até que ponto o autismo perturba a vida dos doentes e dos que os rodeiam, bem como a forma de lidar com eles e de os ajudar de algum modo (Varanda, 1998).

Desconhece-se com precisão o número de pessoas afectadas com o síndroma do espectro do autismo, variando as percentagens com os diferentes autores.

Segundo Pereira (1999), muitos estudos sobre o autismo têm sido feitos com base na população para determinar o número de pessoas com essa perturbação, entre os quais se destacam os de Lotter, 1966; Wing & Gould, 1979; Gillberg, 1984; Bohman et al., 1983; Steffenburg & Gillberg, 1986.

Os dados, em termos gerais, apontam para taxas na população da ordem dos 4 a 7 por cada 10 000 crianças, no espectro total das perturbações passíveis de serem consideradas como "autismos"; mas esta questão da designação da patologia e da sua classificação nosológica, vai em si mesmo influenciar apreciavelmente estes números (Mas & Canto, 1992).

De facto, para alguns, quando é diagnosticada uma "perturbação autista", existe um problema adicional que é o de decidir para que sub-grupo no espectro das perturbações do autismo, o distúrbio pertence com melhor adequação (Wing, 1996, cit. por Pereira, 1999).

Utilizando uma definição educacional no autismo, incluindo jovens e crianças com autismo e desordens afins em vez da definição médica, existirão pelo menos 20 em cada 10 000 pessoas afectadas (Peeters,1997; Alós, 1994).

Estudos epidemiológicos nos Estados Unidos da América revelam que 2 a 4 crianças em cada 10 000 apresentam o síndrome autista, mas se incluirmos crianças com atraso mental profundo e algumas características autistas, a prevalência pode chegar a 20 por 10 000 (Kirk et al., 1996).

Freitas (1998), cit. por Bento (1999) afirma nunca ter sido desenvolvido em Portugal um estudo epidemiológico ou levantamento sistemático das pessoas com autismo. E afirma ser sua convicção que as perturbações pervasivas do desenvolvimento em geral e o autismo em particular têm sido sub-diagnosticados entre nós, não estando este tipo de perturbações a ser detectado a nível dos cuidados primários de saúde e, consequentemente, não estarão a ser enviadas para os serviços especializados, não recebendo, consequentemente, as crianças com autismo e as suas famílias o apoio psicosocial adequado às suas necessidades.

Calcula-se que deve haver 4 a 5 mil casos em Portugal, dos quais pelo menos 1 500 com menos de 15 anos (Gonçalves, 1980).

As diferenças na utilização de critérios de diagnóstico pelos diversos investigadores afecta, obviamente, a prevalência e pode influenciar outros resultados de pesquisa. Um dos efeitos das diferenças de critérios é a alteração da variação do Q.I. (quociente intelectual) das crianças diagnosticadas como autistas (Lord et al., 1988).

A partir de testes psicométricos tem-se tornado evidente que a "sub-normalidade" afecta a vasta maioria de pessoas com autismo; mesmo aquelas onde apenas está expresso um atraso muito ligeiro ou as que não são atrasadas em termos de valor global de quociente de inteligência mental, mostram disfunções cognitivas específicas (Bautista, 1997). É deste modo que surge lentamente a noção de autismo relacionado com deficiência mental, deficiência esta com compromisso orgânico, já que, quer o atraso mental geral, quer as disfunções específicas cognitivas, são sinais de patologia cerebral (Rudolph & Hoffman 1982; Gillberg & Colleman, 1992).

Testando o Q.I. de crianças autistas, aproximadamente 60% mostram resultados abaixo de 50, 20% entre 50 a 70 e apenas 20% tem inteligência maior que 70 pontos. A maioria mostra uma ampla variação de resultados, que oscilam em tempo e em diferentes testes (Gauderer, 1993; Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995).

A proporção de sexos também está hoje relativamente bem definida. Os rapazes aparecem em maior número do que as raparigas, numa relação que oscila de 1,4 a 5 (Pereira, 1999), exibindo estas, todavia, um atraso mental mais grave (Ritvo et al., 1983). O sexo feminino tem sido negligenciado nos diversos estudos por esta menor incidência do síndrome (Wing, 1981, cit. por Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995).

A numerosa quantidade de rapazes e o reduzido número de raparigas com autismo constituem um índice típico da origem biológica do autismo (Bento, 1999). A explicação adiantada tem sido a que se prende com o cromossoma X: As raparigas possuem dois cromossomas X, um "herdado" da mãe e outro "herdado" do pai e, caso um deles seja "anormal", esta anomalia pode ser compensada pelo outro, ao contrário dos rapazes, que possuem um único cromossoma X, não possuindo por isso essa reserva de segurança (Heneson, 1994, cit. por Bento, 1999).

1.5 - A detecção precoce do autismo

"Intervir precocemente significa que ao primeiro minuto de vida temos já um minuto de atraso"

(Dr. Grenier cit. por Rogé, 1998, pp.54)

A intervenção precoce no caso do autismo só começou a ser uma realidade num passado muito recente e continua a ser uma questão muito problemática, na medida em que o diagnóstico precoce é difícil e muitas vezes as crianças só são identificadas muito tardiamente.

Esta questão é fundamental, pois existe acordo geral que os melhores resultados com a atitude terapêutica ou educacional se obtêm quando a intervenção tem início numa idade muito precoce. É esta também a altura em que os pais necessitam de mais informação e apoio (Trevarthen et al., 1996).

A intervenção deverá ter início tão cedo quanto possível, por várias razões. Em primeiro lugar porque um dos melhores predictores do desenvolvimento nesta população continua a ser o nível de linguagem funcional adquirida até aos 30 meses. Em segundo lugar a intervenção precoce poderá diminuir o

aparecimento de problemas de comportamento secundário; estes surgem frequentemente como consequência do aparecimento de obsessões e rituais muito intensos, que interferem com toda a aprendizagem (Magerotte et al., 1994). Finalmente, através de uma intervenção precoce dirigida às diversas áreas de desenvolvimento onde existem déficits específicos, determinados através de uma avaliação cuidadosa, as crianças com autismo podem vir a adquirir uma existência mais normalizada (Trevarthen et al., 1996).

Infelizmente, grande parte dos médicos assistentes não têm conhecimento específico em problemas de desenvolvimento. No caso de crianças autistas e outros tipos de deficiências que não tenham características físicas muito distintas, o problema geralmente só é identificado na primeira infância quando as deficiências ficam tão óbvias que não podem ser mais negadas, acarretando a perda de alguns anos preciosos de intervenção (Gauderer, 1993).

Embora os resultados publicados sejam variáveis, a detecção precoce indica em geral um ganho substancial, perceptível posteriormente ao nível das capacidades de adaptação às estruturas escolares normais ou especializadas (Rogé, 1998).

As evoluções culturais e sociais destes últimos decénios determinaram modificações importantes no modo de vida destas crianças. Numerosos trabalhos científicos sublinharam a importância dos primeiros anos de vida no futuro das crianças e puseram em evidência os efeitos benéficos de uma acção educativa, conduzida desde a mais tenra idade como complemento da educação dada pela família (Rogé, 1998).

1.5.1 - Diagnóstico

O autismo é geralmente considerado como o distúrbio psiquiátrico mais grave da criança e, no entanto, a sua identificação faz-se demasiado tarde. Com efeito, raramente se envia ao especialista uma criança com suspeita de autismo antes dos 3 anos de idade, apesar do consenso entre os investigadores de que esta deficiência tem, quase sempre, origem pré-natal (Volkmar, 1985, cit. por Baron-Cohen et al., 1994).

Esta idade relativamente tardia para a detecção deve-se ao facto de:

- Os técnicos de saúde primária não são especificamente treinados para detectar o autismo em idades precoces;

- Em muitos países os profissionais da saúde limitam-se a examinar o desenvolvimento motor, intelectual e perceptivo, aspectos esses que podem aparecer normais no autismo;

- Este distúrbio é muito raro;

- Muitos dos conjuntos de critérios de diagnóstico do autismo (Associação Americana de Psiquiatria; Organização Mundial de Saúde), colocam a ênfase em perturbações do desenvolvimento social e da comunicação, ambos difíceis de avaliar na idade pré-escolar (Baron-Cohen et al., 1994).

O quadro inicialmente descrito por Kanner, em 1943, inclui já os principais elementos que hoje se consideram importantes para o diagnóstico da perturbação autista. Kanner afirmava já então que se tratava de uma anomalia do desenvolvimento, de início precoce, caracterizada por uma incapacidade em desenvolver relações com os outros, um atraso na aquisição da linguagem, uma utilização não funcional da linguagem, actividades de jogo repetitivas, uma necessidade de imutabilidade do meio, uma falta de imaginação e uma boa capacidade para decorar (Schopler et al. 1980; Rogé, 1998).

Os critérios actuais do autismo coincidem largamente com a descrição inicial de Kanner. Uma tonalidade importante foi, no entanto, introduzida ao nível das perturbações da relação social. Enquanto que Kanner referia uma "incapacidade para estabelecer relações sociais", o que atribuía à perturbação uma dimensão irreversível, foi agora introduzida a noção de anomalia qualitativa das relações.

Põe-se hoje tónica na dificuldade de operacionalização das funções de relação e no carácter singular dos sinais utilizados. A ausência da motivação social que estava implícita na terminologia de Kanner foi, portanto posta em causa (Rogé, 1998).

O diagnóstico desta deficiência deve ser baseado em critérios utilizados pela Organização Mundial de Saúde que desenvolveu o seu código internacional de doenças (C.I.D -10) e a Associação Americana de Psiquiatria que tem o seu Manual Diagnóstico e Estatístico (D.S.M.III-R). Através destas

organizações, dos grupos de normas por eles estudados e desenvolvidas, pode-se hoje errar menos e detectar em menos tempo se uma criança é ou não portadora de autismo (Gauderer, 1992, cit. por Negrine & Machado, 1999).

A deficiência ou síndroma manifesta-se paulatinamente nos primeiros anos de vida, entre os 18 e os 36 meses. O seu estudo e diagnóstico são difíceis devido ao elevado número de sintomas possíveis. Cada caso individual apresenta apenas parte dos mesmos, pelo que não é possível encontrar duas crianças iguais, embora haja um fundo nuclear comum (Sacks, 1995). Paralelamente, organizam-se outros sintomas que, para maior complicação, não são estáveis no tempo, isto é, há sintomas secundários existentes aos quatro anos e que desaparecem posteriormente para serem substituídos por outros até então inexistentes (Gonçalves, 1980). O quadro clínico pode mudar no período posterior da infância e na adolescência (Negrine & Machado, 1999).

Muitas destas crianças frequentam escolas especiais com diagnósticos erróneos de surdos-mudos ou distúrbios de comportamento (Mas & Canto, 1992).

No que diz respeito às crianças autistas, pensou-se que um dos sinais para o diagnóstico do autismo seria a criança não ser afectada pelas interacções sociais com as outras. A criança autista pode não estabelecer contacto visual com outra pessoa, pode evitar activa ou passivamente o contacto físico e não corresponder aos elogios sociais (Jensen, 1980).

- Poderá o contacto físico, o elogio, ou talvez, uma variedade de reforços que ocorra naturalmente no ambiente vir a ter alguma relação com o desenvolvimento ou com o fortalecimento e manutenção de comportamentos autistas? (Jensen, 1980). Será essa investigação a perspectiva do nosso trabalho.

Muitas vezes somos confrontados com uma criança que exibe comportamentos obviamente diferentes daqueles que esperamos de crianças de idade cronológica semelhante. Em relação às da mesma idade, as crianças autistas podem demonstrar atrasos visíveis em quase todas as áreas do desenvolvimento humano.

Ornitz & Ritvo (1976), cit. por Jensen (1980), escreveram que de todos os síndromas hoje classificados como desordens de desenvolvimento, o autismo é um dos mais difíceis de compreender. Enormes diferenças quanto à severidade, alterações periódicas dos sintomas, nosologia confusa e inconsistente e falta de sinais físicos específicos, fazem do diagnóstico um processo difícil.

O diagnóstico serve geralmente duas funções: primeiro, diferenciar uma doença ou condição de outra; segundo, designar o tratamento ou tratamentos apropriados. O autismo, como classificação diagnóstica que é, apresenta temas gerais de comportamento ou área de perturbação no comportamento, podendo, contudo, os elementos específicos variar de criança para criança. Os elementos específicos são importantes para um diagnóstico e tratamento apropriado (Jensen, 1980).

O autismo não pode ser diagnosticado apenas a partir de um só sintoma, é necessário que estejam presentes simultaneamente os sintomas principais, o que acontece já, por vezes, antes dos três anos.

No entanto, só por essa altura há dados concretos que permitem um diagnóstico correcto. Para esse efeito, são necessárias não só a observação clínica mas também a descrição do comportamento feita pelos pais ou certas pessoas que lidam com a criança. Os relatos retrospectivos feitos por familiares dão também um importante contributo para a elaboração do diagnóstico.

Ao longo da vida há uma evolução dos sintomas relacionada com as características dos diferentes níveis etários com características individuais. A pessoa com autismo é um indivíduo único e não deixa de passar por todas as etapas da vida como qualquer outro ser humano (Cottinelli Telmo & Rodrigues, 1995).

É necessária ainda muita investigação para definir com precisão o vasto grupo de desordens que integram o espectro do autismo (Peeters, 1997).

Seguidamente serão referidos com mais detalhe ambos os sistemas classificativos com os critérios de diagnóstico do autismo aceites actualmente, o DSM-IV (1994) e o sistema ICD-10.

A comparação dos quadros permite constatar que as diferenças entre os dois manuais são pouco significativas, o que reflecte claramente os esforços

desenvolvidos para a procura de um diagnóstico consensual, dentro deste domínio (Cohen et al., 1997).

Quadro 1 - Critérios de diagnóstico para o distúrbio autista - DSM-IV

1) Alteração qualitativa das interacções sociais (a presença de pelo menos dois)

* Alteração profunda no uso de diversos comportamentos não verbais como, por exemplo, o contacto visual, a expressão facial, a postura corporal e os gestos que regulam a interacção social e o contacto visual.

* Incapacidade de criar relações sociais adequadas ao nível de desenvolvimento.

* Incapacidade para a reciprocidade social e emocional.

2) Alteração qualitativa da comunicação (presença de pelo menos um)

* Atraso ou não aquisição da linguagem falada, não compensada através de outros dados de comunicação, com a mímica ou a gestual.

*Em pessoas com linguagem adequada existe uma alteração grave na capacidade de iniciar ou de manter uma conversação.

* Uso repetitivo ou estereotipado da linguagem idiossincrática.

* Imitação, jogo social e "faz de conta" pobres, inadequados ao nível do desenvolvimento.

3) Padrões de comportamento, interesses e actividades repetitivos, restritos e estereotipados (presença de pelo menos um).

* Um ou mais padrões de interesse restrito e estereotipado, anormais tanto na intensidade como no objectivo.

* Adesão inflexível a rituais ou a comportamentos não funcionais.

* Maneirismos motores repetitivos e estereotipados (ex. estalar os dedos, movimentos complexos do corpo).

* Preocupação persistente com partes dos objectos.

4) Exige ainda o atraso ou funcionamento anormal em, pelo menos, uma das seguintes áreas, com início anterior ao terceiro ano de vida:

* Interacção social.

* Linguagem como forma de comunicação.

* Jogo imaginativo e simbólico.

Extraído e adaptado do DSM-IV, 1994, pp.70

Quadro 2 - Critérios de diagnóstico para o distúrbio autista – ICD –10

Anomalias qualitativas na interacção social reciproca, manifestas em pelo menos dois dos quatro sintomas seguintes:

(1) Incapacidade de usar adequadamente o olhar, expressão facial, gestual e os movimentos corporais nas interacções sociais.

(2) Incapacidade de estabelecer relações com os pares que impliquem uma partilha mutua de interesses, de actividades socais.

(3) Procura raramente os outros em busca de conforto e afecto, em caso de ansiedade, desconforto, ou sofrimento.

(4) Inexistência de procura expontânea de alegrias, interesses ou sucesso com os outros.

(5) Ausência de reciprocidade social e emocional, que se manifesta por respostas perturbadas ou anormais às emoções dos outros ou ausência de modulação do comportamento em função do contexto social.

Problemas qualitativos da comunicação, manifestados pelo menos em um dos sintomas seguintes:

(1) Atraso ou ausência total do desenvolvimento da linguagem falada, não acompanhada por uma tentativa de compensação por outras formas de comunicação alternativa, como a gestual ou a mímica.

(2) Ausência do jogo expontâneo de "faz de conta" ou do jogo social imitativo.

(3) Incapacidade de iniciar ou manter uma conversa.

(4) Utilização estereotipada e repetitiva da linguagem, utilização idiossincrática das palavras e das frases.

Comportamentos, interesses e actividades restritas, repetitivas e estereotipadas, manifestados pelo menos por um dos quatro sintomas seguintes:

(1) Ocupação obsessiva por um ou vários centros de interesse estereotipados e limitados.

(2) Adesão aparentemente compulsiva a hábitos e rituais específicos e não funcionais.

(3) Actividades motoras estereotipadas e repetitivas.

(4) Preocupação persistente e não funcional com partes de objectos, elementos ou peças de um jogo.

Extraído e adaptado de Peeters & Gillberg, 1995, pp.31 (cit. por Marques, 2000)

Os sintomas, fruto de disfunções físicas do cérebro verificadas pela anamnese ou presentes no exame ou entrevista com o indivíduo, incluem:

- Distúrbios no ritmo de aparecimento de habilidades físicas, sociais e linguísticas.
- Reacções anormais às sensações. As funções ou áreas mais afectadas são: a visão, audição, tacto, dor, equilíbrio, olfacto, gosto e postura corporal.
- Fala e linguagem ausentes ou atrasadas. Certas áreas específicas do pensar presentes ou não. Ritmo imaturo da fala, restrita compreensão de ideias. Uso de palavras sem associação com o significado.
- Relacionamento anormal com objectos, eventos e pessoas. Respostas não apropriadas a adultos ou crianças. Objectos e brinquedos não usados da maneira devida (Fitzgerald, 1977; Gauderer, 1993).

1.5.2 - Tríade da deficiência

Em 1993, Lorna Wing formulou uma "tríade de deficiências" do autismo. Esta não é mais que uma sistematização dos défices que as pessoas portadoras de autismo apresentam, nomeadamente problemas ao nível da interacção social, da comunicação e da imaginação. Em consequência, demonstram um tipo de comportamento rígido, tendo necessidades e centros de interesse limitados e movimentos estereotipados (Falcão, 1999).

A incapacidade de desenvolver relações interpessoais é, durante os primeiros anos de vida, o factor mais marcante e mais específico nas crianças autistas (Gómez & Núñes, 1998). Muito cedo, constata-se nelas uma extrema pobreza de sincronias inter-relacionais, uma má adaptação postural, uma falta de participação em relação aos movimentos de preensão nos braços dos adultos, com uma posição do corpo mole ou, ao contrário, rígido. As condutas de afeição são raras e pouco específicas: na altura de separações as manifestações ansiosas são limitadas e o acolhimento é pouco caloroso quando o adulto regressa. Por outro lado, não procuram activamente o contacto físico para serem consoladas ou tranquilizadas e mantêm-se muitas vezes afastadas.

Em geral, as iniciativas são limitadas à utilização das pessoas como objectos. Quanto aos jogos raramente são do tipo interactivo e a maior parte das vezes são puramente funcionais (Sigman et al.,1984, cit. por Plumet et al., 1987).

Por conseguinte, estas crianças caracterizam-se, no plano social, por dois traços principais: ausência de condutas de afeição e ausência de participação e reciprocidade social (Filipek et al., 1999).

Estas crianças apresentam dificuldades de relacionamento quer com os adultos, quer com os seus pares. E aqui encontramos desde o caso típico da criança fechada e alheada do que a rodeia, até à criança que responde a uma interacção social, embora se possa revelar incapaz de iniciá-la, passando pela que se apresenta como "activa mas imprevisível", que procura relacionar-se mas que o faz de uma forma desajeitada, dada a sua inexperiência, ou mesmo uma certa ingenuidade, em termos de relacionamento social (Jordan, 2000).

As alterações da linguagem representam um critério importante para o diagnóstico do autismo. Trata-se não apenas de um atraso na sua aquisição, mas também de anomalias características, diferentes das encontradas em crianças que apresentam outras perturbações da fala (Ramos, 2000). Os autistas não manifestam défices superiores aos das crianças disfásicas no plano do reconhecimento preceptivo ou da articulação dos aspectos gramaticais da linguagem. Pelo contrário, a sua deficiência é especificamente mais importante nos domínios da compreensão da linguagem, utilização de aptidões verbais nas provas cognitivas, jogo imaginativo e utilização de gestos. Além disso, verifica-se a presença de estereotipias ou de repetições em eco daquilo que eles acabam de dizer (Bartak, Rutter & Cox, 1975, cit. por Plumet et al., 1987).

Por outro lado, Sigman & Ungerer (1984), cit. por Plumet et al. (1987), assinalam igualmente dificuldades na imitação e a raridade dos jogos simbólicos, de "faz-de-conta".

Na opinião de Volkmar (1998) e Jordan (2000), as dificuldades são patentes em todos os aspectos da comunicação. O problema do autismo reporta-se mais à comunicação do que à linguagem em si. Uma criança pode ter um bom domínio da gramática e da articulação e pode falar fluentemente,

mas o seu discurso poderá apresentar uma entoação estranha, haver repetição (ecolalia) ou omissão de pronomes (pelo menos enquanto mais pequenas) e uma compreensão literal do discurso. Haverá dificuldades em manter conversas, verificando-se que a criança com autismo possa falar às pessoas, mais do que consiga propriamente falar para ou com as pessoas. Existirão, igualmente, dificuldades na compreensão e uso da expressão facial, postura corporal e gestualidade. Outras crianças poderão demonstrar dificuldades semelhantes na compreensão de todas as formas de comunicação, mas não farão uso da fala, nem a compensarão facilmente com comunicação gestual. A todos os níveis, a sua comunicação é directamente dirigida à satisfação de necessidades que se lhe deparem, muito mais do que a uma partilha ou troca de informações ou de interesses.

O terceiro elemento classicamente evidenciado como característico do autismo é a necessidade imperiosa de imutabilidade.

Os jovens autistas manifestam uma resistência acentuada à menor alteração do meio ambiente habitual. São capazes de reacções explosivas em consequência da simples deslocação de um objecto num compartimento, ou da ligeira modificação numa rotina da vida quotidiana, como o arranjo pessoal (Volkmar, 1998; Jordan 2000).

Pode-se relacionar esta necessidade de um meio ambiente estável e regular com outros comportamentos típicos dos autistas: jogos mecânicos, repetitivos, reduzidos frequentemente a um alinhamento, sem finalidade, de pequenos objectos; colecções ou repetição infatigável de um mesmo movimento como, por exemplo, apagar e acender a luz (Cauchon et al., 1991).

Ficam fascinados igualmente pelos objectos que giram sem cessar como um pêndulo ou um ventilador. Entre os autistas que têm expressão verbal, alguns põe questões, de forma estereotipada, para as quais esperam uma resposta sempre idêntica. Por fim, manifestam estereotipias motoras, tais como girar ou bater mãos ou mesmo sequências mais complexas. Estes comportamentos parecem traduzir uma dificuldade em estruturar o meio ambiente na sua variabilidade, em isolar as suas regras, o que obsta à possibilidade de o dominar.

A sua memória é, por vezes, surpreendente, mas é fotográfica, aparentemente sem reagrupamentos nem codificação superior. Parecem ter

dificuldades em transferir o significado de um estímulo de uma modalidade sensorial para outra, isto é, em reconhecer um objecto apresentado sob uma forma diferente (Plumet et al., 1987).

São notórias as suas dificuldades no que se refere à flexibilidade de pensamento e de comportamento (Jordan, 2000). Brincar tende a não ser uma actividade criativa ou verdadeiramente simbólica, ainda que certos actos de jogo simbólico possam ser imitados ou copiados e torna-se frequentemente numa prática isolada (Danielle, 1995). Os mais dotados demonstram dificuldades semelhantes mas expressas de um modo intelectualmente mais exigente, na forma como desenvolvem os seus hobbies ou interesses obsessivos que se sobrepõe a tudo. A compreensão da ficção é mínima ou relacionada unicamente com aspectos muito mais impressionantes ou chocantes. Aprendem mais facilmente decorando, sendo-lhes difícil generalizar.

1.5.3 - Teoria da mente

Depois da constatação de que os déficits linguísticos não podem ser os únicos responsáveis pelo comportamento bizarro das pessoas com autismo (Hermelin, 1970, Rutter, 1978, cit. por Pereira, 1998), só nos finais dos anos 80 e início da década de 90 é que se coloca a noção de uma dificuldade particular no desenvolvimento de uma teoria da mente ou teoria do espírito, ou seja, a competência para representar estados mentais, tais como crenças, desejos, intenções, etc. (Baron Cohen et al., 1985; Frith, 1992).

Baron-Cohen, Leslie & Frith em 1986, argumentaram que os três sintomas enumerados se reduzem a uma só perturbação de processamento cognitivo central descrita como falha do mecanismo de desdobramento, de maturação relativamente tardia (Leslie, 1987 cit. por Leal, 1996). O raciocínio contido nesta análise sobre a falha na maturação do chamado "mecanismo de desdobramento" baseia-se na metáfora descritiva de Permarck (1978) da teoria da mente. Assim, no seu entender, falta às crianças autistas uma teoria da mente e a percepção distinta de que há em nós próprios e nos outros

"estados mentais" a distinguir das evidências físicas (Jordan & Powell, 1994; Leal, 1996).

As crianças autistas apresentam um déficit metacognitivo, evidenciando dificuldade em interpretar e predizer as condutas das outras pessoas, sem competência, cognição social e empatia em relação ao que as outras pessoas sentem, querem ou pensam (Peeters, 1997).

Este conceito teórico foi ainda operacionalizado como uma limitação no significado partilhado de intenção de comunicar e de interacções recíprocas e engloba problemas com funções relacionadas com a atenção e compreensão partilhadas, a empatia, a vinculação social, a manutenção de tópicos de conversação, a interpretação de pistas sociais, como o tom e o ritmo da voz, a expressão social e os gestos (Sigman, 1994).

Embora a tríade de incapacidades descrita seja o núcleo central de toda a patologia, existe um conjunto de outras características e patologias que, em associação, vão desencadear uma diversidade de sintomatologia muito específica e peculiar que se traduz em quadros diferentes em termos de características, capacidades ou incapacidades e comportamentos (Marques, 2000).

1.6- Autismo e outras manifestações associadas

Autismo, traduzido literalmente, significa viver em termos do próprio eu, o que está de acordo com o facto de que uma criança autista parecer centrar-se em si mesma já que pouco reage ou responde ao mundo que a rodeia, não se apercebendo paradoxalmente do que ser um "eu" significa.

Hoje em dia é possível dispor de critérios mais ou menos rigorosos para concluir pelo diagnóstico de autismo, que engloba em si mesmo 5 classificações diferenciadas: perturbação autística, síndroma de Asperger, síndroma de Rett, perturbação desintegrativa da segunda infância e perturbação do espectro autista ou autismo atípico (Falcão, 1999).

Mesmo estando o autismo presentemente definido como distúrbio autista no DSM IV e como autismo Infantil no ICD-10, continuamos repetidamente a encontrar na clínica quotidiana fronteiras mal definidas, relativamente a

perturbações semelhantes (Waterhouse, 1996, Rapin, 1996, cit. por Marques, 2000).

Segundo o "Diagnostic and Manual of Mental Disorders" (DSM-IV, 1994), são consideradas cinco formas de Perturbações Pervasivas do Desenvolvimento:

- **Autismo Infantil**, caracterizado por défices na interacção social e na comunicação e padrões comportamentais repetitivos e estereotipados, com início nos três primeiros anos de vida (Hauck et al., 1995).

- **Síndrome de Asperger**, caracterizado por alguns sinais de défice na interacção social e estereotipias que surgem em indivíduos cujo nível de inteligência e de função linguística estão dentro dos parâmetros considerados normais. Esta psicopatia autista é de manifestação lenta. Além dos sintomas de distúrbio da comunicação, estas crianças apresentam uma estranha mistura que compreende produções intelectuais de destaque, originalidade em certos sectores e incapacidade de resolver os problemas mais simples da vida quotidiana. Merece ser discutida a possibilidade de transmissão hereditária pois os pais de tais crianças frequentemente exibem traços de personalidades semelhantes (Hertl, 1980).

- **Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância**, caracterizada pela perda de capacidades motoras, sociais ou linguísticas previamente adquiridas, após os três e antes dos dez anos de idade. O diagnóstico estabelece-se por exclusão de outras perturbações pervasivas do desenvolvimento e de esquizofrenia (Caetano, 1993).

- **Síndrome de Rett**, perturbação que aparece quase exclusivamente em raparigas e que se caracteriza por alterações de comportamento, atraso marcado no desenvolvimento da linguagem, isolamento social, estereotipias, associada a problemas físicos, como escoliose, convulsões, microcefalia adquirida, perda de movimentos finos das mãos, etc. (Philip, 1995; Cohen, 1997). Tem início dos 5 aos 18 meses e tem uma evolução degenerativa. Muitas das crianças afectadas estão dependentes de cadeira de rodas na adolescência e a maioria tem um atraso mental grave ou profundo (Caetano, 1993).

- **Perturbação Pervasiva do Desenvolvimento**, sem outra especificação, muitas vezes designada por autismo atípico, caracterizada por as crianças

apresentarem vários sinais de perturbação do desenvolvimento, mas que, ou não são em quantidade suficiente ou são atípicos, ou têm início demasiado tardio para satisfazerem os critérios de diagnóstico das perturbações já mencionadas (Caetano, 1993; Varanda, 1998).

Ritvo et al., (1983) define a síndroma acrescentando as seguintes informações: o autismo, como a diabetes, hipertensão, epilepsia ou pneumonia, é composto de um grande número de alterações, cujas etiologias variam, assim como as patologias e os modos de tratamento. Ocorre associado a outras síndromas, doenças específicas ou atraso do desenvolvimento. A patologia afecta o cérebro e produz os sintomas de autismo, além de afectar a capacidade cognitiva e o processamento simbólico.

Epilepsia, incoordenação motora, "cromossoma X Frágil" e alergia grave, também estão, frequentemente, associadas a esta entidade (Hull et al., 1993).

1.7- Escalas de avaliação do autismo, testes de desenvolvimento e de nível intelectual e escalas de competências

A avaliação da criança autistas, no autismo, decorre em duas fases. Num primeiro tempo, tenta-se definir um diagnóstico preciso da perturbação em causa. É necessário delimitar as fronteiras com outras perturbações semelhantes. No segundo tempo avalia-se a criança para poder intervir eficazmente.

Durante muitos anos as crianças com autismo foram consideradas não testáveis. Ao contrário das crianças normais, as crianças com autismo não respondem a testes, questionários e situações estandardizadas pelo que, com os testes tradicionalmente utilizados, não se consegue avaliar as capacidades destas crianças. No decorrer da situação de avaliação, a maioria das crianças com autismo apresenta problemas de comportamento que interferem com a avaliação objectivas do nível das suas capacidades (Magerotte et al., 1994).

Posteriormente, esta avaliação permite uma programação e um planeamento de actividades que vão tornar compatível este processo com as necessidades específicas de cada criança (Marques, 2000).

A prática da avaliação psicoeducacional pode auxiliar na detecção precoce e identificação das áreas educativas em que existem mais dificuldades, confirmar discrepâncias entre o funcionamento corrente e o desempenho esperado, o que pode permitir o diagnóstico dos défices particulares que não são facilmente visíveis (Jordan & Powell, 1995).

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

Existem várias escalas para diagnosticar o autismo e referiremos mais pormenorizadamente apenas as que utilizamos no nosso estudo.

- **CARS** (Childhood Autism Rating Scale de Schopler et al., 1988); tradução portuguesa de Paula Freitas. Esta escala foi construída inicialmente para recolher informações no decorrer da observação da criança. Contudo, foi demonstrado que existem fortes correlações entre a cotação a partir da observação directa e a partir das informações fornecidas por uma pessoa que conheça bem a criança.

Comporta 15 escalas, cotadas de 0 a 4, em função da presença de certos sinais, da sua frequência e intensidade em relação com a idade de desenvolvimento.

Catorze rubricas dizem respeito aos comportamentos da criança nos seguintes domínios: relações sociais, imitação, respostas emocionais, utilização do corpo, utilização dos objectos, adaptação à mudança, respostas visuais, respostas auditivas, gosto, olfacto, tacto, medo, ansiedade, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de actividade, funcionamento intelectual.

A décima quinta rubrica diz respeito à impressão geral do examinador.

As cotações são adicionadas e a nota global permite definir 3 classes: não autista, autista ligeiro a médio ou autismo severo (Anexo II).

Esta escala foi objecto de estudos de validação (Rogé, 1998).

Além destas existem ainda outras escalas para diagnóstico desta população:

- DSM-IV (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders IV)
- ADI (Autistic Diagnostic Interview)
- BOS (Behavior Observation Scale)
- ECA (Echelle d`évaluation des Comportements Autistiques)
- ECA - N (Echelle d`evaluation des Comportemens Autistiques de l`enfant)
- ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule)
- SAB-2 (Symptoms of Autism Before age 2 years);
- CHAT (Checklist for Autism in Tolders);
- IBSE (Infant Behavioural Summarized Evaluation Scale);
- HBS (Handicaps Behaviour and Skills Schedule);
- DISCO (Diagnosis of Social and Communicative Disorders).

Utilizam-se também testes de desenvolvimento e testes de nível intelectual de que destacamos o **PEP-R** de Schopler (Psycho-Education Profile Revised, o que iremos utilizar com a nossa população de estudo (Anexo IV).

Trata-se de um teste de desenvolvimento especificamente criado para a população autista (Schopler et al. 1980). Compõe-se de uma primeira versão (PEP) que foi revista de forma a permitir a extensão a idades inferiores; um aprofundamento do exame da linguagem e um aperfeiçoamento dos critérios de avaliação das perturbações do comportamento. A aplicação é flexível e adaptável em função das dificuldades específicas.

A maior parte dos itens é independente da linguagem; a aplicação flexível permite o ajustamento aos problemas de comportamento das crianças; não há limite de tempo; o material é concreto e pode interessar até crianças severamente deficientes; a extensão das provas é grande pelo que se podem obter sucessos, mesmo com crianças muito pequenas ou muito deficientes e os itens da linguagem são separados dos outros domínios (Rogé, 1998).

O PEP-R é utilizável entre os 6 meses e os 7 anos de idade. Se a criança tem entre 7 e 12 anos, pode ainda ser utilizado, sobretudo se a criança apresenta algum atraso. Depois dos 12 anos, utiliza-se o AAPEP (Adolescents and Adults Psycho-Education Profile), que avalia as aptidões funcionais nos domínios da imitação, percepção, motricidade fina, motricidade global, integração mão-olhar, desempenho cognitivo e linguagem. São possíveis três

resultados: conseguido, emergente, não conseguido. Além disso, existe uma escala específica para avaliar os comportamentos patológicos a partir da observação (Schopler,1980, 1983).

Os resultados apresentam-se sob a forma de nível de desenvolvimento e de perfil, permitindo contemplar os pontos fortes e os pontos fracos de cada criança. A análise dos resultados emergentes como aquilo que atrai a criança, o início da sua compreensão ou o início da realização de uma tarefa, permite em seguida elaborar um programa individualizado em função dos objectivos.

Além desta existem outras escalas de desenvolvimento, tais como:

- Brunet-Lezine
- Griffiths
- Uzgiris-Hunt
- Seibert Hogan
- K-ABC de Kaufman
- WISC-R de Wechsler (Rogé, 1998).

Na escala de competências destaca-se a escala de comportamentos adaptativos de VINELAND (Vineland Adaptative Behavior Scale), concebida a partir da escala de maturidade social de Vineland. Avalia a adaptação pessoal e social da criança desde o nascimento até à idade adulta. É aplicável a populações deficientes ou não, assentando numa entrevista com alguém próximo da criança, em vez da colocação desta em situação de teste. A adaptação é avaliada em quatro domínios: comunicação, vida quotidiana, socialização e motricidade. A escala permite também avaliar os comportamentos inadaptados. A cotação é feita em função da presença e da frequência de uma competência. As informações recolhidas são preciosas para a planificação das actividades com vista às aprendizagens (Rogé, 1998).

1.8 - Tratamentos e terapias aplicadas

Ao longo das últimas décadas muitas têm sido as abordagens propostas para intervir nestas crianças e suas famílias. Não há um tratamento específico. Existem muitas abordagens individualizadas para o autismo

dependendo do autor, escola ou grupo de cada um. Os resultados variam mas em última análise, nenhum deles sobreviveu ao implacável teste do tempo. Basicamente diferentes foram o empenho e o entusiasmo por este ou por aquele método, levando a resultados conflituosos e à não supremacia de uma abordagem terapêutica sobre outra (Lissauer et al., 1997). Psicoterapia individual, psicanálise, terapia familiar, modificação de comportamento, terapia da palavra, educação especial, tratamentos domiciliários, tratamento medicamentoso com drogas diversas (psicotrópicos, anticonvulsivantes, estimulantes cerebrais, vitaminas, acido lisérgico), electroconvulso-terapia, estimulação sensorial e isolamento sensorial são alguns dos tratamentos tentados (Harvey et al., 1991; Gauderer, 1993).

Há assim desde logo uma multiplicidade de factores que, dir-se-ia, interagem, facilitando ou dificultando um processo de intervenção terapêutica, qualquer que ela seja (Pereira, 1998).

Sabemos hoje, também, para além do senso comum, que uma intervenção precoce, ou tão precoce quanto possível, tem influência determinante na evolução clínica do síndrome (Perrot et al.,1990). Ora, se esta intervenção, embora tendo nos seus pressupostos a intenção implícita de ajudar o melhor possível a pessoa que dela beneficia, não pôde, ou não conseguiu tornar-se relativamente eficaz em termos de resultados; ela, indirectamente, por omissão, contribui para não fazer catalisar todos os desenvolvimentos que se considerariam desejáveis.

Assim, de um ponto de vista epistemológico e em termos de provável utilidade, pode dizer-se que há formas ou modos de terapia que são mais eficazes do que outros, existindo mesmo, como seria de esperar, investigações de comparação entre algumas intervenções que têm fundamentos completamente diferentes. Tanto quanto possam ser aplicadas, tanto melhor, desde que correcta e equilibradamente, como está implícito (Pereira, 1998).

Toda a criança autista deve ter acesso a um programa de cuidados terapêuticos bem estruturado, organizado e adaptado a cada caso.

Perante um diagnóstico bem estruturado de autismo, impõe-se um protocolo de actuação sobre a criança que englobe intervenções várias: psicoterapia de mediação corporal, psicomotricidade, "maternalização", meios

psicopedagógicos, intervenção familiar, terapêutica medicamentosa e trabalho de mediação com a água (balneoterapia), integração sócio-escolar, entre outros (Barker, 1979; Vidigal & Guapo, 1997).

Uma vez reconhecido que a criança autista não é esquizofrénica ou vazia de emoções, mas que padece de uma perturbação grave e generalizada do desenvolvimento, de origem constitucional, os métodos de tratamento mudaram radicalmente nos anos 70 e início dos anos 80. A psicoterapia individual não se mostrou eficaz e tem vindo a ser cada vez menos usada. Pelo contrário, os métodos de tratamento comportamentais e educacionais têm-se tornado primordiais na abordagem de primeira linha (Varanda, 1998).

Knobloch & Pasamanick (1975), cit. por Papalia et al. (1981), recomendavam o uso de técnicas de modificação de comportamento para dirigir o comportamento quotidiano das crianças, mas desencorajaram a psicoterapia, por não ser indicada nem efectiva.

A revisão feita por Magolies (1977), cit. por Jensen (1980), das perspectivas comportamentais no tratamento de crianças autistas demonstra, em primeiro lugar, que o uso dos métodos comportamentais tem aumentado e, em segundo lugar, que a utilização desses métodos têm atingido até uma certa medida de êxito. Não é possível tornar normais estas crianças. A linguagem e o comportamento na sala de aula, por exemplo, apenas se aproximam grosseiramente dos da criança normal. Considerado, no entanto, o estado do repertório da criança antes da intervenção, foi sugerido que a modificação do comportamento tem realmente produzido verdadeiras alterações (Jensen, 1980; Johnson & Fox, 1981; Bhoyrub,1983).

As intervenções educacionais incluem os seguintes métodos:

Uso de reforço positivo, como elogio ou apresentação de objectos do seu agrado ou mesmo de comida, para tentar corrigir os comportamentos.

Análise cuidada dos acontecimentos que precedem ou se sucedem aos comportamentos desadequados da criança para que se possam identificar e alterar as ocorrências que parecem contribuir para reforçar esses desvios do comportamento.

Simplificar as instruções e moldar as respostas numa série de pequenos passos: encadear as respostas individuais numa sequência de acções como, por exemplo, vestir uma camisola, enfiando primeiro um braço e finalmente o

outro; reforçar sistematicamente as respostas adequadas; treinar intensamente a discriminação entre os diferentes pedidos que lhe são feitos.

Dirigir-se a múltiplos défices em vez de focar um único, uma vez que é frequente que a mudança de um determinado comportamento tenha repercussões nos outros (Varanda, 1998).

Este tipo de intervenções tem vindo a ser utilizado em certas escolas e são muito elogiadas pelos pais e por quem lida com as crianças. Por outro lado, quer a experiência clínica quer os dados de alguns estudos parecem indicar que estes métodos trazem progressos significativos a curto e longo prazo que vale a pena incrementar. Outra questão diz respeito a quando intervir. Dos poucos dados disponíveis pode inferir-se que os progressos são mais evidentes quando este tipo de intervenções é levada a cabo segundo programas muito intensos e quando estabelecidos precocemente, se possível antes dos 5 anos de idade, o que não implica, de modo algum, que não se possam iniciar numa fase mais tardia, embora nestes casos se espere uma evolução mais lenta e de menor monta (Varanda, 1998).

Apesar da base biológica e constitucional do autismo, as intervenções comportamentais e educacionais parecem ter mais sucesso do que as médicas. No entanto, as intervenções farmacológicas têm o seu papel, embora limitado, no tratamento do autismo (Forfar & Arneil, 1986; Varanda, 1998).

A classe de intervenções médicas pode ser dividida em dois grupos; num deles, os agentes químicos são usados para melhorar a condição geral dos funcionamentos metabólicos e celulares das crianças com autismo; no outro, a droga química é usada como medida de intervenção terapêutica, tendo por objectivo alterar certas expressões comportamentais, mais obscuras ou mais evidentes.

Quaisquer que sejam as terapêuticas de natureza médica, têm sido sobretudo usadas em conjugação com as intervenções de natureza psicológica e o balanço equilibrado de ambas para muitas pessoas com autismo pode ser a base mais conveniente para um processo de reabilitação (Pereira, 1998).

Como o autista pode variar muito na sua capacidade intelectual, compreensão e uso da linguagem, nível de desenvolvimento e personalidade,

idade na época do tratamento, grau de gravidade da perturbação, clima e estrutura familiar, além de outros factores já comentados, qualquer método usado pode funcionar para uma criança e não para outra (Gauderer, 1993).

O grau de resposta é determinado primariamente pelo nível de comportamento da criança e secundariamente pelo tipo de plano terapêutico. Cada um dos diversos métodos consegue melhorar um sintoma especifico, mas não eliminá-lo completamente.

A melhor abordagem é a flexibilidade e o ecleticismo, uma adaptação de métodos diversos a fases e problemas diferentes. Os pais e as crianças beneficiam, acima de tudo, de um plano a longo prazo com uma orientação clara e específica, que também leve em consideração mudanças evolutivas e regressões espontâneas. Estas oscilações devem ser reconhecidas para não serem confundidas com progressos ou falhas de um plano terapêutico. É importante sobretudo que o plano seja realista (Gauderer, 1993).

Actualmente, com as técnicas de intervenção de que se dispõe, baseadas em processos de intervenção psicológicos e educacionais e na base de uma relação permanentemente afectuosa e consistente, conseguem-se recuperações muito significativas.

Estas recuperações estão directamente dependentes da cooperação integrada entre a família, os profissionais e a sociedade e a ausência destes meios de apoio pode conduzir as crianças com autismo a um processo de degradação, difícil de ultrapassar (APPDA, 1993).

O actual estatuto das terapias e concepções comportamentais no autismo tem sido comparado a uma intervenção relacional e está baseado na teoria da aprendizagem. O comportamento da criança é visto como uma resposta às situações de estimulação externas, mais facilmente detectáveis e internas, nem sempre manipuláveis. O tratamento é orientado para a aprendizagem de novos comportamentos, progressivamente mais adaptativos para a criança, assim como para a diminuição de excessos comportamentais, que, como se sabe, são frequentes e que seria desejável a criança não expressar tanto ou tão intensamente. Os modelos comportamentais são concebidos para poder ensinar à criança os padrões necessários à sua participação na comunidade natural, também desejáveis a uma melhor realização dos seus potenciais intelectuais e emocionais (Pereira, 1998).

Concluindo, o tratamento deve vir de uma interdisciplinariedade que vise oferecer uma vida de melhor qualidade, garantindo a estas crianças e às suas famílias o direito de encontrarem a felicidade, aceitando as limitações impostas pela deficiência e acreditando que sempre algo pode ser conquistado no seu processo evolutivo (Negrine & Machado, 1999).

1.9 - Evolução e prognóstico

Na vida adulta cerca de dois terços dos indivíduos autistas estão ainda muito limitados e não são auto-suficientes, tendo um prognóstico na maior parte das vezes muito reservado, mantendo-se para toda a vida extremamente dependentes de quem os rodeia, apoia e educa (Ferreira, 1997), no entanto, aproximadamente 5-17% estão a trabalhar e têm uma determinada vida social (Forfar et al., 1984).

Em matéria de prognóstico, duas variáveis se revelam importantes: o desenvolvimento cognitivo da criança, que condiciona a possibilidade de evolução futura e a qualidade do trabalho educativo, que potência aquele e o aplica adequadamente no sentido da reeducação (Navarro, 1997).

Assim este é fortemente influenciado pela extensão da perturbação inicial, sendo o Q.I. e as capacidades linguísticas os factores preditivos mais importantes. Deste modo, se a criança tem um Q.I. abaixo dos 60 ou 50, é quase certo que ela se vai manter muito limitada ao longo da vida. Se o Q.I. for superior, mas se os défices mais graves da linguagem persistirem para além dos 5 anos, a criança pode atingir um ajuste social razoável, mas um bom resultado é pouco provável. Por outro lado, se a criança tem inteligência não-verbal normal e se adquiriu um discurso funcional até aos 5 anos, apenas com um ligeiro défice de compreensão, há cerca de 50% de hipóteses de atingir um bom nível de inserção social na vida adulta. No entanto, mesmo nas crianças autistas com um prognóstico mais favorável, há apenas uma muito pequena probabilidade de vir a ser completamente normal (Varanda, 1998).

Dos 6 anos até à adolescência alguns dos mais perturbadores sintomas de comportamento autista tendem a diminuir, nomeadamente dificuldade em

adormecer, hábitos de alimentação, etc. Um ambiente inadequado ou falta de educação apropriada podem levar a uma regressão e/ou perda de capacidades previamente adquiridas e ainda a deterioração de comportamento com auto-mutilação, gritos, destruição, etc. (Behrman & Vaughan, 1987).

Um dos resultados mais evidentes que os estudos que seguiram as crianças autistas até à vida adulta demonstram é a relativa frequência com que surgem crises epilépticas na adolescência. Os dados revelam que cerca de um quinto das crianças autistas desenvolveu crises epilépticas antes dos 18 anos, situando-se o pico de início entre os 11 e os 14 anos. Não só a incidência das crises é muito superior nas crianças autistas do que na população em geral, como também o aumento do número de crises com início na adolescência é muito diferente do padrão habitual das crianças não autistas, que apresentam uma menor incidência neste período.

A bizarria e anormalidade das relações sociais dos autistas são muito evidentes, mas não há nenhum estudo que identifique os aspectos que caracterizam a sua inépcia social. Mais ainda, não se sabe se as anomalias da maturidade resultam de uma contínua incapacidade afectiva ou social com início muito precoce, ou se são consequência de uma ausência de correcção na vida adulta (Varanda, 1998).

A maioria das crianças apresenta quocientes de inteligência na gama dos 20 aos 49, mesmo quando os psicometristas usam testes que dependem pouco de aspectos de natureza verbal e semântica ou abstracta e fazem depender as suas avaliações de competências eminentemente visuo-espaciais (Pereira, 1998). Qualquer que seja a origem da perturbação, o nível de inteligência não parece melhorar com a idade, situando-se em muitos casos nos valores atribuídos aos atrasos severos ou ligeiros (Lotter, 1967, cit. por Pereira, 1998).

É característico da criança autista a ausência ou limitação da linguagem interior, que é mais marcada quando o autismo se acompanha de oligofrenia. Nos casos de atraso mental mais profundo consegue-se uma certa evolução social nestas crianças com ensino e estímulo adequados; se abandonadas evoluem para completa idiotia. Nos casos de atraso médio é possível, através de ensino bem estruturado, obter alguns resultados, nomeadamente um

comportamento social aceitável, melhorar a evolução e conseguir algum trabalho útil. Nas crianças com um Q.I. mais elevado é possível uma recuperação considerável, embora a sua reintegração social aceitável e independente só se consiga em menos de 10% dos casos (Gonçalves, 1979; Campbell et al., 1992).

A linguagem do adolescente e do adulto, parcialmente recuperados, mantém-se sempre com baixo nível de comunicação, demonstrando que conseguem criar conceitos concretos, mas não atingem os abstractos. Usam, de preferência, linguagem esquemática, concreta, rígida e, por vezes, repetitiva.

Esta rigidez e a falta de flexibilidade, a aderência a rotinas firmemente estabelecidas, a preferência por actividades mecânicas repetitivas são constantes e mantêm-se pela vida fora.

A recuperação é baseada no aproveitamento da tendência para a rotina, de forma positiva, introduzindo pouco a pouco, inteligente e persistentemente, hábitos e necessidades novas, utilizando o interesse restante para ajudar a criança a sair do profundo aborrecimento, tristeza e impaciência que a caracteriza, enquanto mergulhada no seu dramático isolamento (Gonçalves, 1979).

O prognóstico será tanto mais animador quanto mais a criança se aproximar dos valores normais. As crianças que apresentam uma fase passageira de ecolalia, que falam praticamente aos cinco anos e que não revelam uma insensibilidade profunda aos sons, são as que permitem arriscar um melhor prognóstico. No entanto, a percentagem que atinge um ajuste social perfeito que lhes permita trabalhar normalmente na vida adulta é escassa, a maioria sofre de uma incapacidade total ou manifesta graves perturbações que a impedem de assumir uma existência independente (Ortega & Azaola, 1986); são socialmente incapacitadas e precisam de ser supervisionadas de perto (Papalia et al., 1981).

Independentemente do tipo de terapia ou terapias em aplicação, existe sempre implícita a questão do "quanto" pode uma pessoa com autismo evoluir.

Esta questão só pode ter uma resposta complexa e, mesmo assim, impossível de prever com qualquer exactidão.

A evolução de uma criança com autismo estará, fundamentalmente, em função de quatro diferentes vectores que se entrecruzam: identificação precoce do síndroma, severidade e tipo de problema; tratamentos a aplicar, coordenação e relação entre meios de suporte (Pereira, 1998).

Segundo Branco et al. (1994), o prognóstico desta situação depende de numerosos factores destacando-se: o nível intelectual, os défices e sintomas presentes, as condições médicas associadas, os apoios sociais e educacionais.

1.10 - A educação da criança autista

Como afirmou Temple Gradin (1995), cit. por Magerotte, et al. (1997) para educar uma criança autista, importa trabalhar com ela e não contra ela, devendo-se proceder à gradual mudança de mentalidade que se poderá traduzir pela máxima de adaptar os serviços às crianças e não as crianças aos serviços.

Independentemente dos progressos da ciência, há dois princípios fundamentais que, para pais e profissionais não colocam controvérsia:

1 – As pessoas com autismo e as suas famílias fazem parte da sociedade em que vivem, têm os direitos dos cidadãos comuns acrescidos dos expressos na Carta dos Direitos das Pessoas com Autismo. Têm direito a viver numa sociedade inclusiva onde seja respeitada e valorizada a sua diferença.

2 – A educação das crianças e jovens com autismo é indispensável para melhorar a sua qualidade de vida e tem que ser começada desde que exista um diagnóstico. Vários são os métodos a que se tem recorrido, contudo, há determinadas estratégias comuns a vários deles que se têm manifestado úteis na sua educação. A implementação de um Plano Individual de Educação, adaptado às capacidades e dificuldades de cada um, é indispensável para o progresso de uma pessoa com autismo (Cottinelli Telmo et al., 2000).

Em Portugal, todas as crianças deficientes devem frequentar o ensino regular. Para tal existem apoios educativos fornecidos pelo Ministério da

Educação. As instituições de ensino especial tendem cada vez mais a funcionar como centros de recursos (Cottinelli Telmo et al., 2000).

As crianças autistas têm o direito, como todas as outras, à educação. Esta visa o desenvolvimento da pessoa e a sua progressão no sentido de uma vida que deverá ser o mais autónoma possível, num quadro em que possa desenvolver as suas capacidades para comunicar, bem como as suas competências e inserir-se na comunidade social em função dos meios de que dispõe.

A educação proposta às crianças autistas é especifica, porque o desenvolvimento dessas crianças apresenta particularidades ao nível do desenvolvimento sensorio-motor, linguagem e comunicação, funcionamento cognitivo e interacções sociais.

Estes aspectos específicos necessitam da adaptação das tarefas propostas, bem como do contexto físico e social no qual as mesmas são apresentadas.

Estas crianças geralmente não fazem aprendizagens espontâneas. As suas aquisições limitar-se-ão, portanto, àquilo que os professores lhes ensinarem especificamente. Se quisermos criar para elas possibilidades de adaptação no futuro, é necessário começar muito cedo aprendizagens que serão demoradas e difíceis de se concretizar.

As aprendizagens realizadas num determinado meio estão ligadas à situação concreta e transferem-se pouco, de forma espontânea, a outras situações. É preciso, pois, prever a inclusão, nos programas educativos, de estratégias de generalização a outros contextos (Rogé, 1998).

As abordagens adequadas de ensino e um meio favorável possibilitam às crianças com autismo poder desenvolver-se e aprender, levando muitas delas a alcançar progressos bastante significativos. Não há uma abordagem única, uma vez que há uma enorme variedade de necessidades individuais de aprendizagem (Jordan, 2000).

É crucial compreender as principais dificuldades de uma criança autista para a elaboração de um currículo e de uma abordagem pedagógica que corresponda às suas necessidades. Equacionar, unicamente, os problemas de comportamento pode levar a interpretações erróneas, pouco úteis ou mesmo prejudiciais do comportamento da criança e à consequente não

identificação das suas capacidades, mas essa observação tem de ser completada com o conhecimento das dificuldades especiais com que se depara ao procurar dar um sentido ao mundo que a rodeia (Magerotte et al., 1994).

A educação continua a ser a melhor abordagem perante as dificuldades associadas ao autismo. Não se trata apenas de uma questão de acesso à educação, como direito inerente às crianças com autismo, mas de modo como a educação pode desempenhar um papel central em minimizar os efeitos do quadro clínico e melhorar a qualidade de vida (Jordan, 2000).

Existe um modelo de intervenção que propõe estratégias a quatro níveis, com os seguintes objectivos:

- Promover o desenvolvimento apropriado à melhoria da qualidade de vida. A dificuldade consiste em adequar as condições de vida às necessidades da criança autista no sentido de lhe proporcionar um crescimento pessoal adaptado nas diferentes áreas: cognitiva, emotiva-relacional, autonomia, ocupação laboral, tempos livres, etc.

- Reduzir os problemas específicos do autismo como a rigidez e comportamentos estereotipados.

- Eliminar os comportamentos de inadaptação como crises de cólera e gritos.

- Reduzir o stress familiar mediante apoio prático e psicológico, acções de formação.

A elaboração de um plano individual de acompanhamento, tendo em conta as indicações médicas e familiares, constitui um instrumento valioso para desenvolver uma boa prática (Falcão, 1999).

A educação de uma criança deve realizar-se, tanto quanto possível, no meio social que acolhe habitualmente as crianças da sua idade.

A escola representa um lugar importante na educação onde a criança poderá realizar aprendizagens importantes para a sua vida futura. Não se trata apenas de a manter na escola, pedindo-lhe que se adapte, mas sim se preparar para ela, no meio escolar, uma educação adaptada às suas necessidades.

Os conteúdos de aprendizagem não podem ser exclusivamente do tipo académico como leitura, escrita, cálculo e outras disciplinas, mas devem antes

incidir sobre todos os sectores da adaptação. Assim que a criança puder aceder a conteúdos académicos, o objectivo não será o desempenho escolar enquanto tal, mas sim a utilização funcional das competências adquiridas na vida de todos os dias (Rogé, 1998).

Van Bourgondien et al. (1992), consideram que já na escola se devem preparar as crianças com autismo para viverem e trabalharem na comunidade, ministrando-lhes um currículo que enfatize a aquisição de habilidades vocacionais, domésticas, académico-funcionais e de auto-ajuda, necessárias para desempenharem muitas tarefas e para promover a capacidade de comunicação social. Nas áreas de lazer e social o autista precisa de saber como ocupar os intervalos livres e como interagir e actuar junto de outras crianças.

Quill (1993) enfatiza a necessidade vital de os professores criarem um ambiente estruturado no ensino, implementando actividades estruturadas com materiais organizados, instruções precisas e um sistema hierarquizado de ajudas específicas.

Jordan & Powell, (1990) afirma que aprender com os outros é uma actividade social vital e que o currículo deve prever espaços de tempo em que a criança é ensinada a tolerar a proximidade dos outros e a colaborar nas tarefas de aprendizagem. Contudo, este tipo de aprendizagem em grupo pode levar tempo a alcançar e poderá, por vezes, nem se conseguir, pelo que se torna necessário ajudar a criança a dominar o resto do programa, através de métodos de ensino que não dependam da mediação social para que todo este ensino não seja retardado, enquanto se estão a ensinar as habilidades sociais.

1.10.1 - Perfil do educador

Os profissionais que trabalham com crianças autistas devem ter uma posição filosófica actuante, de um paradigma que construa uma ponte entre a teoria e a prática, entre o conhecimento teórico e as suas consequências na metodologia de intervenção educativa, ostracizando fatídicas interpretações e evasões psicogenéticas sob o pretexto do carácter labiríntico, enigmático e

pleno de paradoxos do autismo (Peeters, 1997), com quem estamos inteiramente de acordo.

Como Peeters, discordamos da atitude passiva de alguns profissionais que pensam nada dever fazer por uma criança não motivada para se desenvolver, aguardando que ela manifeste esse desejo antes de a ajudar, fornecendo-lhe os meios necessários. Se a criança não quer comunicar com palavras não significa que ela não deseje desenvolver-se, mas que as palavras, por enquanto, são demasiado difíceis. Se lhe forem dados outros meios concretos de comunicação, esta poderá existir e irá estimular na criança o desejo de avançar, tanto mais que ela não pode querer o que não compreende.

Em relação aos professores, considerando a influência que a sua relação com o educando introduz no moldar da personalidade do aluno, é clara a forçosa atribuição duma apreciável cota de responsabilidade quando se trata de equacionar a sua pessoa agente na prevenção da deficiência e incapacidade ou no agravamento destas. Relativamente à qualidade de relacionamento de disponibilidade e até de socorro prestável aos educandos, por ventura alguns em estado de desamparo ou de desorganização da família, poderão ter como principal suporte psicológico o professor. Este obsta ou promove, conforme a qualidade desse relacionamento, aspectos mutantes positivos na organização da personalidade da criança e do jovem.

Aos professores, para além da exigência de serem capazes de cumprir programas pedagógicos, é-lhes requerida a capacidade de sinalizar e promover o encaminhamento daquelas dificuldades dos alunos que, ao não serem resolvidas de imediato ou a curto prazo, resvalam progressivamente para o insucesso escolar, a inadaptação social ou a deficiência agravada (Quintas, 1989).

Os professores devem ajustar o seu próprio comportamento, tornando-se mais previsíveis, de modo a reduzir o stress e permitir o estabelecimento de uma relação com a criança. Por outro lado, devem incentivar processos de ajudar as crianças autistas a fazer previsões e aprender em situações menos estruturadas (Jordan, 2000).

Tendo presente o estudo efectuado por Bento (1999, pp. 355), sobre o perfil do professor de educação especial na educação de alunos com autismo, o docente precisa de ter uma formação sólida alicerçada em conhecimentos

teóricos nas áreas clínica, psicológica, científica e de pedagogia sobre esta problemática, que lhe permita avaliar, diagnosticar e definir um programa educativo, indicando as áreas de desenvolvimento a fortalecer. Tem de ser capaz de realizar uma avaliação, manejar programas curriculares e implementar métodos de aprendizagem em consonância com o programa educativo do aluno. A par disto tem de conseguir ser uma pessoa com maturidade emocional socializada e socializante, dado que entendemos ser esta a única forma de conseguir interagir, espontaneamente, com a criança e o jovem com espectro do autismo.

1.10.2 - Papel dos pais

Voltou-se definitivamente uma página negra da história ao não considerar mais os pais como uma parte constituinte da problemática, sendo antes considerados como um suporte indispensável para a pesquisa de soluções para os seus filhos com autismo. Assim, recorre-se a eles o mais cedo possível, transformando-os em co-terapeutas (Schopler & Mesibov, 1984, cit. por Bento, 1999).

Nos últimos anos têm-se acumulado provas de que os pais podem aprender e aplicar eficazmente os métodos comportamentais nos seus próprios filhos (Jensen, 1980).

Em todo o mundo as famílias constituem a principal referência social para todas as pessoas, incluindo as crianças autistas. Em muitos países as pessoas com deficiência não são apoiadas pelo estado, cabendo às famílias toda a responsabilidade pelo que lhes possa acontecer.

As famílias não se adaptam passivamente às tensões provocadas pela presença de um elemento com autismo. Cada uma delas tem o seu modo de lidar com essa situação, o que depende de muitos factores. Alguns destes relacionam-se com a criança autista, o seu nível de capacidade, a sua idade, os problemas adicionais que possa ter; outros dependem da família, número de familiares, relação conjugal, estado de saúde e idade, altura do ciclo vital em que se encontrem, etc. (Howlin & Rutter, 1987).

A realidade do autismo é problemática; existe uma deficiência geral e uma vez manifestado a síndroma do autismo persiste durante toda a vida, independentemente da evolução e do progresso que possa apresentar. Esta informação objectiva e real, com dados científicos actualizados, deve ser amplamente discutida com os pais, ajudando-os a lidar com essa complexa situação. Isso deve ser feito desde o momento em que o diagnóstico é confirmado o que, se acontecer precocemente, levará a uma melhor evolução e prognóstico menos pesado (Gauderer, 1993).

É indispensável conversar com a família para avaliar o interesse e aptidões da criança, assim como expectativas e preocupações da família sobre actividades motoras que gostariam de compartilhar com ela. Não menos importante é envolver toda a família desde o início, assim como pensar em actividades que sejam compatíveis com a cultura e a comunidade.

1.10.3 - A criança autista e a sua integração na escola

Num passado recente as crianças autistas pouco podiam beneficiar do contexto de interacções com outras crianças, tão propício à socialização, por terem sido, durante muito tempo, excluídas dos sistemas habituais de escolaridade. Hoje em dia, estas "estruturas piloto" oferecem às crianças a possibilidade de descobrir e aprender, viver e partilhar com o outro experiências humanas fundamentais.

Com efeito, a escola é para a criança o lugar de aquisição dos conhecimentos, mas também um lugar de expansão e de socialização. Para a criança deficiente, que não possui as mesmas capacidades de aprendizagem, a escola não deve ser sinónimo de exclusão mas, ao contrário, sinónimo de encontros, trocas, interacções sociais com os outros, para que as suas capacidades, à partida mais limitadas, se desenvolvam graças ao ambiente físico e sobretudo social, existente na aula.

A integração escolar tem como objectivo fazer com que a criança beneficie de relações sociais com as outras crianças, permitindo-lhe desenvolver comportamentos sociais e adquirir os conhecimentos necessários para abordar a realidade quotidiana (Rogé, 1998).

Nesta perspectiva pode constituir um meio para o despertar das relações interpessoais baseado em experiências comuns. A interacção social é, com efeito, uma componente essencial da expressão do desenvolvimento psicossocial, quer na criança normal, quer na deficiente. No caso de uma deficiência de que um dos principais sintomas é justamente um déficit ao nível das relações sociais, como acontece com o autismo, isolar provoca um agravamento da situação.

De facto, se considerarmos as crianças autistas como estando mais ou menos impedidas de assegurar por si próprias as necessidades de uma vida social normal e autónoma, a integração e, por arrastamento, as interacções entre indivíduos tornam-se base de uma aprendizagem da vida em sociedade. Parece, assim, que as dificuldades das crianças autistas no domínio das relações sociais tornam ainda mais urgente o relacionamento com outras pessoas, a fim de as ajudar a aproximarem-se o mais possível de uma vida social banal, num ambiente social habitual, evitando a segregação (Rogé, 1998).

Quando trata dos problemas fundamentais da deficiência contemporânea Vygotsky (1977), cit. por Negrine & Machado (1999), diz que "o que decide o destino da pessoa, em última instância, não é o defeito em si mesmo, mas sim as suas consequências sociais, a sua relação psicossocial". Tentar neutralizar estas consequências a partir do acto pedagógico, pode ser o caminho para oferecer melhores condições de aprendizagem às crianças portadoras de necessidades educativas especiais.

O problema da integração/normalização nas crianças com perturbações pervasivas graves do desenvolvimento como o autismo é um dos mais difíceis de resolver. Pelas suas grandes dificuldades comportamentais e necessidades específicas carecem de um ensino em meio ambiente favorável e materiais adequados. Isto tem levado a que vários teóricos, educadores, terapeutas e clínicos, partilhem a ideia de que as integrações são possíveis, mas apenas se controladas de um modo muito adequado; outros há que presumem que "integrar" jamais será possível, o que não quer dizer que não haja convívio intenso com os vários sectores comunitários, pressupondo e defendendo assim espaços de "inserção" o mais normalizados possíveis, mas não sendo obrigatórios por força de lei (Pereira, 1998).

Qual a finalidade da educação dada à criança autista? A actuação sobre as aquisições escolares não têm outro sentido que não seja dar aos pais a ilusão de uma "normalização" dado que elas são rapidamente perdidas; não será melhor insistir mais precocemente nas possibilidades de autonomização e nas características que permitirão mais tarde uma adaptação a um trabalho protegido, o único capaz de, actualmente, evitar ao autista adulto uma vida institucionalizada, hospitalar ou asilar? (Tomkiewicz, 1987).

Para que um desenvolvimento o mais pleno possível das suas capacidades seja conseguido, é necessário fornecer a estes jovens uma intervenção educativa especializada, uma terapia psicológica baseada em acções de natureza educacional, bem como ambientes e cuidados de actuação especiais, que variam consoante as necessidades específicas de cada criança (APPDA, 2001).

Para que se facilite o processo de desenvolvimento da pessoa autista e com maior sucesso se atinja uma melhor integração, deverá haver uma actuação em função da convergência de três níveis inter-relacionados: o nível individual e escolar, o familiar e o nível social. Cada um destes níveis exige planos de intervenção estruturalmente diferentes.

No nível individual/escolar, o processo não é diferente do de qualquer outra criança no que diz respeito aos objectivos que visam o desenvolvimento integral e harmonioso da pessoa e a sua adequada adaptação à sociedade.

Os cuidados essenciais residem nos instrumentos conceptuais, nos meios técnico-científicos e humanos adequados que podem ser utilizados para responder às questões específicas que cada aluno levanta no processo educativo.

A nível familiar há um consenso que os pais têm o direito a beneficiar de toda a informação e formação possível que os possibilite a agirem como elementos preponderantes na educação dos seus filhos.

Considera-se assim cada vez mais necessário para a recuperação das crianças com autismo, um ambiente familiar educacional, onde se promovam trocas sociais, geradoras de interacções funcionalmente adaptativas para cada uma das partes em comunicação.

Tais acções não só trazem aos pais possibilidade de vivenciarem em pleno o seu papel de educadores ou agentes de socialização dos seus filhos, como

o de estarem mais habilitados a confrontarem-se toda uma vida com a problemática de terem um filho, cujas expressões do comportamento adquirem formas excessivas, e, portanto desgastantes.

No terceiro nível, o social, ressalta a necessidade da eficácia da integração sócio-comunitária da pessoa afectada (APPDA, 2001).

Possa a escola ser um processo de valorização do indivíduo, possa a família ser ajudada a garantir em uníssono a coerência deste processo, restará ainda a participação consciente e activa da própria sociedade; ela deverá assim ser preparada e motivada para estar sensível à aceitação da diferença e ao respeito a que essa diferença tem direito, não lhe criando barreiras, mas antes oportunidades de valorização (APPDA, 2001).

Várias experiências de integração de crianças e jovens autistas têm sido feitas com comprovado sucesso, tanto no País Basco como em França, Inglaterra ou nos Estados Unidos da América.

Em Portugal, os documentos legais em vigor e os princípios subjacentes à Educação Inclusiva, (Declaração de Salamanca - 1994 que preconiza "uma escola para todos"), possibilitam que os alunos com incapacidades graves, em que se enquadra o autismo, frequentem o ensino regular, sendo-lhes para isso disponibilizados os recursos necessários à eliminação das barreiras que limitam a sua participação e aprendizagem (Cottinelli Telmo et al., 2000).

As leis portuguesas mais recentes preconizam o apoio à recuperação e integração socio-educativa dos indivíduos com necessidades educativas específicas, devidas a deficiências físicas e mentais. Igualmente indicam que o Estado promoverá e apoiará a Educação Especial e que as crianças integradas deverão ter currículos, programas e formas de avaliação devidamente adaptados às suas características e dificuldades específicas.

Através dos resultados obtidos podemos concluir que efectivamente a legislação em vigor é aplicada e encontramos as crianças e jovens com perturbações do espectro autista nas escolas de ensino regular, sendo disponibilizados professores de apoio educativo para seu acompanhamento directo.

Há, no entanto, questões que nos preocupam: o que se faz na prática, com estas crianças nas escolas regulares? Como alunos que precisam de muito investimento, quer em recursos humanos quer em materiais, de modo

permanente, que técnicos especializados são disponibilizados? Que rentabilização de recursos está a ser feita com as escolas de educação especial? (Cottinelli Telmo et al., 2000).

O ensino especial deve organizar-se preferencialmente segundo modelos diversificados de integração em estabelecimentos regulares de ensino, tendo em conta as necessidades de atendimento específico e contando com o apoio de educadores especializados (Cottinelli Telmo, 1990).

O sucesso da integração nas escolas de ensino regular parece estar relacionado com a escolha do modelo de integração mais adequado, a elaboração de currículos, programas e formas de avaliação devidamente adaptados às necessidades específicas da criança e a formação adequada de professores e técnicos.

Os autistas necessitam também de cuidados especializados contínuos. É este um dos lemas do programa estatal americano, iniciado em 1966 – TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, actualmente o método educacional e de integração com mais sucesso (Peeters, 1997).

De acordo com o princípio da criação do ambiente o menos restrito possível, a Divisão TEACCH desenvolve um programa de treino de pais, integrado nessa filosofia, no qual são ensinados a assumir o papel de co-terapeutas em relação aos seus filhos, de modo a permitir a sua integração no meio familiar (Schopler & Mesibov, 1981, cit. por Cottinelli Telmo, 1990).

A dificuldade de estabelecer relações sociais parece, à partida, pôr grandes limitações ao ensino das crianças com autismo nas classes regulares e é uma das razões da rejeição da implementação de programas de integração.

O autista tipo não existe, por isso não podemos tomar decisões a partir de uma categorização rígida nos aspectos negativos (Rivy, 1987).

A educação individual tem sido utilizada com bons resultados na educação das crianças e jovens com autismo (Lansing & Schopler, 1978, cit. por Cottinelli Telmo, 1990). Daí que as classes do TEACCH sejam auto-equipadas para fornecer um programa de educação individual a cada criança.

Complementarmente, as crianças integradas podem participar em programas específicos da escola regular, desde que sejam adequados às suas necessidades.

O tipo de ensino referido anteriormente exige recursos humanos e materiais que o tornam praticamente inviável em muitos estabelecimentos de ensino regular. Contudo, recentes investigações sugerem outros meios de ultrapassar as dificuldades da educação individual.

No programa TEACCH as salas de aula específicas das crianças com autismo também servem como salas de recurso para outras crianças da escola e constituem, assim, não só um benefício para essas crianças, como também permitem um contacto mais directo de umas com as outras (Reichler & Schopler, 1976, cit. por Cottinelli Telmo, 1990).

A ideia deste modelo a que no TEACCH chamam «integração inversa» apareceu em função da estabilidade no ambiente que a educação das crianças com autismo requer. As suas aprendizagens constroem-se em rotinas organizadas, daí parecer preferível não as enviar para as salas de aula da escola regular mas sim trazer as outras crianças para a classe integrada.

Apesar dos problemas que levantam, estes programas podem ser extremamente favoráveis às crianças com autismo por causa da exposição que lhes proporciona a modelos de comportamento desejáveis. Essas crianças têm tendência a imitar os gestos e actuação dos seus pares, compreendendo-se, assim, que a exposição a modelos adequados é, sem dúvida, mais eficaz do que o convívio constante com estereótipos de auto e hetero-agressividade, gestos repetitivos, etc., a que são sujeitos nos centros de ensino especial (Cottinelli Telmo, 1990).

A educação inclusiva pode ser considerada o mais definitivo e, talvez, o mais radical modelo de educação integradora. Partilha a ideologia e o enquadramento de conceitos anteriores bem aceites tais como a integração, ambiente o menos restritivo possível e necessidades educativas especiais, mas afasta-se da integração tradicional no que diz respeito ao desafio de classes especiais ou classes que não estejam na escola do bairro e defende as classes inclusivas, supervisão especializada e restruturação administrativa na escola ou a nível distrital. Outros princípios significativos são o planeamento em colaboração e treino adequado (Fuentes, 2000).

A sua heterogeneidade requer um vasto espectro de oportunidades educativas sem excluir a necessidade de compreensão especializada e apoio. A tecnologia educativa no campo do autismo cresceu significativamente nos últimos vinte anos, apesar deste progresso não ter atingido o sistema escolar regular, em muitos países. Na União Europeia, os programas especiais de apoio estão ligados, quando disponíveis, a instituições especiais segregadas. Seria muito pertinente desafiar este estado de coisas e juntar as duas tendências: o caminho para um sistema educativo mais inclusivo e a aplicação de estratégias educativas em autismo mais eficientes. Isto seria coincidente com uma abordagem centrada na pessoa, que provavelmente terá influência no futuro próximo, em todos os serviços humanos para crianças e adultos com incapacidade (Fuentes, 2000).

2 - Interacção social

2.1. - Alguns conceitos

No seu documento original, Kanner (1943, pp.245), cit. por Pereira (1999), descreveu o autismo como uma ...Incapacidade inata, de base biológica, para estabelecer o contacto afectivo usual com outras pessoas, tal como outras crianças vêm ao mundo com atrasos também inatos, físicos ou intelectuais".

Apesar deste défice nas relações sociais, a "incapacidade" para estabelecer o contacto afectivo poder ser considerado o aspecto mais marcante do síndroma, para certos investigadores tem sido tratado com alguma modéstia se for comparado a outros aspectos cognitivos e linguísticos típicos da perturbação, tão bem aprofundados (Snow et al., 1987).

Desde a primeira descrição, tem-se considerado que as dificuldades emocionais estão no cerne do autismo. Não se trata apenas das crianças com autismo terem dificuldades em ler as emoções dos outros e em reflectir sobre as suas próprias emoções, mas sim do facto da ligação emocional com a percepção e a reflexão estar perturbada. Por conseguinte, têm dificuldade não só em compreender e em lidar com as emoções, mas também em dar um significado pessoal ao que observam (Jordan, 2000).

Baron-Cohen (1991), cit. por Pereira (1999), referia-se às dificuldades das pessoas com autismo se integrarem nas relações emocionais; realmente, Johnson & Morton (1991), cit. por Pereira (1999), sugeriam a existência de um mecanismo psicológico nas crianças normais que, segundo os autores, se desenvolveria por volta dos dois meses de idade e que seria suficiente para a aprendizagem de todos os aspectos das fácies e outros aspectos integrantes como a identidade facial, expressão, etc.

Tantan (1992, pp.88), cit. por Pereira (1999), tomando em conta estas competências, afirmava que "há uma orientação voluntária e inata para os estímulos sociais; esta resposta de atenção social está ausente ou dificultada no autismo e é anomalia social primária; a fraqueza ou ausência da resposta social é suficiente para dar azo a muitos dos sintomas típicos do autismo, incluindo a impossibilidade para adquirir uma teoria da mente".

Segundo Hayes (1991, pp.35), cit. por Pereira (1999), a face é uma fonte rica ..."quer de expressões emocionais, quer de sinais de interacção". Diversos estudos têm tentado identificar as emoções que podem ser mais facilmente distinguidas a partir das expressões faciais e há evidência de que as pessoas podem identificar seis estados emocionais primários, sem grande dificuldade. São eles a surpresa, o medo, a ira, o desgosto, a tristeza e a alegria, defendendo ainda alguns autores outras emoções, como a aceitação e a expectativa (Plutchik, 1993, cit. por Pereira, 1999).

As anormalidades do comportamento social nas crianças autistas variam, como vimos, com a idade e a gravidade da deficiência. Em geral, parecem envolver deficiências na interacção que requerem iniciativa ou comportamento recíproco por parte da criança.

As crianças autistas quase sempre não são fisicamente retraídas e costumam apreciar as cócegas e brincadeiras desordenadas e irregulares (Gillberg & Coleman, 1992). Contudo, não brincam de maneira cooperativa, tornando-se incapazes de fazer brincadeiras imaginativas, enquanto os adolescentes e adultos autistas não têm habilidades e comportamento social apropriados para manter contactos pessoais (Gauderer, 1993).

A criança com autismo não dispõe nem de qualidade nem do grau de interacção humanas essenciais ao desenvolvimento humano, não procura contactos humanos nem lhes responde normalmente, não usa o contacto

visual nem tem motivação para a interacção normal com os outros (Robson & Moss, 1970, cit. por Bento, 1999).

Existem consequências sociais óbvias destas dificuldades. Como resultado, as crianças autistas têm problemas de relacionamento com os outros e os outros vêem-nas como estranhas ou talvez mesmo frias e insensíveis.

A dificuldade em estabelecer uma relação de empatia, condição básica para perceber o que os outros sentem, pensam ou acreditam, cria um vazio comunicacional e uma barreira emocional que impedem o desenvolvimento da interacção e da socialização nas pessoas autistas (Falcão, 1999).

No que concerne à perturbação extrema na interacção social da criança autista, Wing (1995), cit. por Bento (1999) refere que a forma mais severa é de aparente frieza, indiferença e distanciamento para com as outras pessoas, especialmente para com as outras crianças, embora apreciem algumas formas de contacto físico. Evidenciam apego principalmente aos adultos que lhe sejam próximos, sendo contudo mais ou menos indiferentes para com as crianças da sua idade.

Numa forma menos severa, a criança aceita passivamente o contacto social, revelando mesmo prazer nele, embora não faça aproximações espontâneas.

Algumas crianças aproximam-se de outras pessoas espontaneamente, fazendo-o todavia de um modo inapropriado, excêntrico e repetitivo, prestando pouca ou nenhuma atenção às respostas das outras pessoas, tocando nestas como se fossem objectos.

Entre os adolescentes e os adultos com mais capacidades a perturbação social pode atingir formas de uma interacção artificial e formal dirigida à família, aos amigos e aos estranhos.

As crianças com autismo mais profundo, desprendidas, frias e distantes, podem tornar-se mais sociais com o decorrer do tempo, embora poucas possam vir a adquirir uma interacção social apropriada ou desenvolver amizades autênticas com os seus pares.

Hartup et al. (1986, pp.76), afirmam que "as crianças com perturbações intelectuais, emocionais e comportamentais tendem a ser impopulares, não eficazes em iniciar e manter boas relações sociais com outras crianças, não

sendo bem sucedidas no estabelecimento e manutenção de amizades; a evidência circunstancial sugere que as amizades servem como contextos para a aquisição de competências sociais como o desenvolvimento cognitivo e emocional e como padrões na formação de outras relações".

Frequentemente o isolamento típico do autismo não se reveste de uma acepção emocional, sendo antes, segundo Peeters (1997), uma "solidão cognitiva". Os jovens com autismo começam a gostar das pessoas, mas têm problemas em estabelecer significado nas regra de convivência social e nos costumes.

Trata-se de crianças que se tornam reservadas e que se isolam cada vez mais das pessoas, inclusive dos próprios pais e irmãos (Gonçalves, 1980).

A criança autista apresenta um isolamento específico em relação às outras pessoas, respondendo menos frequentemente e durante um período mais curto a uma enorme gama de estimulações, incluindo-se nestas as de natureza social (Hermelin & O`Connor 1970, cit. por Pereira, 1998), sendo incapazes de estabelecer vinculações afectivas sólidas, perdendo interesse pela interacção social, factor determinante do desenvolvimento linguístico (Damásio & Maurer, 1978, cit. por Fonseca, 1986). Convém, portanto, que toda a actividade seja proporcionadora de convívio e não venha reforçar o isolamento e a falta de comunicação destas crianças.

Pouco se sabe acerca dos processos que estarão na base das ineficazes interacções sociais das crianças autistas. Hoje em dia considera-se que elas se tornam mais cooperantes quando se tenta envolvê-las activamente em interacções sociais, o que tem óbvias implicações terapêuticas, mas que não explica a natureza da incapacidade social. Provavelmente, é a reciprocidade do intercâmbio social que falta no autismo. Alguns dos autores verificaram que as crianças autistas não apresentavam défices na sua apreciação de objectos, mas tinham muitas limitações no que diz respeito à apreciação de emoções e de pessoas. Pode então inferir-se que as limitações sociais das crianças autistas terão origem nalgum tipo de défice cognitivo-social no processamento dos estímulos que contenham significado social ou emocional. A natureza precisa desta deficiência permanece obscura (Varanda, 1998).

Muitos dos conhecimentos sobre as interacções sociais está relacionado com o facto do autismo ser visto primariamente como uma perturbação de

base cognitiva em que os desvios do contacto social emergem secundariamente (Hermelin & O´Connor, 1970, Reichler & Schopler, 1971, cit. por Pereira, 1999).

Dispomos de mais métodos para o estudo de certas funções mentais e da linguagem do que para o aprofundamento de aspectos relativos ao funcionamento sócio-emocional.

Nos últimos anos, contudo, tem-se assistido a um crescente, embora ainda escasso, interesse nos défices sociais e a uma tentativa de afirmação de estes poderem ser mais do que apenas um epifenómeno de uma perturbação cognitiva primária (Pereira, 1999).

Uma dificuldade no estabelecimento de vínculos ou as dificuldades no desenvolvimento sócio-afectivo e, portanto, de todo o processo comunicacional nas pessoas com autismo, a sua tendência mesmo para a estereotipia ou para um leque restritivo de interesses, provém de disfunções do desenvolvimento cognitivo, relacionáveis com um déficit específico, podendo admitir-se uma natureza semântica não verbal e que pode ser vista como um aspecto, entre outros, da incompetência mais geral para responder adequadamente a diversos estímulos, em particular aqueles que são de natureza social (Rudolph & Hoffman, 1982; Pereira, 1998).

2.2 - O desenvolvimento da interacção social no autismo

As pessoas normais, crianças ou adultos, usam o contacto pelo olhar de um modo especial, quando desejam captar a atenção daqueles com quem comunicam, verbal ou não-verbalmente. Nas pessoas com autismo, esse contacto parece ser fortuito, superficial e fugidio, havendo muitas vezes a sensação por parte de quem se relaciona com elas de estarem apenas atentos, entrecortadamente, de modo episódico (Leboyer, 1987).

Ao longo do desenvolvimento, mais marcadamente por volta dos cinco anos de idade, muitas destas alterações sociais podem já não ser tão marcadamente evidentes, mas irão manter-se dificuldades acentuadas, como a falta de empatia, as inconsistências de estabelecimento e manutenção da troca social e igualmente falhas para perceber os sentimentos e as respostas

dos outros, deficiências no desenvolvimento e diversificação de amizades; consequentemente surgem e vão-se estruturando problemas bem marcados na capacidade de se envolverem em jogos colectivos e cooperativos com outras crianças e adultos, factores que caracterizam muito do comportamento social normal (Leboyer, 1987, Pereira, 1999).

Na idade escolar, vão-se operar várias mudanças quantitativas e qualitativas. Quando as crianças entram para a escola aumentam os contactos com os pares e elas adaptam-se cada vez melhor às necessidades dos seus parceiros sociais. Os comportamentos de partilha, de ajuda e de cooperação aumentam e desempenham um papel importante no estabelecimento e na manutenção dos laços sociais. As estratégias comportamentais que a criança utiliza complexificam-se entre os 6 e os 12 anos. Ao mesmo tempo que se torna mais independente e amadurece, o seu funcionamento social necessita de maiores capacidades para iniciar contactos. Ela deve, por exemplo, ser capaz de entrar numa actividade já iniciada por outras crianças e convidar outros elementos para participarem, o que requer afirmação de si, avaliação da situação e capacidade para comunicar e negociar em função das necessidades e reacções do outro, bem como para se adaptar. Os estudos realizados com crianças em idade escolar permitiram precisar as estratégias utilizadas com eficácia nesta idade. A primeira etapa é a expectativa e a deambulação na proximidade do grupo, seguida da imitação da actividade, de reparos sobre o grupo ou sobre essa mesma actividade. A estratégia eficaz é, portanto, aquela que preserva o "statu quo" do grupo sem atrair directamente a atenção sobre aquele que se lhe quer juntar. É portanto, uma estratégia que exige um sentido social já muito desenvolvido, sensibilidade em relação aos outros e uma capacidade para fazer variar a sua conduta de acordo com a situação (Rogé, 1998). Esta evolução não existe na criança autista. Esta, na idade escolar, apresenta particularidades que é preciso ter em consideração.

É, por vezes, muito carente ao nível da compreensão e da comunicação (Schopler et al. 1980).

Faltam-lhe competências de base para iniciar a vida em grupo. Por exemplo, não vem quando a chamamos, não consegue reconhecer o seu nome, não tem qualquer noção da actividade dirigida, mesmo que se utilizem

formas não verbais de solicitação. E, também, não tem geralmente a noção de encadeamento das situações e dos elos que podem existir entre elas. Observações do tipo "fazes isto e depois aquilo" não tem qualquer significado para ela.

Devido a estas dificuldades as fontes de frustração são numerosas e as reacções emocionais podem ser frequentes e de forte intensidade (Rogé, 1998).

O aspecto de evitar o contacto social atenua-se geralmente depois dos cinco anos, como já foi referido e a criança autista apresenta então menos reacções de retracção. Essas reacções subsistem, no entanto, nos autistas mais profundos (Lord, 1984).

Nas outras crianças é geralmente iniciada uma abertura social, mas nas crianças autistas a utilização dos sinais é incorrecta, os elementos de comunicação são mal coordenados e as regras sociais mal integradas, o que leva ao reforço da situação de isolamento da criança apesar de existir motivação para o estabelecimento do contacto.

A dificuldade em iniciar relações e em mantê-las revela-se tanto mais quanto o comportamento da criança se distingue fortemente do dos seus pares; as limitações no plano cognitivo e ao nível da comunicação introduzem a partir daí um desfasamento importante entre a criança autista e as outras da sua idade. Os jogos de grupo que implicam assumir papeis não surgem espontaneamente e as regras são dificilmente entendidas.

Nesta idade os progressos realizados no domínio social permitem, em contrapartida, uma melhor comunicação com o adulto, tanto mais que este ajusta o seu comportamento às dificuldades da criança (Lord, 1984; Beyer et al., 2000). É neste contexto, como já referimos, que iremos apresentar a nossa intervenção.

2.3 - Características da interacção social

As crianças com autismo, em maior ou menor grau, não percebem nem reagem aos sentimentos e às emoções expressas pelos outros ou, quando o fazem, podem ter uma reacção inusitada e sem empatia (Friedman et al.,

1980). Isto faz com que estas crianças tenham dificuldade em fazer amizades e contribui para que a criança actue de uma forma que parece cruel, mas que na realidade, se deve à falta de compreensão. Por exemplo, o ouvir alguém a chorar pode parecer peculiar à criança autista e fazê-la rir (Jordan, 2000).

Há muitas descrições da atitude de separação e da fuga ao contacto físico, por parte das crianças com autismo, se bem que não seja verdade que todas se comportem deste modo; algumas respondem a iniciativas de contacto e algumas podem parecer mesmo procurar constantemente esse contacto, embora não sejam sensíveis às reacções dos outros (Jordan, 2000).

Segundo o DSM-IV (1994), a perturbação da interacção social pode mudar com o tempo, podendo variar conforme o nível de desenvolvimento da criança autista. Nesta pode haver incapacidade de abraçar terceiros, indiferença ou aversão ao afecto ou ao contacto físico, falta de contacto visual, ausência de resposta a chamamentos, tratamento de adultos indiferenciadamente, possibilidade de se "apegar" mecanicamente a determinada pessoa.

Durante a fase de desenvolvimento a criança pode ficar mais desejosa de se envolver interessadamente na interacção social. Contudo, em tais momentos, a criança tem tendência a tratar as outras pessoas de maneira não usual, esperando que elas respondam a perguntas rituais com maneiras específicas, tendo pouco sentido dos limites dos outros e sendo inapropriadamente intrusivas na interacção social.

Na base da nossa interacção está a interpretação do que o outro faz, quer ou deseja, de maneira a modelar a acção de acordo com o previsto e com o efeito pretendido (Falcão, 1999).

As crianças com desenvolvimento normal estabelecem interacções sociais com quem as cuida, aprendendo a responder ás reacções emocionais dos seus parceiros e a antecipar tais reacções em relação ao seu próprio comportamento. Elas copiam expressões faciais dos adultos e revivem as emoções e motivações dos seus familiares nas suas brincadeiras começando a criar empatia com os sentimentos dos outros e a apreciar o comportamento das outras pessoas.

As crianças saudáveis aprendem a saber o que significa ter intenções através das primeiras interacções em que notam os efeitos que exercem sobre os outros e como reagem a eles e comportam-se de modo a produzir

esses efeitos e a colaborar em intenções comuns. Destas surge não só a percepção do modo como orientar o seu próprio comportamento no sentido de atingir os objectivos pretendidos, mas também a percepção de que esta característica é própria do comportamento dos outros (Jordan, 2000).

Assim desde muito cedo vai adquirindo regras sociais, seguindo padrões de conduta onde está presente uma hierarquização da relação.

Tal hierarquia leva-nos a tomar diferentes atitudes, consoante a pessoa com quem nos estamos a relacionar. Os intervenientes da relação, tendo em conta o papel social que têm, podem assim perspectivar determinados comportamentos e antecipar as respostas mais prováveis por eles gerados.

A criança com autismo, em termos de estatuto social encontra-se num nível muito baixo (Ferreira, 1997).

Não há provas de que tenha menos emoções do que as normais. Na realidade, o seu comportamento revela que os seus sentimentos são frequentemente muito fortes e que, muitas vezes, tem grande dificuldade em os controlar. O problema reside em não se aperceber das suas emoções a um nível explícito, o que também lhe dificulta ainda mais o seu controle. E isso pode também significar que a expressão das suas emoções assuma um carácter primitivo e tome a forma de crises explosivas (Jordan, 2000).

Um dos aspectos mais perturbadores das crianças autistas é a ausência de efeito dos elogios verbais que normalmente associamos à motivação e à auto-estima. É na própria actividade ou tarefa que a pessoa autista se sente ou não gratificada, pouco ou nada contando a aprovação e satisfação dos outros (Falcão, 1999).

Embora se sublinhe com frequência a indiferença das crianças autistas, os comportamentos de vinculação também existem nelas.

Há muitas vezes interacção com pessoas conhecidas como o pai ou a mãe; podem apresentar reacções de desagrado em relação à separação, embora estas reacções não existam em certas crianças; contudo, a vinculação manifesta-se de maneira atípica. A criança pode não apresentar os comportamentos que consistem em seguir os adultos, ir ao seu encontro, procurar o reconforto junto deles numa situação nova ou assustadora e participar em rituais do deitar que envolvem a participação social dos país. Neste domínio, como noutros, os comportamentos desviantes podem variar

consideravelmente na forma de expressão, indo da indiferença a reacções excessivas (Rutter et al., 1984; Rogé, 1998)

Não surpreende que crianças com tantas deficiências tenham muitos problemas de comportamento. A coisa mais triste para os pais é que nos primeiros anos o seu filho parece ser indiferente a eles.

Realmente ele parece não perceber a presença de ninguém. Por isso é que alguns autores usam expressões como "crianças no mundo de fantasia" ou "a criança numa redoma de vidro" para descrever o autismo.

Talvez esse comportamento seja uma consequência secundária das dificuldades de comunicação do autista. Aqueles que aprendem a falar e a entender alguma linguagem tendem a tornar-se mais amistosos e sociáveis (Gauderer, 1993).

É por vezes difícil determinar se as crianças com autismo se estão a afastar activamente das pessoas, fechando-se em si próprias, ou se assim parece devido a não saberem como se relacionar com os outros e estarem empenhadas em actividades auto-centradas e estereotipadas (Jordan, 2000).

Na verdade algumas crianças autistas eventualmente adquirem uma personalidade bastante alegre e extrovertida, apesar das suas dificuldades que impedem o desenvolvimento de uma relação realmente madura com outra pessoa (Gauderer, 1993).

Estes factos deverão ser a base e estimulo para a actividade de todos os profissionais que convivem e trabalham com a criança autista.

2.4 – A criança autista e a parceria

O desenvolvimento e aprendizagem infantil avançam na relação entre iguais, sustentando-se nos princípios psicopedagógicos propostos por Vygotsky. Isto significa que na relação entre iguais, ao mesmo tempo que uma criança serve de modelo à outra, ela também é referência para as demais (Negrine & Machado, 1999).

Este ponto de vista baseia-se nas experiências positivas de trocas entre crianças diferentes, autistas e crianças normais, que conduziram a uma melhor adaptação das crianças autistas, bem como a uma evolução positiva

das suas condutas, tal como a uma aceitação de deficiência pelas outras crianças, o que permite uma adaptação recíproca e uma boa integração (Tardif, 1998).

Nalgumas experiências de integração de crianças autistas, realizadas no estrangeiro e também já no nosso país, a tónica é colocada na educação num contexto adaptado, mas onde a criança autista esteja sempre em interacção com as outras crianças (Schopler et al., 1989). A presença de outras crianças é provavelmente o dado mais essencial oferecido pela escola, aquilo que vai verdadeiramente ajudar a criança no desenvolvimento da sua pessoa e do seu conhecimento do mundo (Vayer & Coelho, 1990).

As relações com um parceiro normal são, assim, muito importantes para as crianças autistas. De facto, as relações sociais são frequentemente muito complicadas para estas. Ter um companheiro não autista que normalmente não apresenta problemas a esse nível, motivado para estabelecer relações positivas com ela pode ser benéfico (Roeyers, 1995). Além disso, realizar uma actividade no seio de um grupo de pessoas que comunicam, com boas relações e com meios de integrar ao máximo a pessoa autista na actividade do grupo, não pode senão melhorar o seu nível de funcionamento social (Magerotte et al., 1994a; Hauck et al., 1995).

Só depois de estabelecida uma relação suficientemente significativa com o educador e, de igual modo, com os seus pares e o grupo, é que a criança poderá suportar o contacto físico e então beneficiar de outras terapias (Vidigal & Guapo, 1997).

O campo da interacção social abarcará comportamentos que vão desde o simples aperto de mão, olhando o interlocutor, até comportamentos sociais mais elaborados, de acordo com o grau de perturbação da criança autista. Haverá, assim, uma acção conjunta dos parceiros, que, por mínima que seja, se torna factor de progresso, de construções, mesmo que elementares, em conjunto com esse contexto interactivo.

A conclusão de que as crianças não são insensíveis aos outros e que elas modificam a forma e o conteúdo da sua comunicação em função do seu parceiro social deve ser tomada em consideração (Trevarthen, 1996). Os estudos sobre os comportamentos de vinculação devem fazer-nos compreender que mesmo uma criança muito isolada pode sentir uma

vinculação afectiva e pode ser sensível aos sentimentos e atitudes dos outros. Como foi referido, o problema reside no facto de a criança não saber como responder de forma recíproca à interacção com outras pessoas, em partilhar interesses e pontos de vista e não numa falta de afectividade ou sensibilidade emocional (Lord, 1984). É uma experiência gratificante ajudá-las nesse caminhar.

3 - Educação física

3.1- Distúrbios da motricidade

No seu artigo clássico Kanner, em 1943, referiu que o desenvolvimento e a coordenação motora eram normais nos autistas e, ainda que desajeitados na forma de andar e com movimentos rudes, eles eram bastante habilidosos. Esta observação clínica permaneceu durante mais de trinta anos, quando pesquisadores começaram a questionar a consistência e correspondência do desenvolvimento com a idade cronológica (Geddes, 1977). Estudos mais sistemáticos e específicos sobre o desempenho de autistas trouxeram resultados desconcertantes quando comparados com indivíduos normais e pessoas com atraso mental (Maurer & Damásio, 1982). Os autistas mostraram menores pontuações nas medidas de aptidão indicadas a seguir: composição corporal, força de apreensão nas mãos, força e flexibilidade abdominal, especialmente para flexão do tronco. Ficaram abaixo do nível da idade cronológica em tarefas que requeriam atitudes de integração física, bastante abaixo do nível de alunos normais e alunos com atraso mental em tarefas de imitação corporal como movimentos estáticos e dinâmicos em desempenhos motores qualitativos, como padrões motores imaturos para lançamentos, saltos, corridas, acompanhados por movimentos de braços inapropriados e não funcionais. Os autistas, ainda que demostrando desempenho qualitativo significativamente superior no balanço dinâmico, essencialmente moveram-se numa velocidade menor e mais controlada. Também foram notadas aptidões danificadas, produção energética diminuída, baixo funcionamento em relação

à imagem corporal, anormalidades na fixação e correcção da postura, bradicinesia, distonia. Alguns pesquisadores tendem a vincular estes baixos desempenhos do autismo com o atraso mental. Por outro lado, outros acham que existem dificuldades com tarefas complexas de coordenação motora (Maurer & Damásio, 1982).

Reid (1981) sugeriu que a diminuição motora pode ser uma expressão equivocada para o que, na realidade, é um baixo processamento perceptivo.

Os distúrbios da motilidade são importantes e constituem a evidência do envolvimento do sistema nervoso central, sendo contudo raramente descritos sob o ponto de vista neurológico (Gaetner, 1981).

Em alguns casos, as anormalidades são semelhantes às observadas em doenças neurológicas específicas, de maneira completa ou fragmentada (Gauderer, 1993; Arnáiz, 1994, cit. por Linares & Carrión, 1996).

Ocasionalmente notaram-se discinesias da boca e extremidades ou sinergias involuntárias complexas envolvendo a cabeça e os segmentos proximais dos membros. Nas extremidades distônicas observaram-se outros tipos de movimentos involuntários, alguns rítmicos ou lembrando tiques, como o de bater com as mãos para cima e para baixo ou para os lados; outros não rítmicos e mais bem descritos como a variação de coreia ou atetose e alguns repetitivos, estereotipados e compostos especialmente de movimentos das mãos e posturas complexas (Gauderer, 1993).

Foram enumeradas ainda anormalidades do tono muscular, com algumas crianças exibindo graus leves de rigidez, sem espasticidade e hipotonia (Filipek et al., 1999).

Sinais psicomotores tais como a paratonia, reflexo de preensão e reacção de escape, estão frequentemente presentes.

A postura e a marcha também têm sido descritas como anormais no autismo (Leboyer, 1987).

A nível da motricidade global, os movimentos podem ser pobres, lentos ou diferidos na sua execução. Notam-se dificuldades ao nível da iniciativa motora, como dificuldade no arranque do gesto e controlo do equilíbrio (Schopler et al. 1983; Sherril, 1998).

Podem observar-se posturas de tipo particular, como por exemplo a cabeça, inclinada sobre o ombro. Nas deslocações, o posicionamento dos

braços pode ser anormal, em flexão ou em extensão; os movimentos que acompanham a marcha podem não existir ou surgir em contratempo. A marcha na ponta dos pés, que se observa no desenvolvimento normal, prolonga-se e pode ser observada com frequência ao longo do desenvolvimento. Verificam-se movimentos estereotipados como andar à roda, balançar o corpo, etc. (Leboyer, 1987).

A descoordenação motora é frequente, mas não sistemática, verificando-se que algumas crianças são mesmo particularmente ágeis, como é o caso das posturas no limite da rotura do equilíbrio e escalada de obstáculos. O nível da actividade é por vezes flutuante na mesma criança (Rogé, 1998).

No domínio da motricidade fina os problemas de coordenação afectam a manipulação precisa de objectos (Gaetner, 1981).

A lateralidade estabelece-se tardiamente. Define-se com mais frequência à esquerda ou permanece indeterminada e as duas mãos têm dificuldade em coordenar-se numa actividade complementar. Observa-se, frequentemente, o abandono de uma mão (Rogé, 1998). Contudo, também neste domínio são por vezes observadas aptidões particulares, sendo certas crianças capazes de realizar manipulações finas com grande precisão (Forfar et al., 1984). Neste caso, a destreza manual não é aplicada em actividades funcionais, mas é geralmente posta ao serviço de comportamentos repetitivos (Dansart et al., 1991).

Na criança autista observam-se ainda outros problemas motores tais como: ausência de esquema corporal, sendo incapaz de fazer o que se lhe pede porque não conhece o seu corpo; apraxia, sendo incapaz de executar voluntariamente o gesto, mas conseguindo executá-lo automaticamente; "Grasping", isto é, segura o objecto na sua mão, mas é incapaz de o largar voluntariamente (Hughes, 1996; Rogé, 1998).

3.2 - Contributos da educação física no desenvolvimento do relacionamento e afectividade

O principal objectivo da nossa apresentação é definir alguns princípios e considerações práticas a respeito do desenvolvimento e da implantação da

educação física com programas de exercícios para crianças com autismo, destacando as possibilidades do uso social das habilidades estimuladas e, assim, aumentando a sua qualidade de vida.

É essencial conhecer em primeiro lugar e individualmente cada aluno no contexto geral do autismo. De acordo com a nossa experiência, os dois primeiros passos para o desenvolvimento de uma boa e significativa habilidade motora é conhecer com detalhe as capacidades motoras actuais, o interesse e o nível de comunicação, para ter segurança de que a criança autista será bem sucedida nas tarefas propostas para a construção da motivação, obediência, auto-estima e desempenho. Em segundo lugar, para que isso seja eficaz, é decisiva a facilidade de compreensão do que é esperado. Os professores têm que saber ensinar e, concomitantemente, distrair e divertir, mantendo uma relação positiva com cada aluno, pares de alunos e o grupo. Existe uma grande lacuna neste campo em relação à falta de dados baseados em pesquisas envolvendo crianças com autismo, a actividade física e a interacção social.

Em nossa opinião, programas de educação física e exercícios não devem concentrar-se no ensino de movimentos como fim em si, mas na utilidade da sua aprendizagem, destacando as possibilidades de avanços em adaptação, usos sociais das atividades promovidas e aumento na qualidade de vida.

A educação física, pela natureza dos seus efeitos e implicações, tem incidência em amplos aspectos do desenvolvimento global da criança autista, sobressaindo o contributo específico que traz nos domínios da aquisição de competências, estruturação de espaço e tempo e imitação, tornando-se um meio essencial e obrigatório nas adaptações sociais e aprendizagens sócio-cognitivas (Summerfield, 1976).

A imitação tem influências positivas sobre a conduta, o comportamento e a atitude, permitindo a estruturação do esquema corporal. Durante as sessões de educação física a criança observa o educador e os pares, imitando e identificando-se com eles; inicialmente imita os comportamentos mais simples para posteriormente poder imitar os mais complexos (Defontaine, 1981; Lovaas, 1981).

Diversos estudos recentes demonstram que as crianças com autismo podem ser extremamente sensíveis à imitação por parte dos adultos e este

pode ser um ponto de partida importante para o estabelecimento de um maior relacionamento interpessoal, tão difícil de alcançar mas ao mesmo tempo tão fundamental para a posterior intervenção a outros níveis (Lord, 1984; Dawson et al.1987; Hughes, 1996).

A sistematização de acções desta natureza e outras com objectivos de lazer e de fomento da interacção social, promove que todo um processo simbólico-linguístico-emocional alterado se vá, paulatinamente, modificando e tornando mais funcional (Pereira, 1990).

As actividades físicas têm como finalidade fornecer à criança aquilo de que tem necessidade para se manter em boa saúde, exercer a sua motricidade por ela própria e facilitar a tomada de consciência da imagem do corpo no espaço. Favorecem o desenvolvimento das suas capacidades de adaptação e de cooperação. Contribuem, também, para a sua expansão pela alegria dos obstáculos vencidos e da segurança conquistada. Cada actividade é determinada em função de prioridades:

- Actividades de motricidade global, que incitam à produção de movimentos de uma certa amplitude que, por vezes, requerem velocidade, capacidade de resposta a uma instrução, capacidade de ultrapassar um obstáculo, de reagir a um sinal como andar, correr, saltar, rastejar, trepar, arremessar, transportar e manter o equilíbrio;

- Actividades de coordenação motora que propõem encadeamentos de gestos ou de acções já dominadas como ritmos, jogos de destreza e oposição, danças e rodas cantadas;

- Actividades de expressão corporal que levam as crianças a procurar representar, com recurso ao seu repertório gestual, temas e ritmos inventados por elas próprias ou que lhes são propostos (Rogé, 1998).

Ajudar a criança a aproximar-se de um estado físico mais harmonioso vai permitir-lhe tomar consciência de si mesma e adquirir estima e confiança em si própria (Rogé, 1998).

No que à educação motora concerne, a criança com autismo, inicialmente receosa e alienada, vai desenvolvendo o equilíbrio corporal, a autoconfiança e a socialização, esperando a sua vez, imitando movimentos, adaptando-se às regras de jogos (Furneaux et al., 1979).

A educação física tem sido um meio fundamental para reduzir os comportamentos estereotipados característicos desta perturbação (Levinson & Reid, 1993).

Assim, o educador, individualmente com a criança e também em grupo, se bem que mais dificilmente, vai dando sentido às agitações ritualizadas, às manifestações ecolálicas, ajudando-a a pouco e pouco a sair de uma relação à partida dual e a estabelecer ligações com os seus pares (Wall, 1980; Vidigal & Guapo, 1997).

É neste contexto que surge a noção de parceria em que uma criança não autista toma individualmente a seu cargo um autista da sua idade. O parceiro comparticipa com ela numa actividade física e dá-lhe as ajudas necessárias para a realizar. Este nível de ajuda pode variar consideravelmente, em função do nível de competência da pessoa autista e do objectivo traçado. Com efeito, o parceiro pode simplesmente desempenhar o papel de acompanhante na realização das actividades físicas (Magerotte et al., 1994a). Pode ser útil dar alguns conselhos ao par que vai jogar com a criança autista. Por vezes, é interessante explicar-lhe que vale mais não falar muito ou gritar e sim mostrar como fazer, chamar a atenção, batendo palmas e fazendo movimentos amplos com os braços em vez de gritar. Os encorajamentos, tais como sorrisos ou um bom aperto de mãos, podem ser muito importantes para estimular a criança autista. Tudo isso dependerá da pessoa em causa, das suas capacidades de comunicação e das suas possibilidades de compreensão. Essas informações são muito importantes e devem se dadas a conhecer à criança não autista (Magerotte et al., 1994a).

O papel do educador é também o de intervir para fazer valer as normas, isto é, as regras que se estabelecem para todos, aquelas que permitem uma interacção fraterna, onde a liberdade de acção de cada um não provoque invasão do espaço ou que venha a limitar o direito do outro (Negrine & Machado, 1999).

3.3 - O jogo e as actividades desportivas no desenvolvimento da criança autista

O jogo desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da criança autista. Permite o exercício das funções cognitivas, da linguagem e das capacidades motoras e ainda desenvolver a socialização, dado que implica a tomada de consciência de um parceiro. É a primeira forma de participação social e possibilita o início e a manutenção das relações sociais (Rogé, 1998).

Os comportamentos de jogo dependem da idade, mas também de outros parâmetros – os factores do meio, como a experiência anterior de contactos com pares, a presença da mãe, a estrutura de acolhimento, tal como a escola e brinquedos disponíveis (Wolfberg, 1999).

De um modo geral, mesmo que as anomalias no contacto social sejam discretas ou flutuantes nos primeiros tempos de vida, tornam-se marcantes entre os 2-3 anos e os 5-6 anos. É neste período que se verificam as reacções de retraimento mais claras. Este estadio do desenvolvimento corresponde aos primeiros momentos em que há um confronto com a vida colectiva no contexto escolar (Rogé, 1998).

Na criança autista predomina o isolamento; quando confrontada com os seus pares, geralmente, não entra em interacção (Mazet & Houzel, 1981).

As características do seu comportamento não permitem aos seus pares iniciar e manter a interacção; não há olhar, não há aproximação, não existem gestos ou mímica adaptados ao contexto, não há interesse simultâneo pelos objectos ou situações de jogo. Aparecem, antes, comportamentos que, aos olhos dos outros, surgem como estranhos, estereotipias, actividades repetitivas que não admitem qualquer intromissão (Mazet et al. 1981; Perrot et al., 1990; Libby et al., 1998; Rogé, 1998).

Observam-se reacções emocionais que podem ser violentas sempre que os outros tentam, apesar de tudo, entrar em contacto ou participar em jogos e actividades nas quais a criança autista está empenhada (Jordan & Powell, 1990; Lewis & Boucher, 1995).

Quando existem, os comportamentos sociais são preferencialmente orientados para o adulto conhecido. A criança mostra-se a maior parte das

vezes muito dependente desse adulto, sem que possa entrar em interacção com os seus pares (Rogé, 1998).

Devido às suas deficiências básicas de desenvolvimento, crianças autistas não são capazes de tomar parte na gama usual de actividades lúdicas. Elas têm facilidade e gostam de brinquedos de montar, mas as suas brincadeiras sociais são muito limitadas. Brincadeiras envolvendo imaginação raramente se desenvolvem. Elas não modificam a forma da brincadeira para se acomodar a outras crianças e tendem a repetir as mesmas acções indefinidamente (Wolfberg, 1999).

Em geral, a preocupação com a as necessidades recreativas das crianças autistas não é tão grande como a que existe em relação a outros membros da sociedade. Se privarmos as crianças deficientes de todas as experiências e actividades que favorecem a formação de amizades duradouras, o contacto restrito com os meios habituais irá impedi-las de desenvolverem gostos, interesses e talentos que poderiam preencher os seus tempos livres. A segregação e o isolamento social que lhes é imposto acentuarão as suas deficiências, senão tentarmos contrariar esta tendência (Magerotte, 1994a).

Entre as actividades desportivas que encontramos referidas na recolha bibliográfica passaremos a citar as mais utilizadas.

As crianças com autismo têm muita dificuldade em participar em jogos de equipa, como o futebol, que exigem alguma compreensão social e cultural. De facto, a participação num jogo de futebol exige saber que fazemos parte de uma equipa, compreender que o jogo implica tanto de competição como de colaboração, processar rapidamente uma informação constantemente mutável, reagir depressa, etc. No autismo todas estas capacidades são problemáticas (Jordan, 2000).

O trampolim parece ter um grande impacto junto destas crianças. São também usados com bons resultados práticos os patins, skates e bicicletas, representando os primeiros movimentos de liberdade da criança, uma vez ultrapassadas a ansiedade e timidez iniciais (Summerfield, 1976; Dewey, 1973, cit. por Bento, 1999).

Estes alunos beneficiam muito com o contacto com a água e com a areia, nomeadamente em actividades como a natação em piscina e na praia (Summerfield, 1976). Muito útil também é a corrida lenta, porque reduz

algumas das alterações comportamentais como a agressividade, a hiperactividade e alterações do sono (Levy, 2000); as actividades efectuadas em ambiente relaxante ao som de música são extremamente úteis, exercitando comportamentos socialmente adequados (Dewey, 1973, cit. por Bento, 1999).

Para a criança mais velha, é mais importante desenvolver as habilidades funcionais, ao contrário dos mais novos em que o destaque da educação física é para o desenvolvimento das capacidades motoras mais básicas (Auxter et al., 1993).

Actividades como a ginástica, basquetebol e o judo, além das modalidades supracitadas, são também actividades desportivas mencionadas na literatura que favorecem o desenvolvimento psicossocial da criança autista (Summerfield, 1976).

3.4 - Avaliação dos interesses e aptidões da criança autista

A avaliação dos interesses e actividades preferidas pela criança autista constitui uma etapa importante do nosso estudo. Realiza-se a vários níveis como interesses, capacidades motoras, interacções, etc. Deverá ser efectuada por profissional que conheça bem a criança e em momentos e locais o mais naturais possíveis. É importante tentar responder prioritariamente às expectativas da criança e escolher em função dela a actividade que lhe seja mais adequada (Magerotte et al., 1994a).

O trabalho pode ser feito observando e registando para que objectos e actividades ela se dirige espontaneamente. Pode, por vezes, ser necessário propor material ou actividades às crianças com pouca ou nenhuma iniciativa e observar as suas reacções. A noção de latência pode ser importante aqui. É preciso anotar, nas várias situações, quanto tempo a criança despende antes de reagir face ao material que lhe foi proposto.

Para umas o tempo de latência é muito longo, mesmo para as actividades que mais apreciam. Outras, se não reagem imediatamente, é porque o material não as atrai. Avaliam-se aqui preferências, isto é, aquilo para que a criança parece ser atraída, não entrando em linha de conta o critério de

sucesso. É importante ter em conta, igualmente, essas actividades, porque poderão fazer parte do programa de educação física.

Na metodologia proposta por Wuerch & Voeltz (1982) cit. por Magerotte et al. (1994a), para avaliar as preferências das crianças, os técnicos devem conhecer bem os seus comportamentos. A forma de avaliação que constitui o inventário não utiliza critérios objectivos, como a duração de utilização do material ou o número de vezes que ele toca nesse material, porque as categorias e a frequência dos comportamentos das crianças autistas podem variar muito.

Por outro lado, a forma de demonstrar interesse por qualquer coisa pode ser muito subtil e diferir de uma criança para outra, o que não pode ser evidenciado pelos instrumentos standard. Nem sempre é fácil estimar se uma criança, ao ter comportamentos anormais, como balancear-se sobre uma cadeira enquanto olha o material, está realmente interessada no material proposto. Um estudo de Voeltz & Wuerch (1992), cit. por Magerotte et al., (1994a) sugere que, enquanto certos comportamentos auto-estimulantes como balancear o corpo, mexer os dedos à frente dos olhos, estão frequentemente associados a um nível de interesse muito baixo, outros comportamentos que implicam a utilização do material como bater com ele na mesa ou segurá-lo, estão muitas vezes associados a um nível de interesse mais elevado. Com efeito, parece que as crianças autistas que são confrontadas com um novo material cuja utilização habitual desconhecem, tendem a utilizá-lo à sua maneira se esse material as atrair de algum modo.

As actividades escolhidas não devem ser exclusivamente solitárias ou colectivas. A escolha não deve estar directamente ligada às dificuldades ou limitações da criança. É preciso ter em conta os seus interesses e ver como é que em função das suas capacidades se pode tentar adaptar a actividade. Caso a participação seja realmente muito difícil, ela pode ser, sem dúvida, simplificada, ou poderá realizar apenas uma pequena parte dessa actividade. Cabe-nos a nós profissionais, ser o mais criativos possível para que ela possa participar com prazer na actividade.

Na avaliação das aptidões, a observação de crianças autistas, movimentando-se ao acaso, não fornece dados acurados sobre o que são capazes de realizar de modo espontâneo e o que fazem respondendo a uma

solicitação. Nas actividades livres não se consegue uma resposta satisfatória; terão de ser dadas Instruções, independentemente da dificuldade das crianças autistas segui-las. Caso contrário, o professor terá crianças a praticar actividades livres, sem o menor sentido e objectividade, em que nada de significativo será transmitido (Gauderer, 1993).

O nível actual de funcionamento pode ter uma grande influência na escolha do material e das actividades que podem ser propostas aquando das avaliações. É importante considerar tais factores como a comunicação, as aptidões físicas, finas e globais e sensitivas, tal como as suas aptidões sociais.

Em função dos diferentes níveis de funcionamento, a escolha das actividades pode ser mais adequada para que não sejam nem demasiado difíceis nem demasiado simples para a criança (Magerotte et al., 1994a).

Para avaliação destas capacidades nas nossas crianças no Externato Ana Sullivan foi adoptada a tabela traduzida e adaptada do quadro "client functioning representative skills for consideration" de Wheman, Schelein & Reynolds, 1981 (Anexo II).

Esta tabela de categorias pode ser codificada de uma maneira qualitativa, indicando que tipo de iniciativa, resposta ou interacção a criança manifesta. Isto pode ser muito importante para pormenorizar as aptidões específicas que os professores devem utilizar para começar uma interacção com as crianças autistas ou para responder às suas iniciativas.

Analisar em relação com quem é que a criança realiza mais vezes as interacções de forma voluntária pode ser útil para saber quem pode ter um papel significativo no desenvolvimento da aula.

3.5 - Organização das actividades físicas

Na prática, o professor deve considerar prioridades no que diz respeito à proxémica, isto é, à distância entre a criança e o educador. É prioritário fazer desaparecer a barreira que a impede de estabelecer um elo afectivo com os seus pares e estabelecer uma relação de proximidade com eles. Podemos, para isso, utilizar um programa de dessensibilização que consiste em fazer

aproximar um adulto, passo a passo, enquanto a criança está entretida com qualquer actividade agradável, passo esse tão pequeno que a criança não ficará perturbada com a intromissão progressiva.

Outra possibilidade é a do adulto fazer uma brincadeira onde se introduz à força mas à qual a criança acha piada, como fazer cócegas; pode introduzir então no jogo outras formas que marquem uma mudança na comunicação, de modo a que a criança continue a aceitar pouco a pouco a intimidade física.

Tal como para os métodos que recorrem à intromissão e que já referimos a propósito das comunicações íntimas, é preciso que o educador conceba jogos altamente motivadores nos quais tão depressa se aproxima da criança, como seja ela a aproximar-se dos outros (Jordan & Powell, 1990).

O professor deve saber como apresentar as instruções correctamente. Estas terão de ser claras, consistentes e breves, revestindo-se a estrutura em que o ensino tem lugar de vital importância, devendo para o efeito ser utilizado um espaço com poucas distracções, para que a atenção não se disperse (Levine et al., 1983; Mesibov et al. 1996).

Se as tarefas estiverem ao nível das competências da criança, observam-se menos comportamentos não cooperantes. Temos, também, de nos certificar de que a criança compreendeu o pedido ou a ordem e que lhe foi dado tempo suficiente para responder, que pode ser bem maior do que na generalidade dos casos, antes de se pensar que ela está a ser negativa ou insubmissa (Jordan, 2000).

Em geral, as crianças com autismo respondem melhor a situações positivas em que o professor assume uma postura condescendente e em que a tarefa é estruturada de tal modo que a criança compreende o que fazer, onde, como e quando terminar.

Há, igualmente, necessidade de monitorizar as instruções dadas à criança, de modo a assegurar que foram compreendidas e memorizadas. As instruções escritas ou as imagens são geralmente melhores do que as palavras faladas, mas, se forem utilizadas estas últimas, tem de haver o cuidado de empregar frases curtas com pausas entre elas (Jordan, 2000).

Devemos estabelecer com as crianças e em especial com a criança difícil como a autista, uma relação que lhes dê segurança e que permita desenvolver a sua potencialidade sem voltar a cair nas condutas de defesa como dúvida,

oposição ou inibição, originadas em qualquer atitude de juízo ou tentativa de normalização. A criança é, com demasiada frequência, para o educador um indivíduo fechado, classificado e catalogado. O professor deve basear a sua relação na empatia com as crianças, esforçar-se para perceber os seus pensamentos e emoções e formular claramente o que a criança sente de uma forma confusa (Lapierre et al., 1977).

O contacto com as crianças da sua idade pode revelar-se um problema ainda maior, dado que o comportamento das outras crianças é frequentemente imprevisível e, por isso, assustador para uma criança com autismo. É um erro esperar que estas crianças se juntem às outras durante os tempos livres ou ditos de recreio. Elas não compreendem as regras dessas situações sociais não estruturadas e, assim, a tarefa de se juntarem às outras nas suas brincadeiras torna-se ainda mais difícil. É-lhes mais fácil estabelecerem um contacto social com outras crianças se elas estiverem ocupadas numa actividade estruturada, mesmo que essa actividade seja um jogo. A melhor estratégia consiste em dar à criança com autismo um treino prévio da tarefa ou actividade, de modo a que no grupo a sua aprendizagem se limite a ser capaz de a executar com os outros, enquanto estes têm de aprender a executar a própria tarefa (Jordan, 2000).

Preconiza-se, frequentemente, para as crianças autistas uma intervenção estruturada. O termo estrutura é utilizado para descrever a organização de um dia de aulas que inclua planificação e organização de diferentes actividades. Neste plano do dia é necessária uma certa flexibilidade para se estabelecerem programas específicos, susceptíveis de responder às necessidades de cada criança. A estrutura diz igualmente respeito à organização da sala de aula, mas deve também incluir aspectos individualizados (Rogé, 1998).

Embora na maior parte do tempo a escolha das actividades seja difícil, o que realmente coloca problemas é a sua implementação.

As aulas de educação física devem ser sempre à mesma hora e ter uma duração claramente definida. Na prática, a experiência mostra que a capacidade em manter um interesse pela criança e pelo que se passa com ela, raramente ultrapassa uma hora. A periodicidade também tem a sua

importância e pode dizer-se que menos de 2 sessões por semana torna difícil dar um sentido e uma continuidade numa relação com uma criança autista.

Conforme narra Peeters (1997), os grupos de trabalho onde se encontram crianças com alterações do espectro do autismo devem ser muito reduzidos, sendo ainda extremamente importante que, no início, estas crianças pratiquem individualmente o que mais tarde será esperado e suposto que venham a praticar em grupo ou em sociedade.

Através de uma organização cuidadosa e planejada do ambiente consegue-se ajudá-las melhor. Todas as crianças autistas necessitam de uma rotina regular, porém para o grupo mais deficiente isso é uma necessidade fundamental (Gauderer, 1993).

Os compartimentos em que as crianças trabalham individualmente, por vezes delimitados por armários, vulgarmente denominados por "caixas", não têm nada a ver com o "aprisionar crianças" mas sim com as dificuldades que as pessoas com autismo têm em prestar atenção aos estímulos relevantes (Peeters, 1997). Um ambiente sem panorama constitui um meio para libertar as crianças das perturbações da sua baixa concentração.

Para regular as interacções e evitar casos de potencial destabilização e tendo em vista as características da criança com autismo, sempre que possível devemos evitar sujeitá-la a situações de espera para além do estritamente necessário; manter a ordem ou sequência das actividades no tempo, pois uma alteração das rotinas pode causar resistências; não alterar esquemas mentais interiorizados para situações concretas se não houver alternativa; preservar a mesma disposição ambiental e espacial devendo cada objecto estar relacionado numa ordem preestabelecida, pois qualquer alteração pode provocar pânico na criança; respeitar a necessidade de comportamentos estereotipados e obsessivos, para defesa contra a sobrecarga cognitiva e a pressão social; evitar aproximações excessivas e contactos físicos; atenuar ou anular fontes sonoras que possam causar perturbações como sons estridentes ou vozes estranhas; adaptar o nosso próprio comportamento, na medida do possível, à criança autista (Falcão, 1999).

3.6- Tipologia dos exercícios

Fazer um exercício e desenvolver uma aprendizagem representam para a criança autista a capacidade de encontrar e criar as suas próprias regras em relação ao contexto, ao material e à pessoa encarregue da actividade. Progressivamente, o professor leva o autista a seguir um esquema e a respeitar as regras adaptadas à situação. Assim ele será capaz de dar atenção às características específicas do material e compreenderá como funciona a actividade (Rogé, 1998).

A criança com autismo prefere, em geral, as actividades solitárias às actividades colectivas. É importante permitir-lhe realizar esse tipo de actividade, mas também é indispensável ajudá-la a viver com os outros e a aprender a realizar uma actividade comum. É preciso ter em conta os interesses da criança e a importância crescente dos esforços sociais que lhe serão exigidos; por isso não deve passar directamente de uma actividade solitária a uma actividade que exige espírito de equipa (Magerotte et al., 1994a).

Deve-se promover brincadeiras e actividades nas quais as crianças são obrigadas a segurarem as mãos das outras, a tocarem-se como na roda, caçadinhas, balançar no chão de mãos dadas, "comboio", etc. Qualquer actividade que exija cooperação entre elas deverá ser sempre prioritária (Gauderer, 1993).

A participação em actividades físicas permite desenvolver aptidões sociais, motoras e de autonomia. As aptidões sociais são, com efeito, facilitadas por actividades de grupo, que possibilitam também fazer amigos (Magerotte et al., 1994a).

O professor terá de ter em conta o prazer, o lúdico na sua relação com estes alunos, devendo ainda alternar o dever com o relaxamento (Bento, 1999).

Para conquistar o interesse de uma criança autista é preciso nunca começar por uma actividade demasiado difícil ou que conduza ao fracasso. Pode-se iniciar os períodos de actividade por um exercício que ela seja capaz de realizar, de preferência o mais fácil. A seguir, propor-lhe o exercício alvo da

aprendizagem e terminar com aquele que ele gosta de fazer. O sucesso é importante para a motivar (Rogé, 1998).

A razão dos exercícios serem similares para os diferentes materiais prende-se com a resistência às mudanças e às actividades novas. As crianças com autismo gostam das rotinas, da realização habitual e repetida de uma actividade que apreciam e ficam normalmente pouco entusiasmadas com a realização de uma actividade nova (Auxter et al., 1993).

As prioridades seleccionadas são o treino de exercícios aeróbios para adolescentes e adultos e atividades motoras funcionais do desenvolvimento para os mais jovens. Estudos empregando vários destes exercícios registraram que um amplo espectro de populações clínicas teve associadas reduções em sintomas negativos comportamentais e afectivos. Outros estudos mostraram melhorias nas habilidades sociais através de programas de exercícios estruturados, mesmo considerando que não era uma actividade aeróbia intensa (Elliot et al., 1994; Andel & Austin, 1984). Resultados semelhantes foram obtidos em estudos direccionados principalmente a alunos com autismo (Kern et al. 1984). Estudos que utilizaram adultos e pré-adolescentes (Elliot et al., 1994; Levinson & Reid, 1993), sugeriram que exercícios aeróbios intensos poderiam ser uma ferramenta preciosa na redução de comportamentos estereotipados e não adaptativos, facilitando assim a integração na comunidade.

Na selecção de uma actividade física específica para as crianças autistas deparamos com várias dificuldades na proposta dos exercícios: para poder escolher uma actividade é preciso, pelo menos, conhecer duas, o que nem sempre acontece. Os interesses da criança autista podem, por vezes, ser muito limitados, optando sempre pelas mesmas actividades ou utilização idêntica de todos os materiais. Muitas vezes parecem ter satisfações sensoriais, mostrando-se pouco interessadas em tentar outros tipos de actividades.

Em relação à necessidade de possuir certas competências: as maiores barreiras que podem constituir um obstáculo à realização de actividades de laser são as dificuldades de comunicação, sob o ponto de vista da expressão e compreensão e as dificuldades das relações sociais. Assim sendo, é por

vezes difícil fazer compreender às crianças autistas as noções de perdedor-vencedor ou certas regras de jogo (Magerotte et al., 1994a).

Desde o início, devem ser implementados todos os movimentos mais comuns executados pelas crianças normais, em situações do dia-a-dia e em jogos. Podem, assim, aprender a ficar de pé sem se mexer, ficar sobre um pé, andar, pular por cima e por baixo de um objecto, saltitar, rolar, rastejar, de bruços ou de costas, para a frente e para trás, com e sem um parceiro. Estas actividades podem ser realizadas com e sem auxílio de uma corda. Ainda trepar, andar de baloiço, jogar, derrubar objectos, equilíbrios etc. Todos esses exercícios auxiliam o desenvolvimento da tonicidade muscular, controle do corpo e imagem corporal e, concomitantemente, a interacção social. Conseguindo a criança interiorizar estas acções, controlando-as de modo consciente, desenvolverá e enriquecerá muito a linguagem (Gauderer, 1993).

Um dos aspectos importantes da educação física, está, justamente, no elo directo com o desenvolvimento da linguagem. Em nenhuma outra actividade a palavra falada está prontamente vinculada à acção. A educação física é de grande valor não só para a linguagem, como possibilita praticar a imitação, que é, afinal de contas, a base para as primeiras aprendizagens (Defontaine, 1981; Wainwright et al. 1996).

Movimentos simples, tais como bater palmas, tocar as diferentes partes do corpo, bater levemente no chão, movimentar-se ruidosamente, mover-se silenciosamente, curvar-se para a frente e para trás, também podem ser ensinados na forma de jogos nos quais o grupo deverá seguir o líder (Gauderer, 1993). Esta actividade é boa para o contacto visual e concentração, bem como para dar-lhes a noção de pertencer ao grupo (Summerfield, 1976).

Algumas das crianças autistas mais capazes e cuja linguagem é mais desenvolvida poderão, tendo adquirido movimentos simples pela imitação, aprender jogos mais elementares (Gauderer, 1993).

O maior problema em ensinar crianças autistas é a sua dificuldade de generalizar o que aprendem.

Por vezes parece que uma vida inteira não é longa suficiente para executar determinada tarefa. Entretanto, o enorme esforço necessário, eventualmente, produz resultados, mesmo que existam longos períodos em que parece não haver nenhum progresso (Gauderer, 1993).

3.7 - Materiais didáctico desportivos indicados

Se estamos a trabalhar com pessoas que necessitam de uma coerência central, com dificuldade de fazer uma percepção do mundo exterior (Frith, 1992), então os objectos irrelevantes que puderem ser manipulados devem ser removidos, enquanto os objectos que são usados numa determinada tarefa devem ser modificados para acentuar ou incrementar a atracção para serem manipulados (Burton, 1987).

A permanência dos mesmos objectos no espaço habitual, ao longo dos tempos, é muito importante para as crianças autistas, pois, como já referimos, a criança vive num mundo de rituais de que tem necessidade e que lhe conferem segurança. É, unicamente, quando a criança chega a crer na permanência dos objectos que ela organiza o espaço, o tempo e a causalidade (Defontain, 1981).

Os materiais desportivos devem ser fáceis de manipular e não devem ser fornecidos mais do que um de cada vez, pois pode provocar confusão e dispersão pelas tarefas propostas (Beyer et al., 2000).

Neste tipo de trabalho o material que se usa é importante; geralmente dá-se preferência a um material que seja de fácil utilização e que permita as mais variadas possibilidades de emprego.

Para desenvolver a flexibilidade e ajudar a generalização, o professor deve tentar tanto o uso dos mesmos materiais para diferentes propósitos, como o uso de diferentes materiais para o mesmo propósito.

Esse material, dada a sua simplicidade, favorece o jogo espontâneo e até mesmo a possibilidade de uma produção de carácter simbólico.

Os materiais desportivos utilizados com maior frequência, durante o nosso trabalho, propostos por nós ou escolhidos pelos nossos alunos, foram os seguintes:

- Bolas coloridas, que estimulam a criança, tanto através do dinamismo que se expressa pelo próprio acto de as manipular, como pelo uso que se pode fazer através do lançamento e da troca. Favorecem a implicação individual e colectiva, constituindo um objecto que, através da sua elasticidade e maciez, permite uma relação com o próprio corpo através de contactos

agradáveis, afectivos e sensoriais; pela sua maneabilidade permite jogos e permutas com o outro capazes de veicular a colaboração (Vecchiato, 1989).

A bola pode servir de intermediário para uma melhor relação ou ser o ponto de partida de uma comunicação com o outro. Através deste objecto, a criança poderá, talvez, aceitar melhor a presença do outro (Defontaine, 1982).

- Os bastões, de vários comprimentos, permitem também facilitar o jogo e a colaboração pela boa manipulação e favorecem deste modo a criatividade e a construção.

- Arcos de cores variadas favorecem o dinamismo e o jogo. De facto, podem ser utilizados para rodar, saltar, capturar o outro, etc. Representam um espaço fechado simbólico, do qual se pode à vontade sair ou entrar (Vecchiato, 1989).

Os colchões geralmente utilizam-se para exercícios no solo. São feitos de espuma e recobertos com um forro macio. Além dos exercícios formais que se realizam no colchão, como rolar, rastejar, saltar, etc., os colchões são utilizados para cobrir o corpo das crianças. Depois desenvolvem-se situações mais dinâmicas de jogo, transformando-se em obstáculos que devem ser vencidos.

- Os bancos suecos, presentes permanentemente na sala para exercícios específicos de caminhar sobre eles, transpô-los, etc., assim como colocar o material para repouso, demonstram-se úteis também como material específico para as sessões de educação física.

A música permanece como característica presente em todas as sessões. A presença da música assume um significado particular. A opção de utilizá-la para o nosso trabalho tem como finalidade criar um ambiente acolhedor e de facilitar o relacionamento (Furneaux et al. 1979).

Nas sessões de actividade física quanto mais material de apoio houver tanto melhor. Estimula o aluno e o professor, fornecendo uma estrutura sobre a qual a criança autista trabalhará. E qualquer que seja o método escolhido, o importante é manter as crianças ocupadas durante a maior parte do tempo (Gauderer, 1993).

III – METODOLOGIA

1 - Limitações do estudo

Assim como qualquer trabalho experimental se depara com um determinado número de limitações, também aqui surgiu um número considerável de condicionantes que dificultaram o controlo das variáveis em estudo e levaram a que todo o processo não se pudesse desenrolar de acordo com as condições ideais. Foram as seguintes as principais limitações com que nos deparamos no desenrolar do trabalho:

1.º - Caso a estudar condicionado pela população disponível

A dimensão da amostra é reduzida, pois foi constituída pela população autista que frequenta o Externato Ana Sullivan, no Porto: crianças com características análogas entre si e que apresentam o mesmo grau de autismo; os casos seleccionados não são, por isso, o resultado de um vasto leque de escolha, mas sim o número efectivo de alunos com esta perturbação.

2.º - Duração, frequência e período de intervenção

O tempo útil de intervenção e frequência das sessões esteve condicionado pelo regulamento interno da instituição supracitada. A data e o número das sessões realizadas, tal como a sua duração, reduziram-se aos moldes em que funciona a instituição, raramente podendo excedê-los ou sair do seu âmbito.

3.º - Resultados não generalizáveis

Os resultados apresentados neste estudo não poderão ser, de forma alguma, generalizados à população com esta perturbação pervasiva do desenvolvimento. Tratando-se de um problema tão específico de cada indivíduo, a análise deste estudo e as ilações que se auferem só serão válidas em relação às crianças que foram submetidas à intervenção descrita na metodologia deste trabalho.

4.º - Bibliografia exígua

Pela pesquisa que efectuamos na busca de literatura específica e no contacto com entidades e centros especializados nesta área, constatamos

que são parcos os estudos que correlacionam a actividade física com o desenvolvimento da interacção social na perturbação do espectro do autismo. Deste modo, é inexistente o suporte deste projecto noutros trabalhos realizados, conferindo-lhe assim um carácter exploratório, procurando indicadores para futuros projectos.

2 - Variáveis

As variáveis dependentes são a eficácia da intervenção individualizada e estruturada de acordo com o método utilizado, o material desportivo utilizado (bola, arco, bastão, colchão e banco sueco); as variáveis independentes são todas as componentes das escalas de avaliação registadas no final da intervenção, a duração da mesma e a colaboração das crianças.

3 - Método de abordagem

Quanto ao método utilizado, a investigação caracteriza-se como um estudo do tipo dedutivo, de natureza descritiva e transversal, uma vez que explora relações e trata de associar e comparar informações pertinentes dos casos estudados e as variações comportamentais decorrentes da intervenção pedagógica pela via corporal, ou seja, por uma abordagem relacional. Considerando ainda que os estudos descritivos podem ser desenhados dentro de diferentes perspectivas, situamos este como um estudo de inter-relação. Trata-se de um estudo transversal porque faz-se um recorte de uma determinada população num período de 9 meses.

As informações recolhidas nas observações iniciais, juntamente com o conhecimento que tivemos sobre a história prévia da população, determinaram os rumos da investigação.

Esta pesquisa é de cunho qualitativo e serve-se do método descritivo, tendo como instrumento básico a observação selectiva.

Observar como respondem ás provocações, como se relacionam com os objectos, que evoluções apresentam em termos comportamentais, como vão construindo o seu vocabulário psicomotor, limitações e facilidades e como respondem às pautas que vamos propondo. Esta estratégia não é rígida, uma

vez que há momentos em que os dois educadores interagem com as crianças, seja para os ajudarem, seja para ampliar as suas experiências corporais.

Os investigadores de campo têm demonstrado que a ciência não tem um valor livre, embora as expectativas e os sentimentos dos investigadores não afectem as investigações, fazem parte integrante do processo (Kleinman pp.185, cit. por Bento, 1999). Assim, no trabalho de campo procurámos manter-nos serenos, entabular relações amistosas jamais distantes e desenvolver uma forma de empatia com os participantes. Tentamos, simultaneamente, evidenciar uma atitude de igualdade, relativamente aos interlocutores, reforçando a clareza das intenções e focando o caracter académico deste propósito de investigação.

4 - Método de procedimento

4.1 - Caracterização do grupo de trabalho

A constituição das amostras para estudo é um dos problemas centrais comuns a todos os projectos de investigação. No caso particular das pessoas com o síndroma do autismo, esse trabalho torna-se excepcionalmente difícil por duas razões básicas: a primeira, relativa à escassez ou número de pessoas encontradas, cerca de 4 em cada 10.000 nascimentos, como se disse; a segunda, pela necessidade de adopção de um critério aceitável que seja usado com fidelidade, de modo a caracterizar devidamente o grupo.

Ambas as questões entroncam-se de tal modo que obrigam a restrições quando se pretende constituir grupos de estudo que, por excelência, nesta amostra deviam representar significativamente a população autista.

A nossa população é constituída por crianças com alterações do espectro do autismo (síndroma de Kanner), que se encontram a estudar na escola de ensino especial supracitada. Através da CARS – escala de identificação e classificação de crianças com o síndrome autista, toda esta população foi diagnosticada como autistas severos (Anexo II). A população é reduzida, mas a possível, uma vez que esta instituição não se destina exclusivamente a crianças com perturbações pervasivas do desenvolvimento e, portanto,

apenas frequentam a escola mais dois elementos com perturbações do espectro do autismo, mas que não foram incluídos na amostra deste trabalho; um por apresentar um quadro de outra manifestação afim do autismo - Síndrome de Asperger e outro por ultrapassar a idade pretendida para este estudo. Assim, a população é composta pelo universo total de crianças com o síndroma de Kanner existente na escola supracitada, dentro da faixa etária que falaremos a seguir.

Conforme podemos constatar na revisão da literatura, os grupos de trabalho onde estão incluídas as crianças autistas devem ser reduzidos para podermos executar um trabalho eficiente.

O nosso grupo é constituído por sete crianças autistas que variam em termos de habilidades, idade e temperamento. São do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos.

Com o estabelecimento destes limites inferiores e superiores em relação à idade, pretende-se englobar um grupo etário em que é frequente a intervenção educacional e especial e, ao mesmo tempo, excluir crianças muito pequenas ou adolescentes portadores de problemas educacionais muito específicos e bastante diferentes.

Poucas são as crianças que conseguem funcionar juntas como um grupo. Portanto, este trabalho foi realizado visando o objectivo específico da aula e não como um enfoque geral para outras aprendizagens.

Estas crianças não realizam outras actividades extra-escolares, de terapia como por ex.: psicomotricidade relacional ou balneoterapia, ou recreação. Grande parte da população que constitui a amostra frequenta a instituição há pelo menos um ano. Apenas dois alunos realizaram a matricula neste ano lectivo.

Os pares, ou seja, aqueles que colaboram e participam activamente na realização dos exercícios com as crianças autistas, são crianças dentro da mesma faixa etária do grupo de trabalho, que também frequentam a instituição e estão inseridas na mesma classe. Foram diagnosticadas como crianças com atraso de desenvolvimento e alguns com atraso mental. No entanto, no que concerne à interacção social, estas crianças não apresentam qualquer problema.

4.2 - Caracterização do espaço de intervenção

Para que um desenvolvimento o mais pleno possível das suas capacidades seja conseguido, é necessário fornecer a estas crianças uma intervenção educativa especializada, ou seja, uma terapia psicológica baseada em acções de natureza educacional, assim como ambientes e cuidados de actuação especiais que variam consoante as necessidades específicas de cada uma delas.

A caracterização deste espaço prende-se sobretudo com a importância de estudar o meio que envolve estas crianças com alteração do espectro do autismo e ao facto de que o estudo se realizou neste espaço.

O Externato Ana Sullivan, localizado na Avenida da Boavista, na cidade do Porto, esteve sempre ligado ao ensino oficial e é administrativamente gerida pelo Ministério de Trabalho e Segurança Social.

A instituição destina-se a servir a população deficiente mental, ao nível do ensino pré-escolar e primário e tem como principal objectivo a integração das crianças deficientes na sociedade. As crianças trabalham em classes compostas por um número reduzido de alunos, aproximadamente 12 elementos, de forma a permitir uma maior individualização do ensino. A formação destes grupos de trabalho é normalmente feita de acordo com os ritmos de aprendizagem dos alunos. Durante metade do dia, têm aulas enquanto na outra metade dedicam-se a actividades, tais como a educação física, trabalhos manuais e informática. Os horários da escola envolvem actividades curriculares das 9h00 às 16:30 horas.

O ensino, como já foi referido, é complementado com várias actividades e também com tempos livres orientados.

O funcionamento pedagógico é assegurado por pessoal da educação, educadores de infância, professores especializados, terapeuta da fala, psicóloga e auxiliares da acção educativa.

O acesso à instituição dever-se-á realizar entre os 3 e 4 anos, dado que é nesta idade que se procede à aquisição de vários conceitos como comportamento, a linguagem, etc. Como constatamos no primeiro capitulo, quanto mais cedo a criança estiver sujeita a um programa educativo individual

e quanto mais precocemente for estimulada, mais perspectivas tem o seu prognóstico.

Quanto à saída desta instituição a idade é variável, mas até um máximo de 18 anos. No que diz respeito às perspectiva possíveis à saída dos alunos, elas serão as seguintes: prosseguir os estudos, ingressando no segundo ciclo, continuando a receber apoio da instituição quando tal se justificar, inseridas no ensino integrado; estágio de formação no Centro de Emprego Protegido da Vilarinha e ingresso no mercado de trabalho através de emprego pelos familiares, amigos ou outros.

Esta escola representa, também, um lugar de acolhimento onde toda a criança pode beneficiar de uma educação que a prepare para uma vida futura o mais autónoma possível. A passagem por esta escola não significa uma orientação exclusiva para as aprendizagens de tipo académico. Para a criança autista a escola será sempre um lugar de aprendizagem de todas as competências sociais, adaptativas e escolares que devem ser transpostas para a vida quotidiana.

A presença de um ambiente estruturado e deliberadamente organizado é necessário para as crianças autistas.

Importa que esta intervenção se inscreva num espaço próprio, diferente do espaço familiar e do espaço de aprendizagem de outras tarefas. Deve ser considerado um local específico para a educação física, claramente identificado pela criança. O local de intervenção realizou-se sempre no mesmo espaço, no pavilhão desportivo do Externato Ana Sullivan. Devido às adaptações necessárias sobre o limite do terreno, as sessões decorreram apenas em metade do ginásio, afim de delimitar a dispersão das crianças neste espaço e, por conseguinte, minimizar a falta da concentração na execução das tarefas diligenciadas.

4.3 - Recursos humanos e técnicos

As sessões práticas foram sempre leccionadas e planeadas pelo professor de educação física da classe com a colaboração de uma educadora de infância, especializada em ensino especial e por uma auxiliar da acção educativa.

Foi necessário, também, a intervenção da psicóloga da instituição e da educadora de infância supracitada, para obter dados da anamnese e diagnóstico da população envolvida neste estudo e também auxílio na análise das aptidões e competências das mesmas crianças.

5 - Estrutura das sessões

5.1 - Unidade de tempo

O presente trabalho decorreu durante nove meses, com duas sessões por semana e com uma duração média de 60 minutos. Os três primeiros meses tiveram os intuito seguintes: ser um período de observação dos interesses e das aptidões específicas das crianças envolvidas neste estudo; permitir a adaptação mútua das crianças autistas às pessoas envolventes, adultos e pares e também ser um período de reflexão sobre a metodologia a ser aplicada e familiarização com os sistemas de avaliação e observação. Tratou-se, portanto, de um período de orientação não estruturado para a recolha de dados para o presente trabalho.

A estrutura das sessões práticas foi estabelecida seguindo os princípios técnicos normais da educação física. A sequência de uma aula básica é na primeira parte o aquecimento, articular, muscular e cardiovascular, destinado à activação física geral do organismo, preparando-o para o esforço, activando a circulação e a respiração, aumentando consequentemente a temperatura corporal; composta por exercícios de corrida e exercícios no solo, com uma duração média de 15 minutos.

Na segunda parte, com as actividades principais mais extensas, pretendemos incidir sobre o objectivo do trabalho, organizada por exercícios individuais tendo por base a imitação e por exercícios a pares, visando sobretudo o desenvolvimento da interacção social. Composta por exercícios de cooperação e entre-ajuda, como por exemplo dar e receber um objecto, agarrar, puxar e empurrar o parceiro, etc., tinha uma duração aproximada de 35 minutos.

As sessões eram organizadas em sistemas de díades, professor e criança ou tríades, professor, criança autista e criança não autista. Durante as sessões

a posição mais frequente era a de frente a frente para permitir uma melhor atenção e concentração nas tarefas propostas e também para as crianças reterem sempre no seu campo visual os outros elementos do grupo.

Por último, a terceira parte, destinada ao relaxamento com massagens e alongamentos, durava em média 10 minutos.

5.2 - Material

Material didáctico desportivo:

- 14 Bolas
- 14 arcos
- 14 bastões
- 4 bancos suecos
- 5 colchões

Outros materiais :

- Gravador de CD – Technics Stereoanlage SC - CH510
- Câmara de vídeo Sony Mod. nº CCD - TR 2000 E
- Televisor Sony Mod. nº KV 14T1E
- Cassetes de vídeo Sony 90 Hi8 H ME
- Cassete de áudio de música clássica

6 - Sistemas de observação

Foi elaborada uma grelha de observação constituída por 6 itens de interacção social, extraídos das escalas CARS (1988) e PORTAGE (1976), para estruturar a observação directa e a observação indirecta através da filmagem sistemática das sessões.

As crianças com alterações do espectro do autismo podem não apresentar um comportamento similar ao longo do período de intervenção; o facto de alguns elementos da população estudada poderem não ser sempre assíduos, pode levar a que sejam observados noutros momentos dentro da mesma unidade temática.

O propósito das filmagens foi conferir maior consistência à nossa observação.

A câmara de vídeo encontrava-se num dos cantos superiores do ginásio, de modo a não distrair os alunos da sua actividade.

Para conferir fiabilidade à observação, a educadora de infância que acompanha a classe de ensino especial, realizou quatro momentos de observação dos comportamentos dos alunos no que concerne aos itens de interacção social: dois registos de observação indirecta, pela visualização do filme das aulas ministradas e duas observações directas. Considerou-se que houve homogeneidade, quase sem discrepâncias, nas observações efectuadas pelos dois observadores, o professor de educação física e a educadora de infância.

A organização das sessões práticas procedeu-se do seguinte modo: foram planeadas cinco unidades temáticas com os mesmos conteúdos que correspondiam a cinco materiais didácticos desportivos diferentes. Cada material foi utilizado durante cinco sessões consecutivas, sendo registados os comportamentos observados referentes aos itens de interacção social de cada elemento do grupo, em três períodos distintos (Anexo I). Cada período tinha a duração de dez minutos e eram observados, geralmente, dois elementos de cada vez. O cômputo final foi o somatório dos três tempos que formavam a unidade temática de cada material.

7 - Técnicas de pesquisa

No presente estudo utilizamos uma documentação directa intensiva.

Realizamos uma pesquisa de campo, aplicando uma observação individual, uma vez que esta foi registada apenas por nós.

Esta observação, segundo os meios utilizados, caracteriza-se por ser uma observação estruturada ou sistemática.

7.1 - Protocolo das filmagens

Para a realização de um trabalho de investigação que requer a observação de factos ou fenómenos tal como ocorrem espontaneamente é categórico

recorrer a uma pesquisa de campo. Como tal, antes de procedermos a qualquer observação, através do registo de áudio e vídeo, informamos a instituição e os profissionais intervenientes, no sentido de obter o seu assentimento. Os mesmos foram informados atempadamente do tema e âmbito do trabalho e da nossa pretensão em filmar todas as aulas da classe onde estava inserida a população deste estudo.

Para o registo áudio e vídeo foram estabelecidos os seguintes requisitos:

- foram filmadas aulas de 60 minutos;

- a câmara ficou sempre num plano superior e distante das crianças, de forma a reduzir a reacção dos intervenientes e obter um plano mais geral da classe.

- no sentido de se obter uma captação o mais real possível, fizemos planos gerais de forma a visualizar o conjunto da classe.

7.2 - Procedimento estatístico

No tratamento estatístico, para a descodificação dos resultados obtidos no perfil psicoeducacional revisto e na grelha geral das categorias de interacções sociais utilizamos a fórmula de observação de comportamentos de Rotherfford. Seguidamente extraímos as médias aritméticas referentes a esses resultados e procedemos a uma análise descritiva dos valores encontrados.

$$\frac{(a + b)}{c} \times 100$$

Legenda:

a - n.º de objectivos **A**dquiridos = 1 ponto

b - n.º de objectivos **M**oderados = 0,5 pontos

c - n.º total dos parâmetros observados

Nota: O número de objectivos **S**everos não tem valor, não fazendo directamente parte da fórmula; no entanto, são contabilizados, dado que entram no número total de parâmetros observados.

Para a codificação dos resultado extraídos das tabelas de observação contínua das sessões práticas, elaboramos o seguinte quadro:

Quadro 3 - Cotação das ocorrências dos comportamentos

Sucesso (comportamento frequente)	**4 ou +**
Emergente (comportamento ocasional)	**2 - 4**
Insucesso (comportamento pouco frequente)	**0 - 2**

8 - Avaliação

Foi avaliado o grau de autismo através de uma escala de desenvolvimento e comportamento. A escala que utilizamos foi a CARS, Childhood Developmental Rating Scale de Schopler. É uma escala de avaliação composta por 15 categorias de comportamentos, que permite a distinção entre as crianças com atraso de desenvolvimento sem autismo e as crianças com autismo. Permite ainda uma classificação em termos de gravidade do autismo, num leque que vai desde o não autismo, autismo moderado ou ligeiro, a autismo severo.

De modo a avaliar o conhecimento das capacidades interaccionais e os interesses das crianças autistas analisadas, foram aplicadas duas tabelas de observação: tabela de categorias de interacções sociais de Carney et al. (1977) que foi aplicada no início e no fim da intervenção e o quadro sobre as aptidões específicas do autismo - "client functioning representative skills for consideration" de Wheman et al. (1981), que apenas teve o propósito de nos permitir um melhor conhecimento da população em estudo quanto à comunicação expressiva e receptiva, características físicas e motoras e aptidões sociais. Tratou-se, portanto, de um estudo exploratório na procura de um modelo explicativo, com o objectivo de encontrar indicadores que forneçam dados para elaborar um programa, de acordo com os resultados extraídos da avaliação inicial.

Todas as crianças pertencentes à população deste estudo foram avaliadas em dois momentos diferentes com os mesmos instrumentos de avaliação.

Utilizamos também, como pré-teste e pós teste, o Perfil Psicoeducacional Revisto (PEP-R), actualmente considerado o teste avaliativo mais aplicado nas crianças com autismo. É um inventário de comportamentos e competências designado para identificar diferentes modelos de aprendizagem. Aplica-se a crianças com idade cronológicas de 6 meses a 12 anos e de nível educativo pré-escolar. Apresenta algumas inovações: permite uma flexibilidade na apresentação das tarefas, uma vez que não existe uma linha de administração única a seguir; minimiza o papel da linguagem e permite o tempo suficiente para a criança completar as tarefas propostas.

Consiste num conjunto de brinquedos e jogos apresentados à criança por um examinador que também observa, avalia e regista as respostas obtidas. No fim do teste as pontuações da criança são distribuídas ao longo de sete escalas de desenvolvimento e patologia, o que resulta num perfil de desenvolvimento, definindo as potencialidades e as dificuldades nas diferentes áreas do comportamento patológico.

Na maioria dos outros testes a criança é avaliada apenas em dois níveis: realiza ou falha. No PEP-R é avaliado um terceiro nível: emergente. Uma resposta emergente pode ser definida como uma resposta em que a criança mostra algum conhecimento do que é preciso para realizar a tarefa, mas não tem um entendimento completo ou a capacidade necessária para concluir a tarefa sozinha com sucesso.

Para a avaliação inicial e final deste estudo extraiu-se apenas o item do relacionamento da escala de comportamento do Perfil Psicoeducacional Revisto, dado que apenas interessava para o presente trabalho a área do relacionamento e não fazer uma avaliação global das competências da criança.

IV- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No âmbito deste capítulo apresentamos e discutimos toda a informação recolhida e construída ao longo de todo o período de intervenção com os alunos autistas do Externato Ana Sullivan, a partir da qual faremos as necessárias ilações com vista a confirmar ou rejeitar as hipóteses formuladas.

Mais uma vez é de lembrar que os dados recolhidos foram sujeitos aos procedimentos mencionados no ponto anterior, de forma a permitir, em última análise, a construção de um padrão comportamental que mostre a evolução do nível dos alunos em termos de desenvolvimento da interacção social como resultado da nossa intervenção. É também de acordo com os referidos procedimentos que se desenrola a apresentação dos dados que se seguem.

1 - Resultados da observação das sessões práticas

Tabela 1 - Resultado da média da população por objecto desportivo

Objectos	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	X T.G.
Bola	4	0,7	1,8	2,5	5	2,5	1	2,5
Bastão	3,2	1,5	2,7	3	5,2	2,8	2,5	3
Colchão	3,2	3,4	4,4	4	5,4	3,4	4,4	4
Arco	4,7	2,3	2	3,5	5,2	2,8	3	3,4
Banco sueco	3,8	3,4	4,8	5,6	5,2	4,4	4,4	4,5
X T.I.	3,8	2,3	3,1	3,7	5,2	3,2	3,1	3,5

Tabela 1a - Resultado da média da população por objecto desportivo **(codificada)**

Objectos	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	X T.G.
Bola	S	I	I	E	S	E	I	E
Bastão	E	I	E	E	S	E	E	E
Colchão	E	E	S	S	S	E	S	S
Arco	S	E	E	E	S	E	E	E
Banco sueco	E	E	S	S	S	S	S	S
X T.I.	E	E	E	E	S	E	E	E

Legenda:

A1; B2; C3; D4; E5; F6 ; G7 - População do estudo

X T.G. - Média do resultado dos níveis do grupo

X T.I. - Média do resultado dos níveis individuais

S (Sucesso) - Comportamento frequente

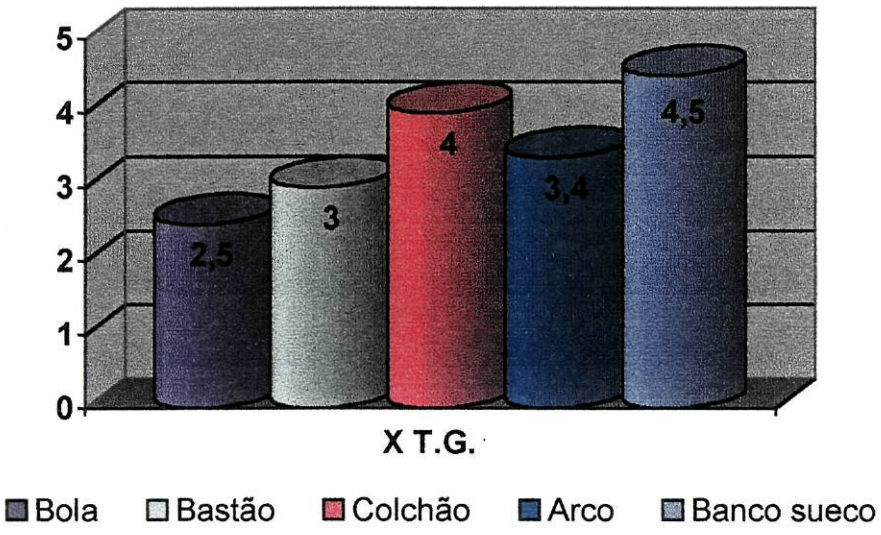
E (Emergente) - Comportamento ocasional

I (Insucesso) - Comportamento pouco frequente

Tabela 1 - leitura das cores na vertical:

- Cor verde significa que houve progressão em relação ao objecto anterior
- Cor azul significa que manteve o mesmo nível em relação ao objecto anterior
- Cor vermelha significa que houve regressão em relação ao objecto anterior

Figura 1 - Gráfico de evolução da população face aos objectos desportivos



Na tabela 1, através da análise das médias aritméticas correspondentes ao resultado dos níveis do grupo de trabalho (X.T.G.), averiguamos o desenvolvimento progressivo dos níveis de interacção social, ao longo do período da intervenção prática, que são demonstrados pelos resultados finais em cada material desportivo. Inicialmente, após as cinco primeiras sessões que correspondiam ao primeiro objecto, registou-se a média aritmética de 2,5 e no final apuramos a média de 4,5.

Foi nas sessões com objectos estáticos que registamos melhores valores finais. Tal facto poderá estar relacionado com o desejo de imutabilidade do ambiente e dos objectos destas crianças, tornando as sessões menos dinâmicas, com menor ruído, agitação e confusão, contribuindo assim para uma maior previsibilidade, que, como certificamos no enquadramento conceptual, são as condições preferidas pelas crianças autistas (Schopler et al., 1980; Rogé, 1998; Volkmar, 1998; Jordan, 2000). Realçamos, assim, a média aritmética das sessões práticas do colchão e do banco sueco em que constatamos uma considerável melhoria em relação ao objecto anterior.

Para as crianças normais a bola é o objecto mais apreciado, em comparação com os outros materiais desportivos já mencionados. Nas nossas crianças, como podemos observar na fig. 1, a bola foi o objecto com os valores mais baixos, talvez pelo que foi referido anteriormente.

No fim da intervenção foram realizadas mais algumas sessões não estruturadas com os objectos desportivos que foram propostos para, de certa forma, confirmar o interesse dos nossos alunos pelos objectos. Constatamos, assim, que a maior parte das crianças autistas permanecia mais perto dos objectos estáticos do que dos móveis e que as crianças tentavam realizar com os seus pares alguns dos exercícios que tinham aprendido. Quando estas se dirigiam aos objectos móveis, o comportamento era mais relacionado com atitudes de auto-estimulação e, por vezes, associadas a movimentos estereotipados e repetitivos.

Presenciamos, também, o efeito de transferência, pois os alunos foram-se familiarizando com os exercícios físicos apresentados que eram similares aos efectuados com os objectos antecedentes, revelando, assim, mais interesse e colaboração nas actividades que lhes eram propostas.

Do exposto na tabela 1a, notamos que na coluna X.T.G., todos os níveis são emergentes e sucessos. Podemos com isto aferir que, se se obtivesse algum nível de insucesso, podia denotar uma falta de ligação destes objectos desportivos aos objectivos de interacção social estudados.

A apreciação dos valores finais suscita-nos uma dúvida de âmbito metodológico. Será que obteríamos os mesmos resultados se alterássemos a ordem de implementação dos objectos?

Pelas médias aritméticas do resultado dos níveis individuais (X.T.I.) apuramos os valores de interacção social dos alunos em cada objecto desportivo; constatamos também as progressões e regressões respectivas ao impacto que cada material desportivo produziu na população infantil estudada.

A média final dos resultados individuais tem apenas o intuito de situarmos os alunos na tabela da cotação de ocorrências de comportamento (pp.110), para obtermos o nível atingido no final da intervenção. Salienta-se, contudo, que não é importante para o nosso estudo aferir o nível alcançado por cada aluno nem comparar os níveis entre si, pois este grupo não iniciou a intervenção a partir de um nível comum a todos eles e, portanto, não se torna necessário compará-los entre si.

Apesar de haver diferenças individuais, quase todos os alunos se situam no nível emergente, o que sugere, um trabalho posterior mais contínuo, de modo a poder alterar estes níveis (tabela 1a - coluna X.T.I.).

O aluno E5 foi o único que teve em todos os objectos níveis de sucesso. Neste caso as diferenças não foram muito relevantes do nível inicial (5) para o final (5,2). Apresentou um padrão homogéneo ao longo de toda a intervenção, advertindo assim que a metodologia aplicada não surtiu grande impacto no desenvolvimento das suas capacidades interaccionais.

Assim, este aluno revelou os níveis mais elevados de interacção social do grupo e o aluno B2 os mais fracos. Convém, no entanto, referir que estes resultados não são produto de um atitude diferenciada pela parte dos educadores, ou seja, não foi dada uma atenção especial a determinado aluno, embora o nosso trabalho tenha sido individualizado, consoante as competências e capacidades de cada um. Provavelmente estas diferenças individuais são o reflexo do desenvolvimento intra e interpessoal de cada criança, como aspectos de ordem educacional, ambiental, familiar, maturidade e características da própria perturbação.

O aluno A1 apresentou o padrão mais heterogéneo e inconstante, revelou valores antagónicos em relação aos outros elementos do grupo quanto à preferência pelos objectos móveis, principalmente nos níveis atingidos nas sessões com o arco. Podemos tentar explicar este facto pela limitação dos seus interesses, gosto pelos movimentos cíclicos, repetitivos e estereotipados, que sugeriam mais um acto de auto-estimulação e não tanto de exploração.

Os alunos B2, C3, D4, F6 e G7 apresentaram todos progressões nos mesmos objectos desportivos e uma regressão nas sessões com o arco, revelando melhores níveis de interacção social nas aulas em que os objectos estáticos lhes foram proporcionados.

Tabela 2 - Resultado da média dos objectos desportivos por objectivos da interacção social

Objectivos da interacção social	Bola	Bastão	Colchão	Arco	Banco sueco	X
1 - Estabelece contacto com os colegas	2,4	3,1	4,9	4,6	5,9	4,2
2 - É capaz de esperar pela sua vez	2,4	2,4	4,4	3,6	5	3,6
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	0,4	0,9	1,6	1,4	3	1,5
4 - Segue as ordens dos adultos	3,7	4,1	4,6	3,9	3,9	4
5 - Imita as acções das outras pessoas	3,7	4,9	4,7	4	4,9	4,4
6 - Dá um objecto que se lhe pede	2,3	2,4	-	2,7	-	2,5

Tabela 2a - Resultado da média dos objectos desportivos por objectivos da interacção social **(codificada)**

Objectivos da interacção social	Bola	Bastão	Colchão	Arco	Banco sueco	X
1 - Estabelece contacto com os colegas	E	E	S	S	S	S
2 - É capaz de esperar pela sua vez	E	E	S	E	S	E
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	I	I	I	I	E	I
4 - Segue as ordens dos adultos	E	S	S	E	E	S
5 - Imita as acções das outras pessoas	E	S	S	S	S	S
6 - Dá um objecto que se lhe pede	E	E	-	E	-	E

Legenda:

Tabela 2 - leitura das cores na horizontal:

- Cor verde significa que houve progressão em relação ao objecto anterior
- Cor azul significa que manteve o mesmo nível em relação ao objecto anterior
- Cor vermelha significa que houve regressão em relação ao objecto anterior

X - Média aritmética

S (Sucesso) - Comportamento frequente

E (Emergente) - Comportamento ocasional

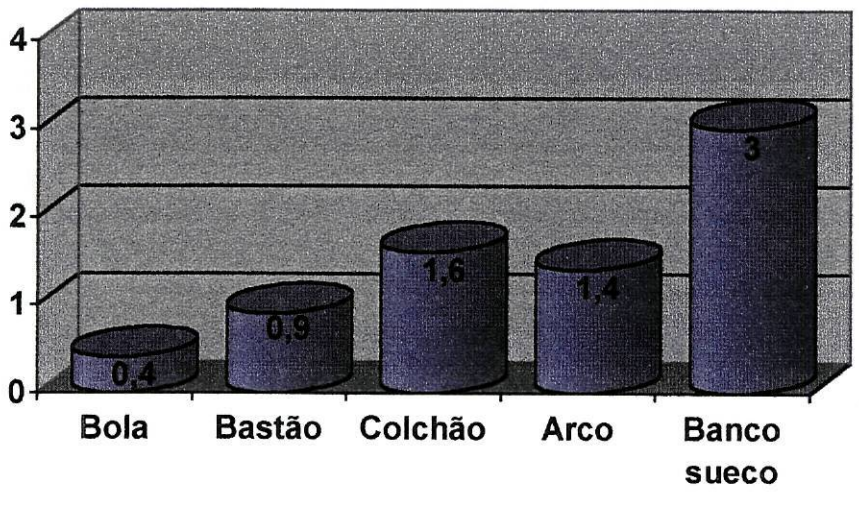
I (Insucesso) - Comportamento pouco frequente

Na tabela 2 podemos averiguar qual foi o desenvolvimento dos itens de interacção social ao longo do período de intervenção, através dos valores que são apresentados nas colunas dos materiais desportivos.

Pela análise da tabela 2a constatamos que foi nos itens: 1 - estabelece contacto com os colegas; 4 - segue as ordens dos adultos e 5 - imita as acções das outras pessoas, que se registaram os melhores resultados.

O item 2 - ser capaz de esperar pela sua vez e o item 6 - dá um objecto que se lhe pede, revelaram que estas atitudes foram pouco frequentes e, por vezes, ocasionais, podendo indicar que o grupo ainda não atingiu estes objectivos. Assim, estes resultados sugerem também uma perspectiva de um trabalho futuro mais continuo e persistente sobre estes dois itens.

Figura 2 - Gráfico relativo ao item 3 da observação das sessões práticas



Na fig. 2, correspondente ao item 3 - pede ajuda ao adulto quando necessita, verificamos que este foi o único objectivo com níveis de insucesso. Este facto poderá ser sustentado pelo elevado grau de dificuldade comunicacional, tanto verbal como não verbal, que estas crianças revelam. Neste parâmetro, apesar de terem sido concebidas várias situações que tinham a intenção de induzir o auxílio de um adulto para a concretização de determinada tarefa, a barreira comunicacional era mais forte, levando a que as crianças optassem muitas vezes por desistir do exercício em questão ou ter comportamentos bizarros como auto-agressões ou sinais de frustração.

Podemos, portanto, supor que a metodologia seguida não surtiu grande efeito neste objectivo.

Figura 3 - Gráfico relativo ao item 6 da observação das sessões práticas



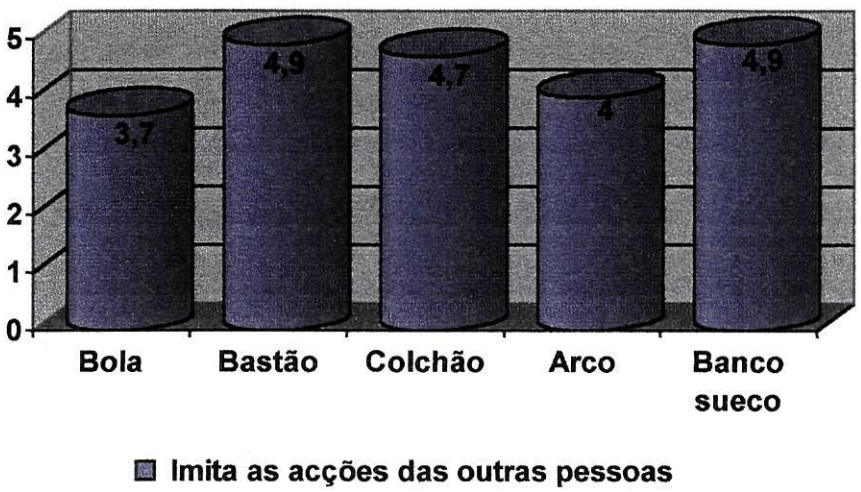
Ao analisarmos o item 6 - dá um objecto que se lhe pede (representado na fig. 3), assistimos a uma progressão dos valores do início até ao final da intervenção, embora não fosse muito relevante. Convém, no entanto, referir que neste objectivo não se registaram quaisquer valores nas sessões com o colchão e com o banco sueco. Assim, não foram incluídos na média final, uma vez que não foi proposto nenhum exercício, pois sendo os únicos objectos fornecidos nestas sessões e, sendo estes imóveis, não era solicitado às crianças que o dessem.

Foi nas sessões com o arco que se registou mais vezes a colaboração das crianças em dar o objecto pedido; contudo a diferença não foi assim tão discrepante em relação aos objectos antecedentes.

Houve uma progressão contínua ao longo do período de intervenção quanto ao número de vezes que um comportamento de interacção social se verificou, excepto quando o arco foi proporcionado, em que se registou uma regressão geral. Por outro lado, podemos constatar na coluna X.T.I. da tabela 1 que o arco foi o objecto móvel com melhores resultados, mas tal facto pode prender-se não com o objecto em si, mas devido à circunstância de ter sido o penúltimo objecto a ser fornecido e, por conseguinte, os alunos já estarem familiarizados

com os exercícios que eram similares aos efectuados com os objectos anteriores.

Figura 4 - Gráfico relativo ao item 5 da observação das sessões práticas



O item 5 - imita as acções das outras pessoas (fig. 4), apesar de ser o objectivo com mais sucesso, foi onde se registou um período de regressão a meio da intervenção prática, apesar dos valores observados não terem sido muito diferentes dos níveis registados noutros períodos. Não se destacou nenhum objecto em particular em que se observasse mais vezes a imitação das acções motoras.

Verificamos ainda que foi nas sessões com objectos estáticos que as crianças autistas estabeleceram mais contactos com os colegas, foram mais capazes de esperar pela sua vez na iniciação de um novo exercício e pediram mais ajuda aos adultos. Foi também nas sessões com o colchão que verificamos que as crianças autistas cumpriram mais as ordens dos adultos.

2 - Perfil Psicoeducacional Revisto

Tabela 3 - Resultados das percentagens do pré-teste do PEP-R

PEP-R	PRÉ-TESTE							
	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	T.G.
1- Reage à sua imagem no espelho	A	S	S	M	M	M	S	36
2 - Reage ao contacto físico	M	A	M	A	A	S	S	57
3 - Inicia uma interacção social	S	A	S	M	S	S	S	21
4 - Reage à voz do examinador	A	S	A	M	M	A	S	57
5 - Contacto ocular	M	M	M	M	S	M	S	36
6 - Afectividade	M	S	S	S	S	S	S	7
7 - Procura a ajuda do examinador	M	S	M	M	M	S	S	29
8 - Reacções ao medo	S	S	S	S	S	S	S	0
9 - Consciência da presença do examinador	M	S	M	M	S	M	M	36
10 - Cooperação com o examinador	A	S	S	S	M	A	S	36
11 - Tolerância às interrupções	A	S	S	S	A	A	A	57
12 - Motivação pelo elogio	S	S	M	A	M	S	M	36
T.I.	54	21	29	42	38	38	17	34

Tabela 4 - Resultados das percentagens do pós-teste do PEP-R

PEP-R	PÓS-TESTE							
	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	T.G.
1- Reage à sua imagem no espelho	A	S	M	A	M	M	S	50
2 - Reage ao contacto físico	M	A	A	A	A	M	M	79
3 - Inicia uma interacção social	S	A	M	A	M	M	M	57
4 - Reage à voz do examinador	A	M	A	A	A	A	M	86
5 - Contacto ocular	M	M	M	M	M	M	M	50
6 - Afectividade	M	M	S	M	A	S	M	43
7 - Procura a ajuda do examinador	A	M	A	A	A	S	M	71
8 - Reacções ao medo	S	S	S	S	S	S	S	0
9 - Consciência da presença do examinador	M	M	M	M	A	M	M	57
10 - Cooperação com o examinador	A	S	M	M	A	A	M	64
11 - Tolerância às interrupções	A	M	S	M	A	A	A	71
12 - Motivação pelo elogio	S	S	M	A	A	S	M	43
T.I.	58	42	50	71	79	46	46	56

Legenda:

A1; B2; C3; D4; E5; F6 ; G7 – População do estudo

T.G. - Resultado dos níveis da população/item

T.I. - Resultado dos níveis individuais

A - Apropriado M - Moderado S - Severo

Leitura das cores:

- Cor verde significa que houve progressão em relação ao pré-teste
- Cor azul significa que manteve o mesmo nível em relação ao pré-teste

Figura 5 - Gráfico de percentagens do valor dos testes do PEP-R

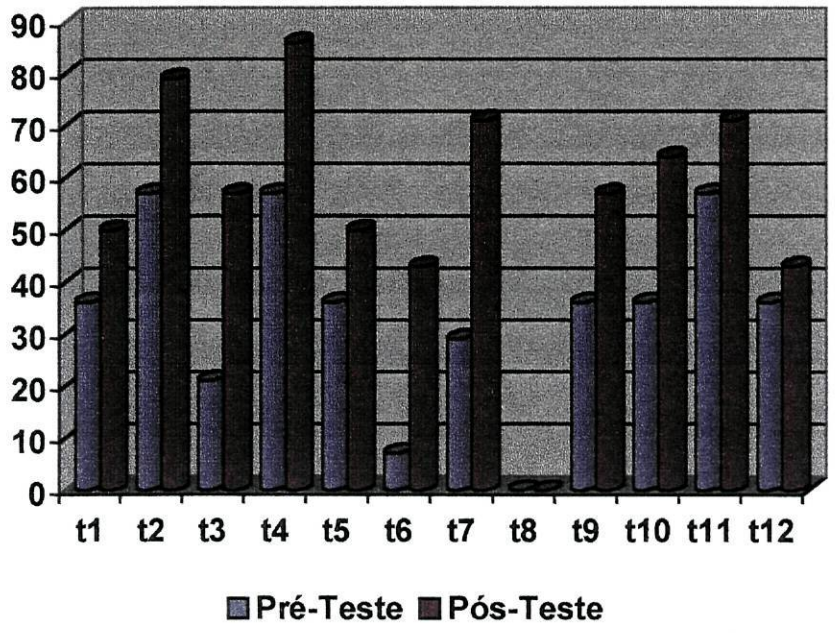
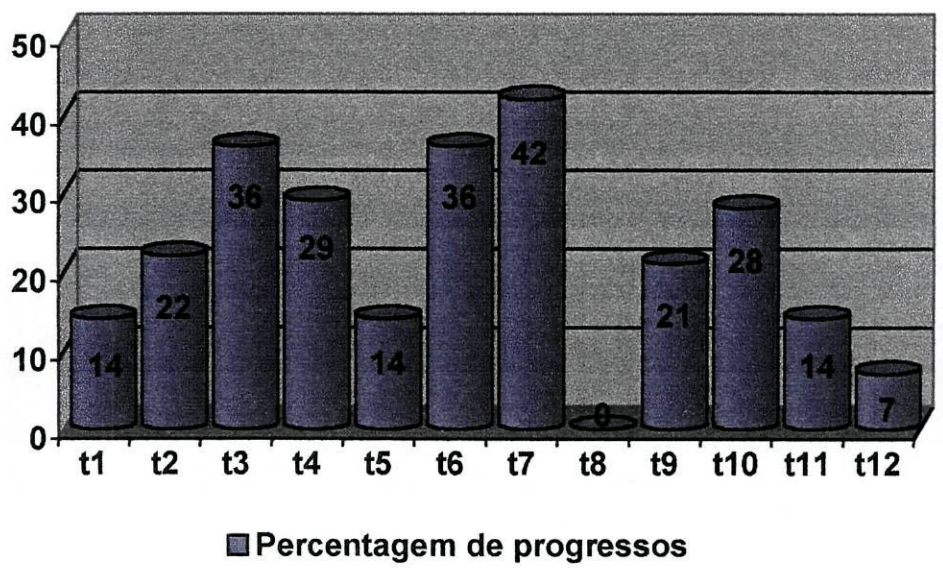


Figura 6 - Gráfico de progressos do valor dos testes do PEP-R



A partir da análise das tabelas 3 e 4 do Perfil Psicoeducacional Revisto e das fig. 5 e 6 podemos referir quais foram os itens em que se registaram maiores e menores progressos e procurar correlaciona-los com o tipo de intervenção que foi utilizada. Podemos também comparar a média aritmética inicial com a final e comentar as diferenças de percentagens.

Confrontando os resultados do pré-teste e do pós-teste, verificamos um aumento de 22% na bateria de testes do PEP-R, indicando, portanto, um desenvolvimento da interacção social da população infantil estudada.

Verificamos na fig. 6 que os itens onde se registaram maiores progressos foram: item 3 - inicia uma interacção social, item 6 - afectividade e item 7 - procura a ajuda do examinador.

Pelo contrário, onde se observaram menores progressos foi nos itens 1 - reage à sua imagem no espelho, 5 - contacto ocular, 11 - tolerância às interrupções e 12 - motivação pelo elogio.

No item 8 - reacções ao medo, não houve qualquer progressão, talvez pelo facto de nunca ter sido compelida nenhuma situação que pudesse desencadear o medo, antes pelo contrário, pretendia-se que as crianças autistas se sentissem o mais seguras possível afim de limitar os seus receios e angústias e que participassem com agrado, confiança e serenidade nos exercícios da aula.

No item 1 observamos uma progressão de 14 %. Apesar de não ter sido proposto mais vezes às crianças autistas o exercício de se olharem ao espelho, pensamos que a metodologia aplicada, entre outros factores, poderá ter contribuído para um melhor reconhecimento e noção do corpo.

Constatamos que nos itens 2 - reage ao contacto físico, 4 - reage à voz do examinador e 11 - tolerância às interrupções (fig. 5), apesar de não serem os itens onde se verificaram os maiores progressos, podemos afirmar que foram aqueles em que a população estudada evidenciou níveis mais elevados, ou seja, onde as crianças autistas revelaram valores acima de 50% no pré-teste e no pós-teste. Por outro lado, tanto no pré-teste como no pós-teste, os itens 1, 5, 6, 8 e 12 apresentaram valores igual ou abaixo dos 50%.

O item 7 - procura a ajuda do examinador, foi o item com maior progressão. Ao correlacionarmos estes dados com os do item 3 - pede ajuda ao adulto quando necessita, da tabela de observação contínua das sessões práticas, assistimos a uma contradição dos valores encontrados. Concluímos então que, apesar de diariamente este ser o item com menos cotação por as crianças autistas apresentarem esta atitude poucas vezes, este comportamento não foi muito frequente. No entanto, na bateria de testes do PEP-R, comparando a

avaliação inicial com a final, podemos afirmar que houve uma progressão muito expressiva.

Salientamos, também, que foram nos itens 3, 4, 6, 7 e 10 que se registaram mais alterações dos níveis (tabela 4). Realçamos, contudo, que quando nos referimos a alterações de nível estamos a aludir a progressões, uma vez que não se verificou nenhuma regressão nos resultados obtidos no pós-teste. Destes, destacamos o item 7, em que apenas o aluno F6 não alterou o seu nível e apresentou o mesmo resultado do teste inicial.

Os itens 1, 5, 9, 11 e 12 foram os itens onde se registaram menos alterações de nível. No item 12 - motivação pelo elogio, por exemplo, apenas o aluno E5 apresentou alteração de nível em relação ao teste inicial .

Figura 7 - Gráfico de percentagens dos níveis individuais no PEP-R (pré-teste e pós-teste)

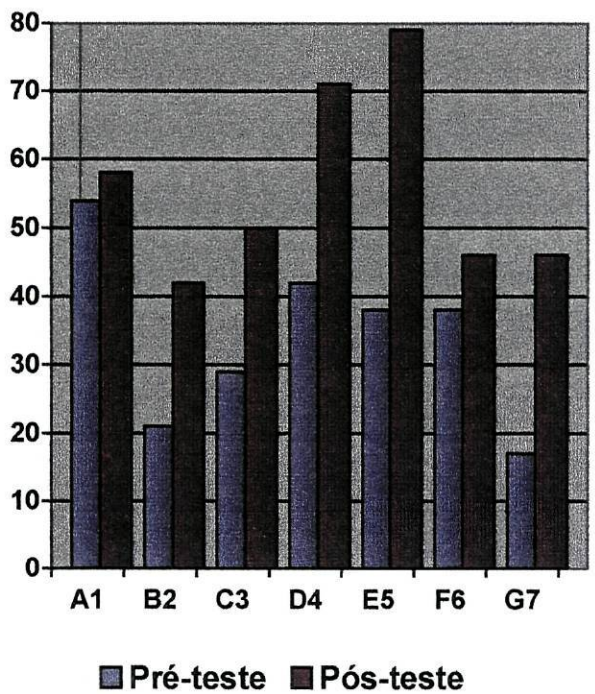
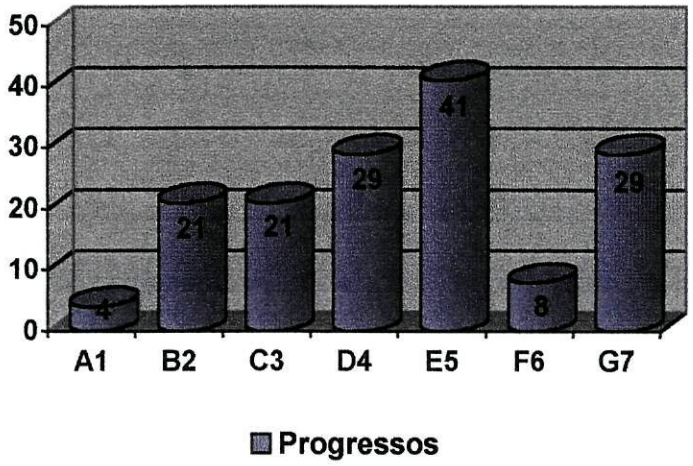


Figura 8 - Gráfico de progressos individuais no PEP-R



De acordo com os dados extraídos dos níveis individuais (fig. 8) verificamos que foram os alunos D4, E5 e G7 que obtiveram maiores progressos. Pelo contrário, os alunos A1 e F6 foram os que progrediram menos e os alunos B2 e C3 é que se mantiveram-se na linha média das progressões do grupo.

Para reforçar esta análise, verificamos na tabela 4 que em 12 itens que compõem esta bateria o aluno A1 apenas alterou os seus resultados num único item, que se refere à procura da ajuda do examinador e o aluno F6 teve alteração em dois itens - inicia uma interacção e reage ao contacto físico. Por outro lado, o aluno E5 alterou os seus níveis em 8 itens e os alunos D4 e G7 em sete itens .

3 - Categorias de interacções sociais

Tabela 5 - Grelha geral das categorias de interacções sociais - Pré-Teste

	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	T.G.
A - Recepção da interacção								
1 – Ficar embaraçado	S	S	S	S	S	S	S	0
2 – Fazer um sorriso	A	A	A	A	A	A	A	100
3 – Dar um objecto à pessoa que o pediu	A	S	S	A	A	A	A	71
4 – Fazer uma saudação	S	S	S	S	S	S	S	0
5 – Aceitar colaborar	A	S	S	S	A	S	S	29
6 – Responder às perguntas	M	S	S	A	M	M	M	43
7 – Reconhecer os pares, o técnico	A	S	A	A	A	A	A	86
8 – Mostrar aprovação	S	S	S	M	S	S	S	7
9 – Discriminar as situações, os momentos e os lugares apropriados.	S	S	S	S	S	S	S	0
B – Início da interacção								
1 – Chamar uma pessoa	S	S	S	A	S	A	S	29
2 – Pedir um objecto a uma pessoa	S	S	S	A	S	S	S	14
3 – Começar uma actividade comum	S	S	S	S	S	S	S	0
4 – Pedir aprovação	S	S	S	S	S	S	S	0
5 – Procurar contacto com uma pessoa conhecida	S	A	S	A	A	A	S	57
6 – Ajudar alguém que tem dificuldades de manipulação	S	S	S	S	S	S	S	0
7 – Começar uma conversa	S	S	S	S	S	S	S	0
C – Continuar uma interacção								
1 – Tentar prosseguir uma actividade comum	M	S	S	M	A	S	S	29
2 – Manter uma conversa	S	S	S	S	S	S	S	0
D – Terminar uma interacção								
1 – Terminar uma actividade comum	A	S	S	M	A	S	S	36
2 – Terminar uma conversa	S	S	S	S	S	S	S	0
T.I.	30	10	10	43	37.5	27.5	17.5	25

Categorias de interacções sociais de Carney (1977)

Legenda:

A1; B2; C3; D4; E5; F6; G7 - População

T.G. - Resultado dos níveis da população/teste

T.I. - Resultado dos níveis individuais

A - Apropriados; M - moderados; S - severos

Tabela 6 - Grelha geral das categorias de interacções sociais - Pós-Teste

	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	T.G.
A - Recepção da interacção								
1 – Ficar embaraçado	S	S	S	M	S	S	S	7
2 – Fazer um sorriso	A	A	A	A	A	A	A	100
3 – Dar um objecto à pessoa que o pediu	A	S	M	A	A	A	A	79
4 – Fazer uma saudação	S	S	S	M	M	S	S	14
5 – Aceitar colaborar	A	S	S	A	A	M	M	57
6 – Responder às perguntas	M	S	S	A	M	M	M	43
7 – Reconhecer os pares, o técnico	A	S	A	A	A	A	A	86
8 – Mostrar aprovação	S	S	S	M	M	S	S	14
9 – Discriminar as situações, os momentos e os lugares apropriados.	S	S	S	S	S	S	S	0
B – Início da interacção								
1 – Chamar uma pessoa	S	S	S	A	S	A	A	43
2 – Pedir um objecto a uma pessoa	S	S	M	A	M	M	S	36
3 – Começar uma actividade comum	M	S	S	A	M	M	M	43
4 – Pedir aprovação	S	S	S	S	S	S	S	0
5 – Procurar contacto com uma pessoa conhecida	M	A	M	A	A	A	M	79
6 – Ajudar alguém que tem dificuldades de manipulação	S	S	S	S	S	S	S	0
7 – Começar uma conversa	S	S	S	S	S	S	S	0
C – Continuar uma interacção								
1 – Tentar prosseguir uma actividade comum	M	S	S	M	M	M	S	29
2 – Manter uma conversa	S	S	S	S	S	S	S	0
D – Terminar uma interacção								
1 – Terminar uma actividade comum	A	S	S	M	A	S	S	36
2 – Terminar uma conversa	S	S	S	S	S	S	S	0
T.I.	35	10	18	58	45	38	33	33

Categorias de interacções sociais de Carney (1977)

Legenda:

A1; B2; C3; D4; E5; F6; G7 - População

A - Apropriados; M - moderados; S - severos

T.I. - Resultado dos níveis individuais

T.G. - Resultado dos níveis da população/item

Leitura das cores: - Cor verde significa que houve progressão em relação ao pré-teste

- Cor azul significa que manteve o mesmo nível em relação ao pré-teste

- Cor vermelha significa que houve regressão em relação ao pré-teste

Tabela 7 - Quadro de percentagens das categorias de interacções sociais (pré-teste e pós-teste)

Categorias de interacções sociais	Pré-Teste	Pós-Teste	Progressos
A - Recepção da interacção			
1 – Ficar embaraçado	0	7	7
2 – Fazer um sorriso	100	100	0
3 – Dar um objecto à pessoa que o pediu	71	79	8
4 – Fazer uma saudação	0	14	14
5 – Aceitar colaborar	29	57	28
6 – Responder às perguntas	43	43	0
7 – Reconhecer os pares, o técnico	86	86	0
8 – Mostrar aprovação	7	14	7
9 – Discriminar as situações, os momentos e os lugares apropriados	0	0	0
B – Início da interacção			
1 – Chamar uma pessoa	29	43	14
2 – Pedir um objecto a uma pessoa	14	36	22
3 – Começar uma actividade comum	0	43	43
4 – Pedir aprovação	0	0	0
5 – Procurar contacto com uma pessoa conhecida	57	79	22
6 – Ajudar alguém que tem dificuldades de manipulação	0	0	0
7 – Começar uma conversa	0	0	0
C – Continuar uma interacção			
1 – Tentar prosseguir uma actividade comum	29	29	0
2 – Manter uma conversa	0	0	0
D - Terminar uma interacção			
1 – Terminar uma actividade comum	36	36	0
2 – Terminar uma conversa	0	0	0
Total	25	34	9

Figura 9 - Gráfico de percentagens dos níveis individuais das categorias de interacções sociais (pré-teste e pós-teste)

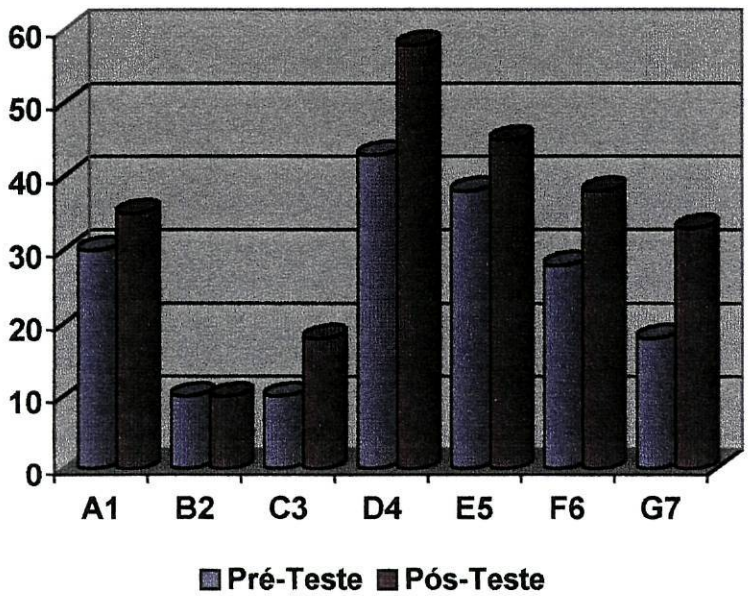
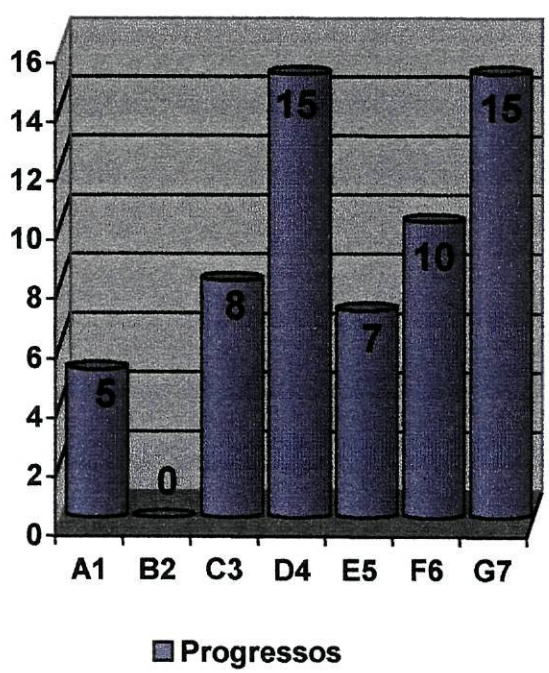


Figura 10 - Gráfico de progressos individuais das categorias de interacções sociais



Ao compararmos os resultados do pré-teste com os do pós-teste constatamos um progresso de 9%, indicando também um desenvolvimento da interacção social da população estudada (tabela 7).

O item - começar uma actividade comum, foi o parâmetro desta tabela de observação em que se registou o maior progresso (43%). Seguidamente foram os itens - aceitar colaborar (28%), pedir um objecto a uma pessoa (22%) e procurar contacto com uma pessoa conhecida (22%).

Os itens - ficar embaraçado (7%), dar um objecto à pessoa que o pediu (8%) e o item mostrar aprovação (7%) foram os itens em que se registaram menores progressos.

No grupo A - recepção da interacção, nos itens: 2 - fazer um sorriso, 6 - responder às perguntas, 7 - reconhecer os pares e o técnico, 9 - Discriminar as situações, os momentos e os lugares apropriados e nos grupos C e D - continuar e terminar uma interacção, não se registaram quaisquer alterações no pós-teste.

A nível individual (fig.10) constatamos que foram os alunos D4 e G7 que mais progressos revelaram, apresentando uma melhoria de 15%; os alunos A1, C3 e E5 foram os que tiveram uma progressão mais baixa. Destacamos, também, o aluno B2 que não apresentou qualquer alteração nestes itens de observação.

Para reforçar o que foi analisado (tabela 6) no item - começar uma actividade comum, verificou-se que cinco dos sete alunos que compõem a amostra melhoraram o nível, ou seja, apenas os alunos B2 e C3 é que apresentaram os mesmos resultados em relação à observação inicial. Fica assim demonstrado o efeito da intervenção prática na iniciativa e envolvimento das crianças autistas nas actividades desportivas com as outras crianças.

A título individual, foi o aluno E5 que apresentou mais alterações de nível, sendo também o único que, em todos os parâmetros observados, apresentou uma regressão no item - tentar prosseguir uma actividade comum. Esta criança, apesar de ser cooperante, não permanecia muito tempo nas actividades que lhe eram propostas.

Seguidamente, foram os alunos D4; F6 e G7 que apresentaram 4 níveis diferentes dos revelados inicialmente.

Na tabela 8, nos itens - aceitar colaborar e chamar uma pessoa, apresentaram algumas progressões, tal como se observa nas tabelas 3 e 4 do PEP-R. Os itens - dar um objecto à pessoa que o pediu, chamar uma pessoa e procurar contacto com uma pessoa conhecida, são similares aos itens 6, 3 e 1 respectivamente, da tabela de observação das sessões práticas (tabela 2). Fazendo uma correlação destes resultados verificamos que em ambas as grelhas de observação assistimos a uma progressão em todos os itens supracitados, podendo também constatar um desenvolvimento da interacção social destas crianças.

V - CONCLUSÕES

Conclusões

Os resultados do nosso estudo, tendo em atenção a amostra limitada e a multiplicidade de factores que podem contribuir para o desenvolvimento da interacção social, permitem-nos chegar às seguintes conclusões:

Pela análise dos resultados das tabelas e figuras da observação contínua das sessões práticas presenciamos um desenvolvimento progressivo dos níveis de interacção social do grupo estudado, ao longo do período de intervenção.

O colchão e o banco sueco foram os mediadores mais importantes para atingir os objectivos de interacção social que nos propusemos observar, talvez pelo desejo de imutabilidade do espaço que proporcionava sessões mais serenas e previsíveis, contribuindo assim para o aumento da autoconfiança das crianças autistas.

O nível alcançado pela classe foi o emergente, denotando que as crianças já iniciaram as aprendizagens sociais que lhes foram incutidas, demostrando já alguns conhecimentos, mas ainda não manifestaram um entendimento completo ou a capacidade necessária para terminarem as tarefas sozinhas com sucesso.

O aluno E5 destacou-se dos outros elementos ao apresentar em todos os itens observados níveis de sucesso e, portanto, revelou os níveis mais elevados de interacção social do grupo. Por sua vez, o aluno B2 apresentou os valores mais baixos.

O aluno A1 foi o que apresentou o padrão de comportamento mais heterogéneo e inconstante demonstrando, ao contrário do grupo, uma preferência pelos objectos desportivos móveis.

Em síntese, todos os alunos apresentaram uma progressão contínua ao longo da intervenção prática, revelando melhores níveis de interacção social nas sessões em que os objectos estáticos foram proporcionados.

Pela análise do perfil psicoeducacional revisto, constatamos também um indicador positivo no desenvolvimento do relacionamento afectivo desta população, verificando-se um aumento de 22% dos valores do pré-teste para os do pós-teste.

Os itens - início de uma interacção, afectividade e o item procura de ajuda do examinador, foram os que tiveram melhores progressos. Por outro lado, nos itens - reage à sua imagem no espelho, tolerância às interrupções e no item motivação pelo elogio não se verificaram alterações muito relevantes.

A procura de ajuda do examinador foi, como já referimos, o item que teve maior progressão (42%), registando-se apenas um único aluno que apresentou os mesmos resultados no pré-teste e no pós-teste. No entanto, pela observação contínua das sessões práticas, este comportamento não foi muito frequente.

Os alunos D4, E5 e G7 obtiveram os maiores progressos e os alunos A1 e F6 foram os que progrediram menos.

Na grelha geral das categorias de interacção social confirmamos também um melhor desenvolvimento da interacção social das crianças autistas estudadas. Comparando os valores do pré-teste com os do pós-teste, apuramos um progresso de 9%.

Começar uma actividade comum foi o parâmetro em que se registaram melhores resultados. Os itens - aceitar colaborar, pedir um objecto e procurar contacto com alguém conhecido, foram também os que revelaram melhores progressões.

A nível individual, tal como se consta nos resultados do perfil psicoeducacional revisto, os alunos D4 e G7 foram os que evoluíram mais, apresentando um progresso de 15%. O aluno E5, apesar de nesta tabela ser um dos elementos que revelou progressos menos expressivos (7%), foi o que apresentou mais alterações de níveis, da avaliação inicial para a final.

Por fim, com base no que foi exposto do resultado da análise da observação dos alunos ao longo do período de intervenção, do perfil psicoeducacional revisto e das categorias de interacções sociais, podemos concluir que as crianças autistas, quando submetidas a um programa de treino específico de educação física, tendem a ter um desenvolvimento da sua interacção social, melhorando concomitantemente o seu relacionamento interpessoal com os seus pares e educadores.

Verificamos, igualmente, que as crianças autistas colaboram e interagem melhor nas actividades físicas com objectos estáticos do que nas actividades

com objectos portáteis. Assim, os resultados indicam que as hipóteses 1 e 2 por nós inicialmente formuladas foram confirmadas.

Com o prosseguimento das sessões, verificou-se na maior parte das crianças autistas um gradual abandono dos comportamentos ritualísticos, repetitivos e, por vezes, agressivos que coincidiram com o prolongamento dos momentos em que tiveram a vivência de um relacionamento mais calmo e afectuoso na sua relação com os outros. Porém, algumas vezes, ainda manifestaram o seu desagrado, lançando os objectos ao solo ou entoando gritos.

A transformação foi evidente, tal como pudemos observar nas expressões dos rostos e na mímica dos gestos das crianças autistas. Passaram a estar mais atentas às pessoas que se deslocavam no seu campo visual, sorriam em resposta à atenção de um adulto e às expressões faciais dos outros.

Noutras manifestações de âmbito relacional as crianças autistas passaram a estender as mãos para agarrar um objecto que lhes era oferecido e estendiam os braços de encontro ao educador quando tal lhes era solicitado.

Os contactos físicos passaram a ser cada vez mais frequentes, não se observando tanto a retracção física habitual de algumas destas crianças. Após alguns meses de intervenção constatou-se que as crianças autistas procuravam o contacto físico com interesses afectivos, principalmente com o educador. No entanto, estes contactos foram, por vezes inapropriados e excessivos. Verificamos ainda que a maior parte das crianças autistas em momentos distintos do período de intervenção e em situações pontuais, procuravam espontaneamente as pessoas conhecidas para estabelecer contacto físico com as mãos e abraçavam-nas com o seu corpo.

A nível da comunicação constatamos que as crianças autistas, de um modo geral, começaram a ficar mais atentas às tarefas que lhes eram propostas; começaram a interagir de uma forma mais harmoniosa com todos as outras pessoas e entendiam melhor as instruções que lhes eram dadas, embora muitas vezes com auxilio da imitação motora.

Apesar de nesta investigação o desenvolvimento motor das crianças autistas não ter sido o objectivo principal, foi no entanto o veículo para atingirmos os nossos objectivos relacionados com a interacção social. Contudo, constatamos que no final da intervenção as crianças autistas apresentaram

uma postura corporal mais correcta, melhor preensão manual, realização das actividades com melhor destreza, melhor coordenação óculo-manual e mais autonomia nas diferentes formas de locomoção.

Em termos sociais notamos um desenvolvimento progressivo, embora pouco expressivo, no que concerne à preferência pelas actividades cooperativas. Continuamos a observar uma preferência pelas actividades solitárias e sem qualquer caracter competitivo. Convém, no entanto, salientar que a procura do isolamento se reduziu consideravelmente.

Em termos globais, assistimos a um aumento da motivação que as crianças autistas demonstravam no reinicio de algumas actividades, através da manifestação de comportamentos positivos, tais como sorrisos, dirigirem-se livremente ao local das actividades, pegar nos objectos que estavam a ser utilizados sem instrução prévia, incapacidade de esperar pela sua vez na ânsia de executar rapidamente o exercício que lhes comprazia, etc.

Aceitavam melhor a partilha dos materiais desportivos entre si, embora muitas vezes continuasse a assistir-se a alguma recusa na cedência dos objectos em que estavam envolvidos.

As nossas crianças autistas não demonstraram preferência por nenhum colega em particular na realização das actividades, nem demonstraram nenhuma formação de laços de amizades. Geralmente eram os adultos que escolhiam os parceiros para as crianças autistas, pois estas não tinham capacidade nem iniciativa parar procurar um colega para executar a tarefa proposta.

Começaram, também, por utilizar diariamente as formas convencionais de saudação e cortesia. Estas instruções foram por nós incutidas desde o inicio da intervenção, procurando que todas as crianças fossem reconhecendo as pessoas com quem se relacionavam.

Em relação às regras na sala de aula podemos dizer que as instruções foram sempre transmitidas de forma clara e simples, utilizando sempre o mesmo sistema directivo. Assim, as crianças começaram a adquirir as atitudes comportamentais desejadas evidenciando, progressivamente, uma aprendizagem mais consistente.

Além do já mencionado, as crianças ajudavam os adultos em tarefas simples, como entregar e buscar os objectos às outras crianças, dispor e

arrumar o material que tinha sido utilizado na aula, ir buscar outras crianças para realizarem os exercícios, etc.

No fim da intervenção, de um modo geral, as crianças autistas manifestavam com mais clareza a recusa em participar nas actividades quando algumas destas não lhes agradavam. Assistimos, também, embora esporadicamente, à repetição de atitudes que provocavam o riso ou que atraíam a atenção.

Começaram a participar em jogos de grupo muito simples, mas sempre sob a orientação de um adulto.

Apresentaram, de modo geral, pouca iniciativa e criatividade, mas demonstraram capacidade em seguir as instruções com relativa facilidade quando alguma tarefa lhes era atribuída, continuando contudo a apresentar dificuldades quando o que deviam fazer dependia da sua iniciativa.

Além destas constatamos também mais algumas incapacidades que não chegaram a ser bem sucedidas, entre as quais destacamos a dificuldade em explorar activamente o espaço, mostrar alguma acção ou objecto a outra pessoa, escolher algo quando se lhes pedia para o fazer e expressar de forma clara os seus sentimentos.

Através do trabalho repetitivo e sistemático que foi incutido ao longo do período de intervenção, os alunos conseguiram reter melhor as aprendizagens e transpor os mesmos exercícios noutras situações semelhantes.

Seguramente, as crianças autistas não apresentaram um nível de interacção social semelhante às crianças normais, nem esse era o propósito deste estudo, pois esta perturbação impõe limites pouco flexíveis no desenvolvimento das suas faculdades, mas a sua maturação no plano afectivo permitiu-lhes exprimirem-se duma maneira mais adequada às suas possibilidades reais.

As conclusões que efectuamos neste estudo não devem extravasar o âmbito desta amostra. Contudo, consideramos importante que se façam outros estudos que permitam verificar a possível existência de outros resultados, pela aplicação de novos materiais desportivos e outras condições de trabalho.

Relativamente ao grau de dificuldade do trabalho julgamos ter uma dimensão maior do que a inicialmente prevista. Esta perspectiva parece-nos no

entanto, fonte de estímulo e compreensão do elevado e complexo valor de qualquer estudo no âmbito da educação.

Neste mundo de mudança não se pode acreditar em soluções finais. Presentemente acreditamos que a educação adequada das crianças com autismo, num ambiente o menos restrito possível, é desejável e pode permitir atingir os objectivos que nos propomos. Pretendemos, de alguma forma, ter conseguido obter algumas consequências positivas para as crianças, para as suas famílias, para os profissionais e, concomitantemente, para a sociedade em geral.

Permitir às crianças com autismo ter actividades em que foram independentes talvez tenha sido também uma forma de as ajudar a ultrapassar as suas dificuldades a nível das relações sociais. Constatamos, com a nossa experiência, que algumas das nossas crianças passaram a realizar sozinhas algumas das actividades que lhes propusemos; quanto mais aquisições foi possível elas adquirirem no decurso da nossa intervenção, mais se desenvolveu o interesse pelos outros.

O facto crucial é que a aptidão de lidar com uma pessoa autista não depende basicamente da teoria ou do estudo e compreensão de determinadas leis. Essa aptidão assenta, sobretudo, na aprendizagem em contacto directo e contínuo, no exercício da própria interacção e no juízo dos seus resultados.

Este trabalho representa uma aprendizagem que agora iniciamos. Traduziu-se num período de intenso trabalho que suscitou momentos plenos de reflexão, de interligação franca de conhecimentos teóricos e práticos que, de outra forma, se perderiam no tempo. Permitiu, sem dúvida, um amadurecimento dos nossos conhecimentos adquiridos ao longo de alguns anos e, essencialmente, constituiu um desafio com resultados muito gratificantes.

VI – BIBLIOGRAFIA

Bibliografia

A.P.A - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) - Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC DSM-III (R).

A.P.P.D.A. (1993) - Autismo. *Integrar.* Lisboa: Instituto do emprego e formação profissional e Secretariado Nacional de Reabilitação. 2. pp.14-15. Ago/Nov.

A.P.P.D.A. (2000) – Autismo e inclusão – Critérios de qualidade de vida. Seminário internacional. A.P.P.D.A.. Lisboa.

A.P.P.D.A. (2001) – Projecto pedagógico da APPDA. Lisboa.

ALÓS, J. (1994) - Epidemiología de las psicosis y autismo. Salamanca: Amarú Ediciones.

ANDEL, G.; AUSTIN, D. (1984) - Physical fitness and mental health: A review of the literature. *Adapted Physical Research Quarterly*, 1, pp.207-220.

AUXTER, D.; PYFER, J.; HUETTIG, C. (1993) - Principles and methods of adapted physical education and recreation. Missouri: Mosby.

BARKER, P. (1979) - Basic child psychiatry. Great Britain: Granada Publishing Limited.

BARON-COHEN, S.; ALLEN, J. GILLBERG, C. (1994) – Será possível detectar o autismo aos 18 meses?. *Revista Portuguesa de Pedagogia.* Coimbra, 28 (3), pp.391-393.

BARON-COHEN, S.; LESLIE, A. M.; FRITH, U. (1985) – Does the autistic child have a theory of mind. *Cognition*, 21. pp.37-46.

BARTHÉLEMY, C.; FUENTES, J. et al. (2000) – A descrição do autismo. Associação Internacional Autisme - Europe. ED. Associação Portuguesa para Protecção aos Deficientes Autistas. Lisboa.

BATES, R. et al. (1985) - Autismo e psicanálise. *Margem.* Lisboa: Grafis. Ano VII-VIII. (40, 41, 42), pp.48. Set./Jan.

BAUTISTA, R. (1997) - Necessidades educativas especiais. Dinalivro. Lisboa.

BEHRMAN, R.; VAUGHAN, V. (1987) – Psychoses in childhood. Nelson textbook of pediatrics. Thirteenth edition. W. B. Saunders Company. Philadelphia.

BENTO, M. (1999) – O perfil do professor de educação especial na educação de alunos com autismo. Dissertação de Mestrado em educação especial. Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa.

BEYER, J.; GAMMELTOFT, L. (2000) - Autism and play. London: Jessica Kingsley.

BHOYRUB, J.; MORTON, H. (1983) - Psychiatric problems in childhood. A guide for nurses. London: Pitman Publishing Limited.

BLASCOVI-ASSIS, S. (1997) – Lazer e deficiência mental. São Paulo: Papirus Editora.

BRANCO, O. et al. (1994) - Autismo infantil. *Revista Portuguesa de Pediatria*. Coimbra, 25. Mai-Jun, pp.157-162.

BURTON, A. (1987) - Confronting the interaction between perception and movement in adapted physical education. *Adapted Physical Research Quarterly*, 4, pp.257- 267.

CAETANO, D. (1993) – Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e directrizes diagnósticas. Artes Médicas. Porto Alegre.

CAMPBELL, A.; MCINTOSH, N. (1992) – Psychiatric disorders. Textbook of paediatrics. Fourth edition. Churchill Livingston. London, New York and Tokyo.

CARNEY, L., CLOBUCIAR, A. et al. (1977) – Social interaction in severely handicapped students in the severely and profoundly handicapped child. Sprinfield IL. State Department of Education.

CAUCHON, M.; REID, G.; COLLER, D. (1991) - Skill acquisition by children with autism. *Adapted Physical Quarterly*. Canada: Human Kinetics Publishers, 4(8), pp.357-366.

COHEN, D.; VOLKMAR, F. (1997) – Handbook of autism and pervasive developmental disorders - Diagnosis and definition of autism and other pervasive developmental disorders. New York: Willey.
conference.html/.

COTTINELLI TELMO, I. (1990) - A integração das crianças com autismo nos estabelecimentos de ensino regular - realidade ou mito? *Educação Especial e*

Reabilitação. Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa. (3). Jun., pp.41-44. Lisboa.

COTTINELLI TELMO, I.; RODRIGUES, D. (1995) - O autismo e os jovens sobredotados – Integração no ensino regular. Faculdade da Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa: pp.73-83. Lisboa.

COTTINELLI TELMO, I.; et al. (2000) – Autismo e inclusão - Ajudautismo. Critérios de qualidade de vida. Seminário internacional. A.P.P.D.A.. Lisboa.

DANIELLE, M. et al. (1995) - Effects of sociodramatic play training on children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*. New York: Plenum Publishing Corporation, 25(3). June. pp.265-282.

DANSART, P.; PALLADE, L.; LENOIR, P. (1991) – Evaluation du langage. In G. LELORD, D. SAUSAGE, L`autisme de L´enfant. Masson. Paris.

DAWSON, G, et al. (1987) – Perspective – Taking ability and its relationship to the social behavior of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17, pp. 487-498.

DEFONTAIN, J. (1981) – Psicosis en el niño y reeducación psicomotriz. Manual de reeducación psicomotriz. Tercer año. Editorial Médica y Técnica, S.A. Barcelona.

DEFONTAIN, J. (1982) – El grupo y la reeducación psicomotriz. Manual de reeducación psicomotriz. Tercer año - tomo 4. Editorial Médica y Técnica, S.A. Barcelona.

DSM IV - DIAGONSTICAL AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS IV (1994) – American Psychiatric Association. Fourths editions. Washington D.C.

ELLIOT R.; DODBIN, A. R. (1994) - Vigorous aerobic exercise versus general motor training abilities: Effects on maladaptative and stereotypic behaviours of adults with both autism and mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 5. pp.565-586.

FALCÃO, R. (1999) - As particularidades das pessoas com autismo. *Integrar*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional e Secretariado Nacional de Reabilitação. (17), pp.60-65. Set./Jan.

FERREIRA, P. (1997) - O autismo institucionalizado. *Integrar*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional e Secretariado Nacional de Reabilitação. (12), pp.50-56. Jan./Abr.

FILIPEK, P.; SWAIMAN, K.; STEPHEN, A. (1999) – Autistic spectrum disorders – Pediatric neurology. Third edition. Mosby. Missouri.

FITZGERALD, K. (1977) - Reach me, teach me: A public school program for the autistic child. California: Academic therapy publications.

FONSECA, V. (1986) - Alguns fundamentos psiconeurológicos e psicomotores da dislexia. *Ludens*. Lisboa, 11(1). Out-Dez, pp.19.

FORFAR, J.; ARNEIL, G. (1984) – Psychiatric disorders in childhood. Textbook of paediatrics. Third edition. Vol.2. Churchill Livingston. London and New York.

FORFAR, J.; ARNEIL, G. (1986) - Sindromes de la Psiquiatria Infantil: Autismo infantil. Salvat Editions. S.A. London and New York.

FRIEDMAN, S.; HOEKELMAN, R. (1980) - Behavioural pediatrics. Psychosocial aspects of child health care. Palatino: Monotype Composition Company.

FRITH, U. (1992) – Autism. Explaining the enigma. Basil Blackwell. Oxford. Paris. Éditions Odile Jacob.

FUENTES, J. (2000) – Inclusive Education in autism – Challenges and opportunities. A.P.P.D.A. Lisboa.

FURNEAUX, B.; ROBERTS, B. (1979) – Autistic children. Teaching, community and research approaches. London. Rouledge and Kegan Paul Ltd.

GAETNER, R. (1981) - Terapia psicomotriz y psicosis. La danza y la musica. Barcelona: Ediciones Paidos, Psicopatologia e Psicomatica.

GAUDERER, E. (1993) – Autismo. Rio de Janeiro. Atheneu, 3ª Edição.

GEDDES, D. (1977) - Motor development of autistic monozygotic twins: a case study. Perceptual and Motor Skills, pp.179-186.

GILLBERG, C.; COLLEMAN, M. (1992) - The biology of the autistic syndromes. London: Mac keith Press, pp.17-38.

GÓMEZ, J.; NÚÑES, M. (1998) - La mente social y la mente física- Desarrollo y dominios de conocimiento. *Infancia y aprendizaje*. Madrid: Edisa, 84, pp.5-32.

GONÇALVES, A. (1980) - O autismo infantil. *Margem*. Lisboa: Grafis. Ano X. (15, 16), pp.31. Fev./Abr.

GONÇALVES, J. (1979) - O autismo infantil. Actas I encontro nacional de educação especial. *Revista do desenvolvimento da criança*. Lisboa: Educação Especial.

HARTUP W.; SANCILO, M. (1986) – Children's friendships in E. SCHOPLER & G.B. MESIBOV (Eds), Social behavior in autism. New York and London. Plenum Press.

HARVEY, D.; KOVAR, I. (1991) – Behaviour disorders and child psychiatry. Child heath. Second edition. New York.

HAUCK, M. et al. (1995) - Social initiations by autistic children to adults and other children. *Journal of autism and developmental disorders*. New York: Plenum Publishing Corporation. 25 (6). Dec., pp.579-595.

HERTL, M. (1980) – Distúrbios do comportamento social. *Pediatria* – Diagnóstico diferencial. Ed. Cultura Médica, LTDA. Rio de Janeiro.

HOWLIN, P.; RUTTER, M. (1987) - Tratamento das crianças autistas. Como aliviar os problemas familiares. National Autistic Society.

HUGHES, C. (1996) - Planning problems in autism at the level of motor control. *Journal of autism and developmental disorders*. New York: Plenum Publishing Corporation. 26 (1). pp.99-107.

HULL, D.; JOHNSTON, D. (1993) - Emotions behaviour. Essential paediatrics. Third edition. Churchill Livingston. New York.

JENSEN, R. (1980) - Condicionamento operante e autismo infantil. Análise psicológica. Califórnia: Departamento de Psicologia.

JHONSON, P.; FOX J. (1981) – Autism. Primary health care of the young. McGraw – Hill Book Company. New York.

JORDAN, R. (2000) – Educação de crianças e jovens com autismo. Instituto de Inovação Educacional. Lisboa. UNESCO.

JORDAN, R.; POWELL, S. (1990) - As necessidades curriculares das crianças com autismo. Capacidades de aprendizagem e raciocínio. APPDA.

JORDAN, R.; POWELL, S. (1994) - A comunicação nos autistas. CNEFEI & APPDA. Educautisme. Projecto Horizon.

JORDAN, R.; POWELL, S. (1995) – Understanding and teaching children with autism. New York. John Willey & Sons.

KERN, L.; KOEGEL, R. et al. (1984) - The influence of vigorous versus mild exercise on autistic stereotyped behaviours. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14, pp.57- 67.

KIRK, S.; GALLAGHER, J. (1996) - Educação da criança excepcional. São Paulo: Martins Fontes.

LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B. (1977) – Nociones de relación. Los contrastes y el descubrimiento de las nociones fundamentales. Editorial Científico-Médica. Educación vivenciada. Barcelona.

LEAL, R. M. (1996) - Emergência de significados e relação precoce. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Coimbra. 30(2), pp.19-44.

LEBOYER, M. (1987) - Autismo infantil: factos e modelos. Campinas. Papirus Editora.

LEVINE, M.; CAREY, W. et al. (1983) – Childhood autism – Major handicapping conditions. Developmental behavioural pediatrics. W.B. Saunders Company. Canada.

LEVINSON, L.; REID, G. (1993) - The effects of exercise intensity on the stereotypic behaviours of individuals with autism. *Adapted Physical Quarterly*. Canada: Human Kinetics Publishers, 3(10), pp.255-266.

LEVY, P. (2000) – Autismo e genética. Protocolo para o estudo das pessoas com autismo. Acta pediátrica. Lisboa. 2(31).

LEWIS, V.; BOUCHER, J. (1995) - Generativity in the play of young people with autism. *Journal of autism and developmental disorders*. London: Plenum Publishing Corporation. 25 (2), pp.105-121.

LIBBY, S.; POWELL, S. et al. (1998) - Spontaneous play in children with autism. *Journal of autism and developmental disorders*. North Carolina: Plenum Publishing Corporation. 28 (6). Dec, pp.487-496.

LINARES, P. CARRIÓN, M. (1996) - Actividade psicomotriz en un adolescente con transtorno autista. Madrid: Polibea, 40. pp.4 -9.

LISSAUER, T.; CLAYDEN, G. (1997) – Emotions behaviour. Illustrated textbook of paediatrics. Mosby. Barcelona.

LORD, C. (1984) - The development of peer relations in children with autism. New York: Academic Press.

LORD, C.; SCHOPLER, E. (1988) - Intellectual and developmental assessment of autistic children form preschool to school age. Manuscript in review.

LOVAAS, O. (1981) – Teaching developmentally disabled children. The ME Book. PRO-ED. Austin.

MAGEROTTE, G. DUPREZ, M. (1997) – «Vous avez dit : élève autiste ?» Une école de qualité pour tous les élèves autistes ». Dossier d`information. L`autisme et le programme teacch de Schopler. Université de Mons-Hainaut. Service Universitaire Specialisé pour Autistes.

MAGEROTTE, G.; DUPREZ, M; MAGEROTTE, C.; HOUCHARD, V.; BURY, F. (1994) - Educautisme, Os problemas de comportamento. CNEFEI e APPDA. *Educautisme.* Projecto Horizon.

MAGEROTTE, G.; MAGEROTTE, C.; DUPREZ, M.; HOUCHARD, V.; BURY, F. (1994a) - Educautisme, Ocupação dos tempos livres. CNEFEI e APPDA. *Educautisme.* Projecto Horizon.

MARQUES, C. (2000) – Perturbações do espectro do autismo – Ensaio de uma intervenção construtivista e desenvolvimentalista com mães. Colecção Saúde e Sociedade n.º 5. Quarteto Editora. Coimbra.

MAS, M.; CANTO, C. (1992) - Niños autistas en su campana de cristal. *Ande.* Madrid: Editora A:N.D.E. (33), pp.12-13.

MAURER, R. G.; DAMASIO, A. (1982) - Childhood autism from the point of view of behavioural neurology. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 12, 2, pp.195-205.

MAZET, PH; HOUZEL, D. (1981) – Desarrollo afectivo. Psiquiatría del niño y del adolescente. Vol. 1. Editorial Médica y Técnica, S.A. Barcelona.

MESIBOV, G. ; SCHOPLER, E.; HEARSEY, K. (1996) – Structured teaching. Assessment and treatment of behavior problems in autism. New York: Plenum Press.

NAVARRO, M. (1997) - Autismo, um problema de comunicação. *Integrar.* Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional e Secretariado Nacional de Reabilitação. (12), pp.33-39. Jan./Abr.

NEGRINE, A.; MACHADO, M. (1999) - A terapia da criança autista. *Perfil.* Rio Grande do Sul. Editoração Electrónica. Ano 3. (4): 86-97.

ORTEGA, S.; AZOLA, A. (1986) – Os diferentes estados patológicos – Psicoses infantis. *Psicologia infantil.* Ediciones Nauta. Barcelona. pp.270-271.

PAPALIA, D.; OLDS, S. (1981) - O mundo da criança – Da infância à adolescência. ED. McGraw–Hill. São Paulo.

PASTALLÉ, C. (1996) – Autismo. Diccionario de medicina. Ed. Oceano Grupo Editorial, S.A. Barcelona.

PEETERS, T.; JORDAN, R. (1998) – L`importance de la formation dans la prévention de la violence et des abus à l`égard des personnes autistes. Autisme-Europe. Bruxelles.

PEETERS, T. (1997) – Autism: From theoretical understanding to educational intervention – Europe. Barcelona.

PEREIRA, E. (1990) - Perspectiva comportamental - analítica na terapia do autismo infantil. *Jornal de Psicologia.* Porto, 9(3). Out., pp.11-15.

PEREIRA, E. (1998) - Autismo: do conceito à pessoa. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

PEREIRA, E. (1999) - Autismo: O significado como processo central. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

PERROT, A.; BARTHÉLÉMY, C.; SAUVAGE, D. (1990) – Autism and the child psicosis. European handbook of psychiatry and mental health. Anthropos. second editions. Zaragoza.

PHILIP, C. (1995) – Educautisme – Présentation synthétique de modules de formation. Suresnes.

PLUMET, M.; LEBOYER, M.; BEAUDICHON, J. (1987) - Componentes cognitivos e relacionais do autismo. *Margem.* Lisboa: Grafis. Ano X. (52, 53, 54), pp.17-19. Jun./Dez.

PORTAGE (1976) - Como estimular o seu bebé - Testes de socialização. Cooperative Educational Service Agency 5. CESA 5, NFER- Nelson e Associação PORTAGE.

QUILL, K. (1993) – Methods to enhance learning. International Conference on Autism in Wabash Valley ASA update, November 1993, site da American Society of Autism na INTERNET: www. autism society.org/packages/edikids _conference.html/

QUINTAS, A. (1989) – Prevenção da deficiência nos aspectos relacionais do comportamento. *Reabilitação*. 2ª série. (6) 4º trimestre. Edição SNR. Lisboa. pp.17-22.

RAMOS, M. (2000) - Reflexiones en torno al autismo. Madrid: Polibea, 54. pp.30-34.

REID, G. (1981) - Perceptual motor training: Has the term lost its utility? *Journal of Health, Physical Education, Recreation and Dance*, 92, pp.38-39.

RITVO, E.; LAXER, G. (1983) – Autisme – La verité refusée. Paris. Simep SA.

RIVY, B. (1987) - O autismo e trabalho. *Margem*. Lisboa: Grafis. Ano X. (52, 53, 54), pp.36-38. Jun./Dez.

ROEYERS, H. (1995) - A peer-mediated intervention to facilitate the social interactions of children with a pervasive developmental disorder. *British journal of special education*. London, 22(4), Dec. pp.161-164.

ROGÉ, B. (1998) - Educautisme, Infância (0-3 anos, 3-6 anos, 6-12 anos). CNEFEI e APPDA. *Educautisme*. Projecto Horizon.

RUDOLPH, A.; HOFFMAN, J. (1982) – Specific syndromes of cognitive dysfunction. Pediatrics. Seventeenth ed. Appleton-Century-Crofts. Norwalk.

RUILOBA, J. (1999) - Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson, S.A.

RUTTER, M.; **HERSOV, L.** (1984) – Infantil autism and other pervasive developmental disorders. Child and adolescent psychiatry. Blackwell Scientific Publications. Second Edition. Oxford.

SACKS, O. (1995) – Um antropólogo em Marte – Sete histórias paradoxais. Lisboa. Relógio D`Àgua Editores.

SCHOPLER, E.; LANSING, M.; WATERS, L. (1983) - Teaching activities for autistic children. Individualizes assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children. Vol. 3. PRO-ED. Austin.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.; LANSING, M. (1980) - Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children. Vol. 2. University Park Press. Baltimore.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.; LANSING, M. (1989) - Strategies éducatives de l`autism. Masson. Paris.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R.; RENNER, B. (1988) – The Childhood Autism Rating Scale. CARS. California. Western Psychological Services.

SHERRIL, C. (1998) - Adapted physical activity, recreations and sport: Serious emotional disturbance and autism. McGraw - Hill Companies, 15th editions. Boston.

SIGMAN, M. (1994) – What are the core deficits in autism? in S. H. BROMAN, & GRAFMAN (Eds), "Atypical cognitive deficits in developmental disorders: Implication for brain function". Hillsdale: N.J. Erlbaum. pp.139-157.

SNOW, M. HERTZIG, M. ; SHAPIRO, T. (1987) – Expression of emotion in young autistic children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. (26), pp.836-838.

SOUZA, F.; SASSON, M.; SOUZA, R.; FERREIRA, S. (1994) - Autismo e psicose. Uma proposta de desenvolvimento interdisciplinar. V Simpósio Paulista de Educação Física Adaptada. São Paulo: Anais.

SUMMERFIEL, L. (1976) - Physical education, recreation and related programs for autistic and emotionally disturbed children. Washington: AAHPER, pp.3-44.

SWAIMAN, K.; WRIGHT, F. (1982) – Symptoms and signs of neurologic diseases in childhood. The practice of pediatric neurology. Second edition. Vol. 1. Mosby Company. St. Louis, Toronto and London.

TARDIF, C. (1998) - Autismo e Integração - A Integração vivida pelas crianças. Laboratório de Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança. Universidade de Descartes. Paris.

TOMKIEWICZ, S. (1987) - O autismo. *Margem*. Lisboa: Grafis. Ano X. (52, 53, 54), pp.12-14. Jun./Dez.

TREVARTHEN, C. et al. (1996) – Children with autism : Diagnosis and interventions to meet their needs. London. Jessica Kingsley Publishers.

VAN BOURGONDIEN M.; WOODS A. (1992) – Vocational possibilities. In E. SCHOPLER & G.B. MESIBOV, High – Functioning individuals with autism. New York. Plenum Press.

VARANDA, P. (1998) - Autismo infantil. Monografia de Psiquiatria. Faculdade de Medicina do Porto. Porto.

VAYER, P.; COELHO, M. (1990) – A observação da criança na escola. Ed. Manole. São Paulo.

VECCHIATO, M. (1989)- Psicomotricidade relacional e terapia. Artes Médicas. Porto Alegre.

VIDIGAL, M.; GUAPO, M. (1997) - Intervenção terapêutica no autismo e nas psicoses precoces. *Análise psicológica*. Lisboa, 15(2). Abr-Jun, pp.207-219.

VOLKMAR, F. (1998) – Autism and pervasive developmental disorders. University Park Press.

WAINWRIGHT, L.; FEIN, D. (1996) - Preschool children with inadequate communication: Developmental language disorder, autism, low IQ. London: MCKEITH, 12, pp.173-176.

WALL, W. (1980) - Educación constructiva para grupos especiales. Niños con problemas de aprendizaje. Colombia: UNESCO.

WHEMAN, P.; SCHELEIN, S.J.; REYNOLDS, R.P. (1981) – Leisure programs for handicapped students. Baltimore: University Park Press.

WOLFBERG, P. (1999) – Play and imagination in children with autism. New York and London: Teachers College Press.

ANEXOS

ANEXOS I:

- **Quadro de registo dos momentos de observação das sessões**
- **Quadro da planificação da parte prática**

Quadro de registo dos momentos de observação das sessões

Plano de observação para todos os objectos desportivos					
População	1ª aula	2ª aula	3ª aula	4ª aula	5ª aula
A1	X		X		X
B2	X		X		X
C3	X		X		X
D4	X	X		X	
E5	X	X		X	
F6		X		X	X
G7		X	X	X	

Legenda:

A1; B2; C3; D4; E5; F6; G7 – População do estudo

X – momento de observação

Quadro da planificação da parte prática

Material desportivo	Mês e Dia	Objectivos
Todos	Outubro a Dezembro	Fase exploratória
Bola	Janeiro (10; 11; 17; 18; 24)	Fase prática
Bastão	Janeiro (25; 31) Fevereiro (1; 7; 8)	Fase prática
Colchão	Fevereiro (14; 15; 21; 22) Março (7)	Fase prática
Arco	Março (8; 14; 15; 21; 22)	Fase prática
Banco sueco	Março (28; 29) Abril (18; 19; 26)	Fase prática
Vários	Maio	Créditos

ANEXOS II:

- **Quadro de aptidões específicas da criança autista**
- **CARS - Childhood Autism Rating Scale**
- **Quadro das categorias de interacções sociais**

Aptidões específicas da criança autista

Nome:

Idade: Data:

1. Comunicação expressiva e receptiva	Observações
- Quanto tempo pode ficar atenta a uma tarefa - Pode ficar atenta à sua actividade mesmo quando surgem outros estímulos - Consegue-se exprimir verbalmente, através de gestos, ou de qualquer outro modo, ou não pode de todo fazê-lo - Como é que interage com os intervenientes - Sente dificuldades em salientar os aspectos importantes da actividade - Entende instruções referentes a uma ou duas etapas	
Características físicas, motoras	
- Mantém a cabeça direita - Segue um objecto visualmente - Segura objectos plenamente com a mão - Utiliza a "pinça polegar-indicador - Encontra objectos escondidos - Pode deslocar-se autonomamente - Realiza actividades que impliquem uma boa destreza - Mostra uma boa coordenação visual-manual	
Aptidões sociais	
- Qual é o seu nível habitual de interacção com os outros (actividades solitárias, em paralelo, cooperativas, competitivas) - Mostra comportamentos positivos no momento das actividades - Partilha o material ou aceitar alternância de vez - Qual é a natureza dos contactos físicos com as outras pessoas (apropriados ou excessivos - Pode atrair a atenção com comportamentos desapropriados ou totalmente fora de propósito - Qual é a sua atitude face ao facto de perder	

Tradução e adaptação do quadro "client functioning representative skills for consideration" (Wheman, Schelein e Reynolds, 1981)

Aptidões específicas da criança autista

	A1	B2	C3
Comunicação expressiva e receptiva			
- Quanto tempo pode ficar atenta a uma tarefa	muito tempo	nenhum	pouco tempo
- Pode ficar atenta à sua actividade mesmo quando surgem outros estímulos	sim	nunca	não
- Consegue-se exprimir verbalmente, através de gestos, ou de qualquer outro modo, ou não pode de todo fazê-lo	ecolalia	não	não
- Como é que interage com os intervenientes	aceita, mas é indiferente	não interage	interage muito pouco
- Sente dificuldades em salientar os aspectos importantes da actividade	não salienta	não salienta	não salienta
- Entende instruções referentes a uma ou duas etapas	não, faz por imitação	não	não
Características físicas, motoras			
- Mantém a cabeça direita	sim	sim	sim
- Segue um objecto visualmente	sim	não	não
- Segura objectos plenamente com a mão	sim	sim	sim
- Utiliza a "pinça polegar-indicador	sim	sim	sim
- Encontra objectos escondidos	sim	não	não
- Pode deslocar-se autonomamente	sim	sim	sim
- Realiza actividades que impliquem uma boa destreza	sim	sim	sim
- Mostra uma boa coordenação visual-manual	sim	sim	sim
Aptidões sociais			
- Qual é o seu nível habitual de interacção com os outros (actividades solitárias, em paralelo, cooperativas, competitivas)	actividades solitárias	isola-se	isola-se
- Mostra comportamentos positivos no momento das actividades	indiferente	indiferente	indiferente
- Partilha o material ou aceitar alternância de vez	sim	não	não
- Qual é a natureza dos contactos físicos com as outras pessoas (apropriados ou excessivos	aceita o contacto mas não procura	excessivos	indiferente com os colegas
- Pode atrair a atenção com comportamentos desapropriados ou totalmente fora de propósito	não	sim	sim
- Qual é a sua atitude face ao facto de perder	indiferença	indiferença	indiferença

Tradução e adaptação do quadro "client functioning representative skills for consideration" (Wheman, Schelein e Reynolds, 1981)

Aptidões específicas da criança autista

	D4	E5	F6	G7
Comunicação expressiva e receptiva				
- Quanto tempo pode ficar atenta a uma tarefa	nenhum	pouco, muito ausente	pouco tempo	pouco tempo
- Pode ficar atenta à sua actividade mesmo quando surgem outros estímulos	não	sim	não	não
- Consegue-se exprimir verbalmente, através de gestos, ou de qualquer outro modo, ou não pode de todo fazê-lo	ecolalia	palavra-passe	palavra-passe	exprime-se mal
- Como é que interage com os intervenientes	não interage	bem	muito pouco	colabora pouco
- Sente dificuldades em salientar os aspectos importantes da actividade	não salienta	não salienta	não salienta	não salienta
- Entende instruções referentes a uma ou duas etapas	ausente e alheado	não	não	entende apenas uma etapa
Características físicas, motoras				
- Mantém a cabeça direita	sim	sim	sim	sim
- Segue um objecto visualmente	sim	sim	sim	sim
- Segura objectos plenamente com a mão	sim	sim	sim	sim
- Utiliza a "pinça polegar-indicador	sim	sim	sim	sim
- Encontra objectos escondidos	não	sim	não	não
- Pode deslocar-se autonomamente	sim	sim	sim	sim
- Realiza actividades que impliquem uma boa destreza	sim	sim	sim	+/-
- Mostra uma boa coordenação visual-manual	sim	sim	não	não
Aptidões sociais				
- Qual é o seu nível habitual de interacção com os outros (actividades solitárias, em paralelo, cooperativas, competitivas)	actividades solitárias	actividades solitárias	isola-se	actividades solitárias
- Mostra comportamentos positivos no momento das actividades	só se estiver muito interessado	sim	indiferente	muito disperso
- Partilha o material ou aceitar alternância de vez	não	sim	sim	sim
- Qual é a natureza dos contactos físicos com as outras pessoas (apropriados ou excessivos	desapropriados e excessivos	desapropriados	desapropriados	desapropriados
- Pode atrair a atenção com comportamentos desapropriados ou totalmente fora de propósito	sim	não	sim	sim
- Qual é a sua atitude face ao facto de perder	não gosta de perder	indiferença	indiferença	indiferença

Tradução e adaptação do quadro "client functioning representative skills for consideration" (Wheman, Schelein e Reynolds, 1981)

• CARS - CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE •

Escala comportamental composta por 15 itens, desenvolvida para identificar crianças com síndroma autista, permitindo ainda uma classificação clínica da sua gravidade desde ligeiro a moderado e severo

I - RELAÇÃO COM AS PESSOAS

1 Sem evidência de anomalia ou dificuldade na relação com as pessoas.
Alguma timidez, agitação ou aborrecimento pode ser observada na avaliação, mas não a um nível superior do que é esperado para uma criança da mesma idade

1,5

2 Relação ligeiramente anormal
Evita olhar nos olhos do adulto, evita o adulto ou zanga-se se a interacção é forçada, excessivamente tímido, não responde para o adulto como uma criança da sua idade, ou mais ligada aos pais do que é esperado.

2,5

3 Relação moderadamente anormal
A criança mostra-se distante ignorando os adultos e parecendo ausente por momentos. São necessários esforços e persistência para prender a sua atenção. O contacto iniciado pela criança é mínimo e a qualidade é pouco pessoal.

3,5

4 Relação severamente anormal
A criança está distante e desinteressada do que o adulto está a fazer. Quase nunca inicia ou responde ao contacto com o adulto. Somente um esforço mais persistente consegue prender a sua atenção.

Obs.

II - IMITAÇÃO

1 Imitação apropriada
A criança é capaz de imitar sons, palavras e movimentos de forma adequada às suas capacidades.

1,5

2 Imitação ligeiramente anormal
Imita comportamentos simples como bater palmas ou sons simples na maior parte das vezes. Ocasionalmente pode imitar somente depois de muito estimulado ou com algum tempo de atraso.

2,5

3 Imitação moderadamente anormal
Imita só parte do tempo, requerendo uma grande persistência e ajuda do adulto. Pode frequentemente imitar após algum tempo de atraso.

3,5

4 Imitação severamente anormal
Raramente imita ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com a ajuda do adulto.

Obs.

III - RESPOSTA EMOCIONAL

1 Respostas emocionais adequadas à idade e à situação
A criança mostra um tipo e grau de resposta adequada, revelada por alteração na expressão facial, postura e modo/atitude.

1,5

2 Resposta emocional ligeiramente anormal
Ocasionalmente desenvolve um tipo ou grau de reacção emocional desajustada. As reacções muitas vezes não estão relacionadas com os objectos ou acontecimentos à sua volta.

2,5

3 Resposta emocional moderadamente anormal
Tipo e/ou grau de resposta desajustada. Reacções muito apagadas ou excessivas e outras vezes não relacionadas com a situação. Pode gritar, rir, sem motivo aparente.

3,5

4 Resposta emocional severamente anormal
Raramente a resposta é adequada à situação; o humor mantém-se independentemente da alteração dos acontecimentos. Por outro lado, pode manifestar diferentes emoções num curto espaço de tempo, mesmo que nada se altere.

Obs.

IV - MOVIMENTOS DO CORPO

1 Movimento do corpo apropriado à idade

Move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação da criança normal na mesma idade.

1,5

2 Movimento do corpo ligeiramente anormal
Algumas peculiaridades podem estar presentes, mais como uma criança desajeitada, movimentos repetitivos, coordenação pobre, ou aparecimento raro de movimentos invulgares referidos só ponto 3.

2,5

3 Movimento do corpo moderadamente anormal
Notados comportamentos nitidamente estranhos e não usuais para esta idade. Pode incluir movimentos finos dos dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, auto-agressão, balanceio, rodopiar, entrelaçar/entrelaçar de dedos, marcha em bicos de pés.

3,5

4 Movimento do corpo severamente anormal
Movimentos descritos no ponto 3 mas frequentes e intensos. Estes comportamentos persistem, muito embora se proíbam e se envolva a criança noutras actividades.

Obs.

V - UTILIZAÇAO DOS OBJECTOS

1 Interesse e uso apropriados de brinquedos ou objectos
A criança mostra um interesse normal em objectos ou brinquedos apropriados para o seu nível e usa-os de um modo adequado.

,5

2 Interesse e uso ligeiramente inapropriados de objectos ou brinquedos
Pode mostrar menos interesse que o normal num brinquedo ou brincar com ele de modo infantil, como batendo com ele ou levando-o à boca numa idade em que este comportamento já não é aceitável.

,5

Interesse e uso moderadamente inapropriados de objectos ou brinquedos
Mostra pouco interesse em brinquedos e objectos, ou pode estar preocupado em os utilizar de um modo anómalo e estranho. Pode focar a atenção numa parte insignificante destes, ficar fascinado com a reflexão de luz do objecto, mover repetidamente uma parte do objecto em particular ou brincar só com um objecto excluindo os outros. Este comportamento pode ser pelo menos parcial ou temporariamente modificado.

,5

Interesse e uso severamente inapropriados de objectos ou brinquedos
Comportamento semelhante ao ponto 3 mas de um modo mais frequente e intenso. É muito difícil desligar-se destas actividades uma vez nela embrenhada, sendo muito difícil alterar esta utilização desajustada.

Obs.

VI - ADAPTAÇAO A MUDANÇA

1 Adaptação à mudança adequada
Pode reagir à mudança da rotina, mas aceita-a sem stress desajustado.

,5

2 Adaptação à mudança ligeiramente anormal
Quando o adulto tenta mudar de tarefa esta pode querer continuar na mesma tarefa ou usar o mesmo material, mas consegue-se desviar a sua atenção facilmente. Por exemplo, pode-se zangar se é levada a um supermercado diferente ou se fez um percurso diferente da escola, mas consegue-se acalmar facilmente.

,5

Adaptação à mudança moderadamente anormal
Resiste activamente às mudanças de rotina. Quando se tenta alterar uma actividade, tenta manter a anterior, sendo difícil de dissuadir. Por ex, insiste em recolocar a mobília que foi mudada. Fica zangada e infeliz quando uma rotina estabelecida é alterada.

,5

Adaptação à mudança severamente anormal
Quando ocorrem mudanças mostra uma reacção intensa que é difícil de eliminar. Se a mudança é imposta, fica extremamente zangada, não colaborante respondendo com birras.

Obs.

VII - RESPOSTA VISUAL

Resposta visual adequada à idade
O comportamento visual é normal. A visão é usada em conjunto com os outros sentidos para explorar novos objectos.

,5

Resposta visual ligeiramente anormal
Tem de ser lembrada de tempos a tempos para olhar para os objectos. Pode estar mais interessada em olhar para um espelho ou luzes que uma criança da mesma idade e, ocasionalmente, ficar com olhar ausente.

,5

Resposta visual moderadamente anormal
Tem se ser lembrada frequentemente para olhar o que está a fazer. Pode ficar com o olhar fixo, ausente, evitar olhar nos olhos das pessoas, olhar para os objectos de um ângulo estranho ou levá-los muito perto dos olhos embora os vendo normalmente.

,5

4 Resposta visual severamente anormal
Evita olhar constantemente para as pessoas ou certos objectos e pode mostrar formas extremas de peculiaridades visuais descritas acima.

Obs.

VIII - RESPOSTA AO SOM

1 Resposta ao som adequada à idade
O comportamento auditivo é normal. A audição é utilizada em conjunto com os outros sentidos, como a visão e o tacto.

1,5

2 Resposta emocional ligeiramente anormal
Alguma falta de resposta para alguns sons ou uma resposta ligeiramente exagerada para outros. Por vezes a resposta ao som pode ser atrasada e os sons podem ocasionalmente necessitar de repetição para prender a atenção da criança. Pode por vezes distrair-se por sons externos.

2,5

3 Resposta ao som moderadamente anormal
A resposta ao som varia muitas vezes. Muitas vezes ignora um som nos primeiros minutos em que é desencadeado. Pode assustar-se por sons do dia-a-dia tapando os ouvidos quando os ouve.

3,5

4 Resposta ao som severamente anormal
A criança liper ou hiperage de um modo independente do tipo de so

Obs.

IX - RESPOSTA AO PALADAR, CHEIRO E TACTO

1 Resposta normal ao paladar, olfacto e tacto
Explora objectos novos de um modo apropriado à idade tocando-lhes observando-os. O paladar e olfacto podem ser utilizados quando apropriado como nos caso em que o objecto é parecido com algo que se come. Reagem a estímulos dolorosos menores do dia-a-dia decorrentes quedas, pancadas e beliscões, expressando desconforto mas não de um modo excessivo.

1,5

2 Uso e resposta ligeiramente anormal do paladar, olfacto e tacto
Persiste em levar objectos à boca, mesmo quando as crianças da sua idade já ultrapassaram essa fase. Pode por vezes cheirar ou tomar o gosto de objectos não comestíveis. Pode ignorar ou reagir excessivamente a um beliscão ou estímulo doloroso ligeiro, que a criança normal expressa apenas como ligeiro desconforto.

2,5

3 Uso e resposta moderadamente anormal do paladar, olfacto e tacto
Pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou saborear objectos ou pessoas. Pode mostrar uma reacção moderadamente anormal anormal à dor reagindo muito pouco.

3,5

4 Uso e resposta moderadamente anormal do paladar, olfacto e tacto
Mostra-se preocupada em cheirar, saborear ou tocar objectos mais por sensação do que pela exploração ou uso normal do objecto. Pode ignorar completamente a dor ou reagir fortemente a algo que apenas moti desconforto ligeiro

Obs.

X - MEDO OU ANSIEDADE

1 Medo ou ansiedade normais
O comportamento da criança é adequado à idade e à situação.

1,5

2 Medo ou ansiedade ligeiramente anormal
Revela ocasionalmente medo ou ansiedade que é ligeiramente desajustada, por excesso ou por defeito, quando comparada com a reacção de uma criança normal na mesma idade e situação.

2,5

3 Medo ou ansiedade moderadamente anormal
A resposta de medo desencadeada é excessiva ou inferior ao esperado idêntica situação mesmo por uma criança mais nova. Pode ser difícil entender o que a desencadeou sendo também difícil de a confortar.

3,5

4 Medo ou ansiedade severamente anormal
Os medos persistem mesmo após repetidas experiências com situações ou objectos desprovidos de perigo. Pode parecer amedrontada durante toda a consulta sem qualquer motivo. Pelo contrário pode não mostrar qualquer receio a situações como cães desconhecidos ou tráfego, que

XI - COMUNICAÇÃO VERBAL

1 Normal em relação com a idade e situação

1,5

2 Comunicação verbal ligeiramente anormal
Atraso global da linguagem. Muita linguagem tem sentido. Contudo, ecolália e troca de pronomes ocorrem ocasionalmente quando já ultrapassada a idade em que isso normalmente ocorre. Muito ocasionalmente são utilizadas palavras peculiares e jargon.

2,5

3 Comunicação verbal moderadamente anormal
Linguagem pode estar ausente. Se presente, pode ser uma mistura de alguma linguagem com sentido e outra peculiar como o jargon, ecolália e troca de pronomes. Alguns exemplos incluem repetição sem fins comunicativos de reclames de TV, reportagens do tempo e jogos. Quando é utilizada linguagem com sentido pode incluir peculiaridades como questões frequentes ou preocupação com tópicos particulares.

3,5

4 Comunicação verbal severamente anormal
Não é utilizada linguagem com sentido. Em vez disso, pode ter gritos, sons esquisitos ou parecidos com animais ou barulhos complexos simulando linguagem. Pode mostrar uso persistente e bizarro de palavras ou frases reconhecíveis.

Obs

XII - COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL

1 De forma adequada à idade e situação

1,5

2 Uso ligeiramente anormal da comunicação não verbal
A comunicação não verbal utilizada é imatura. Pode apontar, p. ex, vagamente para o que pretende, em situações em uma criança normal da mesma idade aponta mais especificamente.

2,5

3 Uso moderadamente anormal da comunicação não verbal
É geralmente incapaz de exprimir as suas necessidades ou desejos de um modo não verbal e é, geralmente, incapaz de entender a comunicação não verbal dos outros. Pode levar o adulto pela mão ao objecto desejado mas é incapaz de exprimir o seu desejo por gesto ou apontando.

3,5

4 Uso severamente anormal da comunicação não verbal
Usa somente gestos peculiares e bizarros sem significado aparente e não parece compreender o significado dos gestos e expressões faciais dos outros.

Obs

XIII - NÍVEL DE ACTIVIDADE

1 Normal em relação com a idade e circunstâncias
A criança não é nem mais nem menos activa do que uma criança norm... da mesma idade e nas mesmas circunstâncias.

1,5

2 Nível de actividade ligeiramente anormal
Pode ser ligeiramente irrequieta ou lenta. O nível de actividade desta interfere ligeiramente com a sua realização. Geralmente é possível ... corajar a criança a manter o nível de actividade adequado.

2,5

3 Nível de actividade moderadamente anormal
Pode ser muito activa e difícil de conter. A noite parece ter uma ener... ilimitada e não ir rapidamente para a cama. Pelo contrário, pode ser criança completamente letárgica, sendo necessário um grande esfor... para a fazer mobilizer. Podem não gostar de jogos que envolvam act... dade física parecendo muito preguiçosos.

3,5

4 Nível de actividade severamente anormal
Mostra-se extremamente activa ou inactiva, podendo transitar de um extremo para o outro. Pode ser muito difícil orienar a criança. A hip... actividade quando presente ocorre virtualmente em todos os aspecto... vida da criança, sendo necessário um controle constante por parte d... adulto. Se é letárgica é extremanente difícil despertá-la para alguma ... vidade e o encorajamento do adulto é necessário para que inicie a ap... dizagem ou execute alguma tarefa

Obs

XIV - NÍVEL E CONSISTÊNCIA DA RESPOSTA INTELECTUAL

1 Inteligência normal e razoavelemente consistente na... diferentes áreas
Tem uma inteligência sobreponível às outras da sua idade e não apr... senta uma capacidade invulgar ou outro problema

1,5

2 Função intelectual ligeiramente anormal
Não é tão desperta como as da sua idade e as suas capacidades parec... do mesmo modo atrasadas em todas as áreas.

2,5

3 Função intelectual moderadmente anormal
No global a criança não é tão esperta como as da sua idade; contudo uma ou mais áreas pode funcional próximo do normal

3,5

4 Função intelectual severamente anormal
Enquanto a criança não é tão esperta como as outras de sua idade, p... funcionar melhor que uma criança de sua idade em uma ou mais áre... Pode ter capacidades invulgares como talento especial para a músi... erte ou facilidade particular com os números.

Obs

XV - IMPRESSÃO GLOBAL

1 Sem autismo
A criança não mostra qualquer sintoma característico do autismo

1,5

2 Autismo ligeiro
A criança revela poucos sintoma ou somente um grau ligeiro de autismo

2,5

3 Autismo moderado
A criança mostra alguns sintomas ou um grau moderado de autismo

3,5

4 Autismo severo
A criança revela muitos sintomas ou um grau extremo de autismo

Obs.

HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

C. A. R. S.

(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

Ad. Eric Schopler, Robert J. Reichler e Barbara Rochen Renner

Nome _____ Nº Processo _____

DN _____ Idade _____

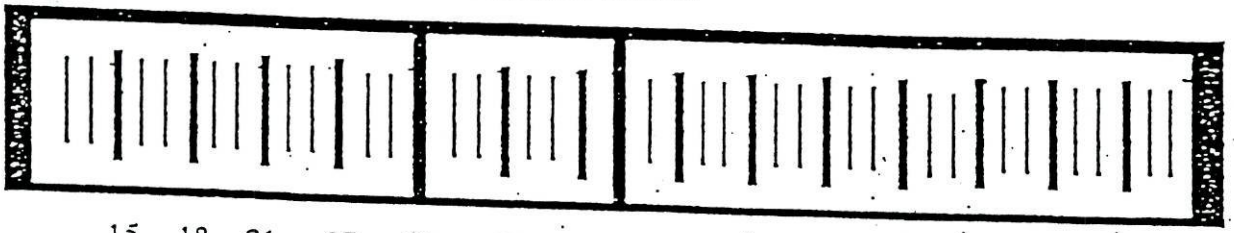
Data Teste _____

Examinador _____

ESCALA DE COTAÇÃO

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Cotação total

COTAÇÃO TOTAL



Não Autista

Autista Ligeiro Moderado

Autista Severo

Sob licença da Western Psychological Services

CARS – CHILDHOOD AUTISM RATING SACALE

Escala comportamental composta por 15 itens, desenvolvida para identificar crianças com sintoma autista permitindo ainda uma classificação clínica da sua gravidade desde ligeiro a moderado e severo

	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7
I – Relação com as pessoas	3	2	4	3	3	4	4
II- Imitação	2	4	4	1	2	3	3
III - Resposta emocional	3	4	3	4	3	3	3
IV – Movimentos do corpo	2	4	4	1	3,5	3	1
V – Utilização dos objectos	3	3	3	4	3	3	2
VI – Adaptação à mudança	1	2	2	4	1	1	2
VII – Resposta visual	2	3	3	2	3	3	3
VIII – Resposta ao som	1	4	2	1,5	2	3	3
IX – Resposta ao paladar, cheiro e tacto	1	4	2	4	2	4	1
X – Medo ou ansiedade	2	4	2	3	2	4	3
XI – Comunicação verbal	3	4	4	2	2	3	2
XII – Comunicação não-verbal	3	4	3	1,5	2	3	2
XIII – Nível de actividade	3	4	3	3	2	3	3
XIV – Nível e consistência da resposta intelectual	4	3	3	4	4	3	2
XV – Impressão global	4	4	4	3	3	3	3
COTAÇÃO TOTAL	37 – autismo severo	52 – autismo severo	46 - autismo severo	41 – autismo severo	37.5 - autismo severo	46 - autismo severo	37 - autismo severo

Escala de cotação total

13 – 30 – não autista **30 – 36** – autista Ligeiro moderado **37 – 60** – autista severo

Categorias de interacções sociais

Nome:

Idade: Data:

A - Recepção da interacção 1 – Ficar embaraçado 2 – Fazer um sorriso 3 – Dar um objecto à pessoa que o pediu 4 – Fazer uma saudação 5 – Aceitar colaborar 6 – responder às perguntas 7 – Reconhecer os pares, o técnico 8 – Mostrar aprovação 9 – Discriminar as situações, os momentos e os lugares apropriados. **B – Início da interacção** 1 – Chamar uma pessoa 2 – Pedir um objecto a uma pessoa 3 – Começar uma actividade comum 4 – Pedir aprovação 5 – Procurar contacto com uma pessoa conhecida 6 – Ajudar alguém que tem dificuldades de manipulação 7 – Começar uma conversa **C – Continuar uma interacção** 1 – Tentar prosseguir uma actividade comum 2 – Manter uma conversa **D – Terminar uma interacção** 1 – Terminar uma actividade comum 2 – Terminar uma conversa	

Categorias de interacções sociais de Carney, (1977)

ANEXOS III:

- **Significado dos Itens de interacção social**
- **Quadros de observação individual da aula**

Significado dos Itens de interacção social (componentes observáveis):

1 - Estabelece contacto com os colegas

- contacto corporal com intenção de provocar interacção, como tocar nas mãos, no corpo ou no rosto dos parceiros;
- colaboração com os pares na execução dos exercícios propostos;
- pedido de atenção e de afecto - acção para que os pares reconheçam e estejam atentos às suas necessidades.

2 - É capaz de esperar pela sua vez

- na introdução ou na prossecução de um novo exercício e/ou tarefa, a criança consegue esperar pela sua vez.

3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita

- pedido de ajuda verbal ou gestual, como o uso da palavra-frase ou sinal - acção para pedir aos outros que o ajudem a fazer qualquer coisa, como realizar um exercício proposto, apertar um cordão, beber água, ir ao WC, etc.;
- chamar ou manter a atenção dos pares sobre um objecto, um acontecimento ou uma actividade, unicamente com o objectivo de partilhar informações ou mostrar interesse, como por exemplo dizer espontaneamente o nome de um objecto.

4 - Segue as ordens dos adultos

- cumpre as indicações dos adultos para a execução do exercício;
- cumpre ordens directivas, como sentar-se, dirigir-se para um lugar específico, etc.

5 – Imita as acções das outras pessoas

- imita as acções motoras, realizadas pelos adultos ou pelos pares;
- reprodução – executa uma sequência de movimentos ou uma parte.

6 – Dá um objecto que se lhe pede

- a criança mostra e dá o objecto que lhe foi pedido;
- a criança reage de forma positiva, sem protesto, quando se lhe retira um objecto aliciante, ou quando está envolvida numa actividade gratificante.

GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL DA AULA

Aluno: A1

Material - Bola **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	X	XX	4
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	N.O	XX	4
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	XXX	XX	7
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	XX	XX	6
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.O	XX	X	3
Total – 4 (sucesso)				

Material - Bastão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	N.O	X	N.O	1
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	X	N.O	3
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	XX	XXX	7
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	XX	XX	5
6 - Dá um objecto que se lhe pede	X	X	X	3
Total - 3,2 (emergente)				

Material - Colchão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	N.O	X	X	2
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	X	XX	5
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	X	XX	5
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	XX	X	4
6 - Dá um objecto que se lhe pede	NP	N.P	N.P	-
Total – 3,2 (emergente)				

Material - Arco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XX	XX	XXX	7
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	X	X	4
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	XXX	XX	XXXX	9
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	XX	4
6 - Dá um objecto que se lhe pede	X	XX	X	4
Total – 4,7 (sucesso)				

Material - Banco Sueco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	XX	N.O	3
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	XX	XX	6
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	XXX	X	XX	5
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	XX	XX	5
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 3,8 (emergente)				

Legenda:

X – Comportamento observado

N.O – Comportamento não observado

N.P – Conteúdo não proposto

GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL DA AULA

Aluno: B2

Material - Bola **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	N.O	N.O	X	1
2 - É capaz de esperar pela sua vez	N.O	N.O	N.O	0
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	X	N.O	1
4 - Segue as ordens dos adultos	N.O	N.O	N.O	0
5 - Imita as acções das outras pessoas	N.O	X	X	2
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.O	N.O	N.O	0
Total – 0,7 (insucesso)				

Material - Bastão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	N.O	X	2
2 - É capaz de esperar pela sua vez	N.O	N.O	N.O	0
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	X	1
4 - Segue as ordens dos adultos	N.O	X	X	2
5 - Imita as acções das outras pessoas	N.O	X	XX	3
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.O	X	N.O	1
Total – 1,5 (insucesso)				

Material - Colchão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XX	XXX	XX	7
2 - É capaz de esperar pela sua vez	N.O	X	XX	3
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	X	X	2
4 - Segue as ordens dos adultos	N.O	X	X	2
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	X	3
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 3,4 (emergente)				

Material - Arco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	N.O	X	X	2
2 - É capaz de esperar pela sua vez	N.O	XX	X	3
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	XX	2
4 - Segue as ordens dos adultos	X	X	X	3
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	X	3
6 - Dá um objecto que se lhe pede	X	N.O	N.O	1
Total – 2,3 (emergente)				

Material - Banco Sueco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XX	XX	X	5
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	X	XX	5
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	X	X	X	3
4 - Segue as ordens dos adultos	X	N.O	N.O	1
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	X	3
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 3,4 (emergente)				

Legenda:

X – Comportamento observado

N.O – Comportamento não observado

N.P – Conteúdo não proposto

GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL DA AULA

Aluno: C3

Material - Bola **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	N.O	N.O	X	1
2 - É capaz de esperar pela sua vez	N.O	XX	X	3
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	X	X	2
4 - Segue as ordens dos adultos	N.O	X	X	2
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	X	3
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.O	N.O	N.O	0
Total – 1,8 (insucesso)				

Material - Bastão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	N.O	X	XX	3
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	N.O	X	2
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	XX	2
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	X	X	4
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	XX	4
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.O	N.O	X	1
Total – 2,7 (emergente)				

Material - Colchão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	X	XXX	5
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	X	XX	4
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	X	N.O	N.O	1
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	X	X	5
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	XX	XXXX	7
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 4,4 (sucesso)				

Material - Arco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	N.O	N.O	XX	2
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	X	X	3
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	X	X	2
4 - Segue as ordens dos adultos	X	N.O	N.O	1
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	N.O	N.O	2
6 - Dá um objecto que se lhe pede	X	N.O	X	2
Total – 2 (emergente)				

Material - Banco Sueco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XX	XX	X	5
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	XX	X	5
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	X	XX	X	4
4 - Segue as ordens dos adultos	X	X	XX	4
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	XX	XX	6
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 4,8 (sucesso)				

Legenda:
X – Comportamento observado
N.O – Comportamento não observado
N.P – Conteúdo não proposto

GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL DA AULA

Aluno: D4

Material - Bola **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	XX	X	4
2 - É capaz de esperar pela sua vez	N.O	N.O	N.O	0
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	X	X	XX	4
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	X	X	4
6 - Dá um objecto que se lhe pede	X	XX	N.O	3
Total – 2,5 (emergente)				

Material - Bastão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	XXX	XX	6
2 - É capaz de esperar pela sua vez	N.O	N.O	X	1
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	X	1
4 - Segue as ordens dos adultos	N.O	XX	X	3
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	XX	XX	6
6 - Dá um objecto que se lhe pede	X	N.O	N.O	1
Total – 3 (emergente)				

Material - Colchão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	XX	X	4
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	N.O	X	2
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	XX	N.O	XX	4
4 - Segue as ordens dos adultos	X	N.O	XX	3
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	XXX	XXX	7
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 4 (sucesso)				

Material - Arco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XX	XXX	XX	7
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	N.O	X	2
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	X	X	X	3
4 - Segue as ordens dos adultos	N.O	X	X	2
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	XX	XXX	7
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.O	N.O	N.O	0
Total – 3,5 (emergente)				

Material - Banco Sueco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XXX	XXXX	XXX	10
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	N.O	X	2
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	XX	XX	XXX	7
4 - Segue as ordens dos adultos	X	X	X	3
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	XX	XX	6
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 5,6 (sucesso)				

Legenda:
X – Comportamento observado
N.O – Comportamento não observado
N.P – Conteúdo não proposto

GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL DA AULA

Aluno: E5

Material - Bola **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	X	X	3
2 – É capaz de esperar pela sua vez	XXX	XXX	XX	8
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	XXX	XXX	XX	8
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	XX	XXX	6
6 - Dá um objecto que se lhe pede	XX	X	XX	5
Total – 5 (sucesso)				

Material - Bastão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	X	XX	4
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	XX	XX	6
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	X	1
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	XXX	XX	7
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	X	XXXX	7
6 - Dá um objecto que se lhe pede	XX	XX	XX	6
Total – 5,2 (sucesso)				

Material - Colchão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	X	XX	4
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XXX	XXX	XX	8
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	XX	2
4 - Segue as ordens dos adultos	XXX	XXX	XX	8
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	X	XX	5
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 5,4 (sucesso)				

Material - Arco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XX	XX	XX	6
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XXX	XX	XXX	8
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	X	1
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	XX	XX	6
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	XX	X	5
6 - Dá um objecto que se lhe pede	X	XX	XX	5
Total – 5,2 (sucesso)				

Material - Banco Sueco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XX	XX	XXX	7
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	XX	X	4
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	X	X	X	3
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	XX	XX	6
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	XX	XXX	6
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 5,2 (sucesso)				

Legenda:
X – Comportamento observado
N.O – Comportamento não observado
N.P – Conteúdo não proposto

GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL DA AULA

Aluno: F6

Material - Bola **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	XX	N.O	3
2 - É capaz de esperar pela sua vez	N.O	X	X	2
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	N.O	X	XX	3
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	X	3
6 - Dá um objecto que se lhe pede	X	XX	X	4
Total – 2,5 (emergente)				

Material - Bastão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	N.O	X	X	2
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	X	X	3
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	X	N.O	1
4 - Segue as ordens dos adultos	X	X	X	3
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	XXX	5
6 - Dá um objecto que se lhe pede	X	X	X	3
Total – 2,8 (emergente)				

Material - Colchão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	XX	X	4
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	X	XX	5
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	XX	XX	6
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	N.O	2
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 3,4 (emergente)				

Material - Arco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	N.O	XX	X	3
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	N.O	X	2
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	X	X	2
4 - Segue as ordens dos adultos	X	N.O	X	2
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	X	3
6 - Dá um objecto que se lhe pede	X	XX	XX	5
Total – 2,8 (emergente)				

Material - Banco Sueco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	X	XX	5
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	XX	XX	6
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	X	N.O	N.O	1
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	XX	XX	6
5 - Imita as acções das outras pessoas	XX	X	X	4
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 4,4 (sucesso)				

Legenda:

X – Comportamento observado
N.O – Comportamento não observado
N.P – Conteúdo não proposto

GRELHA DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL DA AULA

Aluno: G7

Material - Bola **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	N.O	N.O	X	1
2 - É capaz de esperar pela sua vez	N.O	N.O	N.O	0
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	N.O	X	X	2
5 - Imita as acções das outras pessoas	N.O	X	X	2
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.O	N.O	X	1
Total – 1 (insucesso)				

Material - Bastão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	X	X	XX	4
2 – É capaz de esperar pela sua vez	N.O	X	X	2
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	X	X	X	3
5 - Imita as acções das outras pessoas	N.O	XX	XX	4
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.O	X	X	2
Total – 2,5 (emergente)				

Material - Colchão **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XX	XXX	XXX	8
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	XX	X	4
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	XX	2
4 - Segue as ordens dos adultos	X	X	X	3
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	XX	XX	5
6 – Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 4,4 (sucesso)				

Material - Arco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XX	X	XX	5
2 - É capaz de esperar pela sua vez	X	XX	N.O	3
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	N.O	N.O	N.O	0
4 - Segue as ordens dos adultos	XX	X	X	4
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	X	XX	4
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.O	X	X	2
Total – 3 (emergente)				

Material - Banco Sueco **Objectivos da interacção**	**Número de Observação**			
	1ª	**2ª**	**3ª**	**Σ**
	N.º de vezes que realizou o item com sucesso			
1 - Estabelece contacto com os colegas	XX	XX	XX	6
2 - É capaz de esperar pela sua vez	XX	XXX	XX	7
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	X	N.O	XX	3
4 - Segue as ordens dos adultos	X	N.O	X	2
5 - Imita as acções das outras pessoas	X	XX	X	4
6 - Dá um objecto que se lhe pede	N.P	N.P	N.P	-
Total – 4,4 (sucesso)				

Legenda:
X – Comportamento observado
N.O – Comportamento não observado
N.P – Conteúdo não proposto

GRELHAS DE OBSERVAÇÃO GERAL DAS SESSÕES PRÁTICAS

Objectivos da interacção social	BOLA							
	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	x T.G.
1 - Estabelece contacto com os colegas	4	1	1	4	3	3	1	2,4
2 - É capaz de esperar pela sua vez	4	0	3	0	8	2	0	2,4
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	0	1	2	0	0	0	0	0,4
4 - Segue as ordens dos adultos	7	0	2	4	8	3	2	3,7
5 - Imita as acções das outras pessoas	6	2	3	4	6	3	2	3,7
6 - Dá um objecto que se lhe pede	3	0	0	3	5	4	1	2,3
x T.I.	4	0,7	1,8	2,5	5	2,5	1	2,5

Objectivos da interacção social	BASTÃO							
	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	x T.G.
1 - Estabelece contacto com os colegas	1	2	3	6	4	2	4	3,1
2 - É capaz de esperar pela sua vez	3	0	2	1	6	3	2	2,4
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	0	1	2	1	1	1	0	0,9
4 - Segue as ordens dos adultos	7	2	4	3	7	3	3	4,1
5 - Imita as acções das outras pessoas	5	3	4	6	7	5	4	4,9
6 - Dá um objecto que se lhe pede	3	1	1	1	6	3	2	2,4
x T.I.	3,2	1,5	2,7	3	5,2	2,8	2,5	3

Objectivos da interacção social	COLCHÃO							
	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	x T.G.
1 - Estabelece contacto com os colegas	2	7	5	4	4	4	8	4,9
2 - É capaz de esperar pela sua vez	5	3	4	2	8	5	4	4,4
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	0	2	1	4	2	0	2	1,6
4 - Segue as ordens dos adultos	5	2	5	3	8	6	3	4,6
5 - Imita as acções das outras pessoas	4	3	7	7	5	2	5	4,7
6 - Dá um objecto que se lhe pede	-	-	-	-	-	-	-	
x T.I.	3,2	3,4	4,4	4	5,4	3,4	4,4	4

Objectivos da interacção social	ARCO							
	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	x T.G.
1 - Estabelece contacto com os colegas	7	2	2	7	6	3	5	4,6
2 - É capaz de esperar pela sua vez	4	3	3	2	8	2	3	3,6
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	0	2	2	3	1	2	0	1,4
4 - Segue as ordens dos adultos	9	3	1	2	6	2	4	3,9
5 - Imita as acções das outras pessoas	4	3	2	7	5	3	4	4
6 - Dá um objecto que se lhe pede	4	1	2	0	5	5	2	2,7
x T.I.	4,7	2,3	2	3,5	5,2	2,8	3	3,4

Objectivos da interacção social	BANCO SUECO							
	A1	B2	C3	D4	E5	F6	G7	x T.G.
1 - Estabelece contacto com os colegas	3	5	5	10	7	5	6	5,9
2 - É capaz de esperar pela sua vez	6	5	5	2	4	6	7	5
3 - Pede ajuda ao adulto quando necessita	0	3	4	7	3	1	3	3
4 - Segue as ordens dos adultos	5	1	4	3	6	6	2	3,9
5 - Imita as acções das outras pessoas	5	3	6	6	6	4	4	4,9
6 - Dá um objecto que se lhe pede	-	-	-	-	-	-	-	-
x T.I.	3,8	3,4	4,8	5,6	5,2	4,4	4,4	4,5

Legenda:

X – Comportamento observado

N.O – Comportamento não observado

N.P – Conteúdo não proposto

ANEXOS IV:

- **PEP-R - Perfil Psicoeducacional Revisto**

PERFIL PSICOEDUCACIONAL REVISTO (PEP-R)

(APLICAÇÃO DA SUB - ESCALA DO COMPORTAMENTO)

- RELACIONAMENTO AFECTIVO -

Eric Schopler

Robert Jay Reichler

Ann Bashford

Margaret D. Lansing

Lee M. Marcus

Tradução : Ana Aguiar

TESTE 1 – REAGE À SUA IMAGEM NO ESPELHO

Material: Espelho

Administração: Mostrar o espelho à criança e dizer-lhe para olhar para a sua imagem: "Quem é?".

Observações: A criança reage de uma forma desadequada à sua imagem reflectida no espelho? (evita olhar, bate no espelho, excita-se demasiado ou demonstra um interesse excessivo pela sua própria imagem).

Cotação:

Apropriado – Reage de forma apropriada (diz que é ela, finge pentear o cabelo, faz caretas, toca levemente no espelho, etc.).

Moderado – Reage de uma forma pouco apropriada.

Severo – Reage de uma forma inapropriada o que poderá incluir: evitar olhar para a sua imagem, bater no espelho, demonstrar um interesse prolongado e excessivo pela imagem, ou ficar demasiado excitada com a sua imagem.

TESTE 2 – REAGE AO CONTACTO FÍSICO

Material: Nenhum.

Administração: Indicar à criança que vamos pegar nela. Pegar-lhe e baloiça-la suavemente. (Se ela for demasiado pesada para lhe pegarmos ao colo, pegar-lhe nas mãos e fazer um movimento de baloiçar).

Observações: O contacto físico excita demasiado a criança ou transtorna-a? A criança parece não ter reacção ao contacto físico?

Cotação:

Apropriado – Reage de modo apropriado ao contacto físico, mostrando prazer com a interacção.

Moderado – Reage de modo um pouco desadequado, mas as reacções não são tão intensas que possam ser cotadas como "severo".

Severo – Reage desadequadamente ao contacto físico, por exemplo: gritando, protestando, chorando, querendo escapar ou demonstrando medo, ou então demonstrando uma passividade total.

TESTE 3 e 4 – UTILIZAÇÃO DE UM PERÍODO DE JOGO NÃO ESTRUTURADO

Material: Material didáctico-desportivo.

Administração: Período de jogo não estruturado de 2 a 5 minutos. Deixar a criança levantar-se e brincar livremente pela sala. Dizer-lhe que ela poderá brincar sozinha com aquilo que ela quiser. O examinador deverá permanecer sentado e não deverá tentar estruturar o comportamento ou o jogo da criança. Não iniciar qualquer conversa com a criança, nem brincar com ela. Se a criança solicitar ou falar com o examinador, responder com delicadeza mas não encorajar a interacção. O examinador poderá fazer de conta que está absorvido com as folhas de cotação enquanto observa a criança.

INICIA UMA INTERACÇÃO SOCIAL (TESTE 3)

Observações: A criança inicia espontaneamente uma interacção social com o examinador (faz perguntas, mostra dois objectos, oferece comida, senta-se no colo do examinador ou conversa com ele?)

Cotação:

Apropriado – Inicia qualquer tipo de interacção verbal ou não verbal com o examinador.

Moderado – Parece ter consciência da presença do examinador mas não inicia uma interacção.

Severo – Não inicia qualquer tipo de interacção verbal ou não verbal com o examinador.

REAGE À VOZ DO EXAMINADOR (TESTE 4)

Administração: Administrar este item no fim do período de jogo não estruturado ou em qualquer outro momento de administração do teste. Numa altura em que a criança não esteja a olhar para o examinador e não esteja absorvida por uma actividade, chamá-la pelo seu nome e dizer-lhe "Anda cá" ou "senta-te". Observar como a criança reage à nossa voz.

Observações: A criança reage de modo apropriado quando o examinador chama por ela?

Cotação:

Apropriado – responde apropriadamente à voz do examinador, indicando de forma verbal ou não verbal que ouviu a instrução (exemplo: pisca os olhos, vira a cabeça na direcção do examinador, responde "está bem" ou volta para o seu lugar).

Moderado – Responde de forma irregular, prestando atenção apenas em alguns momentos, ou parecendo ter uma resposta demorada à voz do examinador.

Severo – Reage de forma inapropriada não dando qualquer sinal, verbal ou não verbal, de ter ouvido a instrução.

TESTE 5 – CONTACTO OCULAR

Observação: A criança evita estabelecer contacto ocular com o examinador?

Cotação:

Apropriado – contacto ocular apropriado durante toda a sessão.

Moderado – contacto ocular fugaz e irregular, mesmo quando a criança está interessada na interacção.

Severo – Evita de forma prolongada ou excessiva o contacto ocular.

TESTE 6 – AFECTIVIDADE

Observação: Qual a qualidade das respostas afectivas da criança? A criança tem um padrão de respostas afectivas apropriadas para a sua idade? Estabelece contacto com o examinador? Ou existem reacções afectivas e emocionais extremas, desadequada ou inexplicáveis, ou pelo contrário as respostas emocionais são muito contraídas e escassas.

Cotação:

Apropriado – O afecto é apropriado durante a maior parte da sessão e mostra capacidade de respostas e de se relacionar com o examinador e/ ou os materiais.

Moderado – As reacções emocionais são um pouco desadequadas, (mais conforme a criança mais nova, mas não bizarras) ou as manifestações afectivas são muito brandas e com variações apenas muito ligeiras.

Severo – Evidencia uma afectividade inapropriada ao longo de quase toda a sessão, os comportamentos inabituais poderão incluir expressão facial parada, tolices ou risadinhas excessivas, alteração rápida da expressão facial sem causa aparente, caretas, ou ausência geral de respostas afectivas ao examinador (inexistência de contactos por exemplo).

TESTE 7 – PROCURA A AJUDA DO EXAMINADOR

Observação: A criança é incapaz ou recusa-se a pedir ajuda verbal ou não verbal para as actividades e para as suas necessidades pessoais (atar os cordões dos sapatos, beber água, obter um objecto que lhe agrade, ir ao W.C., etc.) ou pelo contrário tem demasiada necessidade de ajuda para estas actividades tendo em conta a sua idade?

Cotação:

Apropriado – Pede ajuda verbalmente ou através de gestos de forma apropriada.

Moderado – Não pede ajuda, verbalmente ou através de gestos, senão muito raramente, mesmo que tenha necessidade, ou então pede ajuda indirectamente.

Severo – Não pede ajuda, quando necessita, seja verbalmente seja por gestos, ou pede continuamente ajuda.

TESTE 8 – REACÇÕES AO MEDO

Observação: A criança reage de forma apropriada a uma situação geradora de medo? Não tem medo quando seria de esperar que tivesse ou pelo contrário tem reacções de medo excessivas ou injustificadas? Como reage à separação dos pais?

Cotação:

Apropriado – As reacções de medo são adequadas à situação e à idade da criança, não são muito prolongadas e é possível acalmar a criança com facilidade.

Moderado – Revela mais medo do que seria de esperar tendo em consideração o seu nível de compreensão, a idade e a situação.

Severo – Não manifesta medo quando seria de esperar ou pelo contrário tem medo excessivo sendo muito difícil acalmá-la.

TESTE 9 – CONSCIÊNCIA DA PRESENÇA DO EXAMINADOR

Observação: A criança tem consciência da presença do examinador? Reage à voz do examinador? Estabelece contacto ocular com ele ou reage aos elogios ou sorrisos? Ou ignora o examinador?

Cotação:

Apropriado – Reage à presença do examinador de forma apropriada, mantendo o contacto ocular, ouvindo o que ele diz e respondendo aos sorrisos.

Moderado – Estabelece um contacto insuficiente com o examinador, incluindo um contacto ocular fugidio e raramente inicia a interacção. Por sua vez é necessária a intrusão do examinador para provocar o contacto.

Severo – Não tem consciência da presença do examinador ou reage à sua presença muito raramente, isolando-se. É indispensável a intrusão do examinador para obter qualquer resposta. Aparente esquecimento da presença do examinador.

TESTE 10 – COOPERAÇÃO COM O EXAMINADOR

Observação: A criança responde às solicitações do examinador? É capaz de demonstrar claramente que não consegue compreender as instruções ou que não é capaz de fazer aquilo que estamos a pedir-lhe que faça?

Cotação:

Apropriado - Segue as instruções do examinador e tenta cooperar, excepto quando não compreende a instrução ou não sabe realizar a actividade. Dá a entender claramente que não compreende ou não sabe realizar a actividade.

Moderado – Algumas vezes negativista. Colaboração irregular ou variável.

Severo – Muito negativista, cooperação muito variável. Não faz praticamente esforço nenhum para cooperar com o examinador.

TESTE 11 – TOLERÂNCIA ÀS INTERRUPÇÕES

Observação: Como é que a criança reage quando o examinador retira o material do qual ela parece estar a gostar ou quando muda a tarefa? A criança fica desadequada, frustada ou aborrecida?

Cotação:

Apropriado – Tolera a mudança de uma tarefa para outra e não fica especialmente aborrecida quando o material do teste preferido é retirado.

Moderado – Demonstra bastante dificuldade em mudar de tarefa ou em dar os materiais, mas é possível consegui-lo.

Severo – Não tolera bem as interrupções ou mudanças. Quando se lhe pede para deixar o material que lhe agrada ou para mudar de tarefa, poderá reagir emocionalmente de forma extrema através de comportamentos como: choro excessivo, gritos, bater com as mãos, caretas, crises de mau génio ou bater na cabeça.

TESTE 12 – MOTIVAÇÃO PELO ELOGIO (RECOMPENSA SOCIAL)

Observação: A criança tem consciência dos elogios do examinador e aprecia-os?

Cotação:

Apropriado – Parece ficar motivada com os elogios e aprecia este tipo de atenção.

Moderado – As suas reacções ao elogio são ténues e irregulares.

Severo – Não reage, ou então reage negativamente aos elogios do examinador.

3899TM

Errata

Pág.	Onde se lê	Deve ler-se
Pág. 26, 2º parág., 4ª linha	Interacções	Interacção
Pág. 29, 4º parág., 4ª linha	S.N.C.	Sistema nervoso central
Pág. 29, 6º parág., 6ª linha	afectem	afectam
Pág. 76, 6º parág., 2ª linha	ás	às
Pág. 83, 3º parág., 4ª linha	atividades	actividades
Pág. 85, 3º parág., 15ª linha	se	ser
Pág. 87, 3º parág., 2ª linha	a	omissão do artigo "a"
Pág. 95, 3º parág., 2ª linha	atividades	actividades
Pág. 95, 3º parág., 3ª linha	registraram	registaram
Pág. 95, 5º parág., 3ª linha	laser	lazer
Pág. 101, 6º parág., 1ª linha	ás	às
Pág. 104, 3º parág., 2ª linha	gerida	gerido
Pág. 105, 2º parág., 2ª linha	perspectiva	perspectivas
Pág. 128, 6ª coluna. 1º item	**s**	s (sem bold)
Pág. 138, 3º parág., 2ª linha	reinicio	reinício