

ALINEA D'ASCENÇÃO GONÇALVES

**OS MODELOS DE INTERVENÇÃO SÃO EFICAZES
PARA MELHORAR A INCLUSÃO DE CRIANÇAS
COM AUTISMO**

Orientador científico: Nuno Mateus

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2011

ALINEA D'ASCENÇÃO GONÇALVES

**OS MODELOS DE INTERVENÇÃO SÃO EFICAZES
PARA MELHORAR A INCLUSÃO DE CRIANÇAS
COM AUTISMO**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em
Necessidades Educativas Especiais conferido pela Escola Superior de
Educação Almeida Garrett.

Orientador científico: Prof. Doutor Nuno Mateus

Escola Superior de Educação Almeida Garrett

Lisboa

2011

All things are difficult before they are easy.

Agradecimento

Ao Sven, o pai da minha filha, Alice. O Amor da minha vida.
Pelo incentivo e pela ajuda para finalizar a minha dissertação. Por acreditar em mim.

RESUMO

O autismo tem como principal característica a inabilidade inata de estabelecer contacto afectivo e interpessoal, que dificulta a sua interacção social.

Através de um programa de modificação do comportamento é possível obter-se uma melhoria nos sintomas nucleares do autismo, pois a vertente da teoria cognitivo-comportamental conduz a focagem de que as crianças com autismo apresentam características semelhantes às crianças “normais”, mas em níveis de intensidade diferentes.

O objectivo desse trabalho é apresentar modelos de intervenção na abordagem Cognitiva-Comportamental, visto que a prática de suas técnicas tem apresentado melhores resultados em crianças com autismo e dando a oportunidade a essas crianças com esse transtorno a melhorar as suas capacidades, tornando-as competentes e funcionais e adaptar-se o meio-ambiente, social e escolar. Para isso foi feita uma análise de literatura e foram entrevistados seis especialistas da área sobre a intervenção precoce. Isso é um paradigma não experimental, é um tratamento de dados em uma abordagem qualitativa.

A interpretação dos resultados permite a conclusão que há muitas controvérsias quanto à eficácia das intervenções intensivas precoce para as crianças com autismo. Algumas abordagens foram comprovadas cientificamente, outras não. Estudos têm relatado resultados mistos. É preciso saber escolher o que for mais adequado às necessidades individuais da criança com autismo.

Palavra-chave: Autismo, Terapia Cognitiva-Comportamental, Inclusão.

Abstract

Autism's main characteristic is the inherent inability to establish emotional and interpersonal contact, which hinders autists' social interaction.

Through a program of behavior modification it is possible to obtain an improvement in the core symptoms of autism. Cognitive-behavioral theory assumes that autistic children have similar characteristics to "normal" children, but at different levels of intensity.

The purpose of this work is to present intervention models within the framework of the cognitive-behavioral approach. The practice of these techniques has shown comparatively good results in children with autism and provides the opportunity for children with this disorder to improve their skills, making them competent and functional, and to adapt to the environment, social and school life.

For that purpose a literature analyses was conducted and six experts working in the area of early intervention were interviewed. The work relied on a non-experimental paradigm and a qualitative approach to the data analysis.

The interpretation of the results allows the conclusion that the efficacy of early intensive intervention for children with autism is controversial. Some approaches found scientific support, others did not. Overall, studies show mixed results. What is necessary is to choose what is most adequate for the individual necessities of each autistic child.

Keyword: Autism, Cognitive-Behavioral Therapy, Inclusion.

ÍNDICE GERAL

Índice de figuras

Figura 1. Perturb. globais do desenvolvimento. Perturb. do espectro do autismo...	05
Figura 2. Comportamento característico do autismo.....	10
Figura 3. Tríade.....	13
Figura 4. Meta-cognitivo.....	41
Figura 5. Modificação do Comportamento.....	52

Índice de quadros

Quadro 1. Estudo epidemiológico.....	09
Quadro 2. Factores ambientais possivelmente associados a etiologia TGD.....	15
Quadro 3. Desenvolvimento intra-uterino. Desenvolvimento biopsicossocial.....	18
Quadro 4. Apoio centrado no aluno versus apoio centrado na escola.....	35
Resumo.....	IV
Abstract.....	V
Introdução.....	01
Capítulo I – História do Autismo como deficiência.....	04
1.1. O autismo infantil precoce de Kanner.....	04
1.2. As novas classificações.....	04
1.3. Diagnóstico diferenciais.....	06
Capítulo II – Enquadramento teórico do Autismo.....	08
2.1- Compreensão psicológica do Autismo.....	08

2.2- Comportamento característico do Autismo.....	10
2.3- Etiologia do autismo.....	14
2.4. História Desenvolvidamental e Genética.....	16
2.5. Diagnóstico do Autismo.....	18
2.5.1. Critérios de Diagnóstico do Autismo.....	19
2.5.2. Critérios Actuais do Diagnóstico do Autismo.....	19
2.6. Intervenção Precoce do Autismo.....	22
Capítulo III – A Inclusão do Autismo.....	26
3.1. Inclusão.....	26
3.2. Perspectiva Histórica da Educação Especial.....	26
3.3. Educação Inclusiva.....	29
3.3.1. A Perspectiva evolutiva da Educação Especial.....	29
3.3.2. A Educação Especial em Portugal.....	31
3.4. A inclusão social e Escolar do Autismo.....	36
Capítulo IV – Teoria Cognitiva-Comportamental.....	41
4.1.Introdução a Modificação do Comportamento.....	41
4.2. Metodologia cognitiva.....	42
4.4. Metodologia Comportamental.....	43
4.6. Pressuposto da Terapia Cognitivo-Comportamental.....	45
4.7. Bases Teóricas da Terapia Cognitivo-Comportamental.....	46
4.8. Visão Cognitivo-Comportamental do Autismo.....	46

4.9. Opções Terapêuticasdo Cognitivo-Comportamental de Autismo.....	47
Capítulo V – Intervenção de Autismo.....	49
5.1. Tipos mais usuais de Intervenção de Autismo.....	49
5.1.1. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children).....	49
5.1.2. Modelo ABA (Applied Behavior Analysis).....	52
5.1.3. PECS (Picture Exchange Communication System).....	54
5.1.4. Modelo DIR-FLOORTIME.....	56
5.1.5. SON-RISE (Son-Rise Program).....	58
5.2. Outros Tratamentos.....	59
5.3. Investigação sobre a eficácia dos modelos de Intervenção.....	60
Capítulo VI – Estudo Empírico.....	62
6.1. Área temática.....	62
6.2. Formulação do Problema.....	62
6.3. Questão de Investigação.....	63
6.4. Objectivo.....	63
6.4.1. Objectivo Geral.....	63
6.4.2. Objectivo Específico.....	63
6.5. A Explicitação Conceptual.....	63
6.6. Definição do Problema.....	64
6.7. Definição da Hipótese e das Variáveis.....	64

6.8. População/Amostra.....	65
6.9. Procedimentos.....	66
6.10. Instrumentos de investigação: inquérito semi-estruturado/entrevista.....	66
6.11. Tratamento de dados.....	67
6.12. Apresentação dos resultados.....	67
Capítulo VII – Discussão dos resultados.....	71
Capítulo VIII – Conclusão.....	72
Linhas de Investigação.....	74
Referências Bibliográficas.....	75
Legislativa.....	83
Webgrafia.....	83
Anexos.....	85

Introdução

Este trabalho insere-se numa dissertação, no âmbito do Mestrado de Educação Especial. Surge com a necessidade de como profissional da área estudar a eficácia dos modelos de intervenção para melhorar a Inclusão de criança com autismo, pois conhecendo os benefícios desta relação, para o melhor desenvolvimento da criança num contexto escolar.

O autismo se caracteriza pela presença de um desenvolvimento acentuadamente atípico na interacção social e comunicação, assim como pelo repertório marcadamente restrito de actividades e interesses. Estas características podem levar a um isolamento contínuo da criança e sua família (DSM IV – TR, 2002).

Se não há cura para o autismo, existem abordagens educacionais e de tratamentos que reduzem alguns dos desafios associados a esta deficiência. A intervenção terapêutica pode ajudar a diminuir os comportamentos destrutivos e a educação deve ensinar actividades que promovam maior independência para a criança com autismo. Mas assim como o autismo não é identificado como um único sintoma ou comportamento, mas sim um conjunto deles, não há uma abordagem que seja eficiente por si só (Rocha, 1991).

O tratamento para ser eficaz precisa atender as necessidades comportamentais individuais de cada criança. Algumas abordagens foram comprovadas cientificamente, outras não. Mas ainda que tudo isso pareça confuso, é preciso escolher o que for melhor para a criança com autismo.

O estudo a ser relatado tem por objectivo identificar e analisar criticamente a eficácia de propostas de intervenção para melhorar a inclusão de criança com Autismo. De facto, a intervenção precoce de que estas crianças são alvo tem um papel fundamental no seu processo de desenvolvimento e em termos de prognóstico.

Foram analisados cinco modelos de intervenção de natureza Cognitivo-Comportamental actualmente mais usados: Lovaas e o modelo ABA (Applied Behavior Analysis) que é um programa intensivo, que é aplicado para a mudança de comportamento, com 40 anos de investigação e história. O tratamento envolve o ensino intensivo e individualizado das habilidades necessárias para que a criança possa adquirir independência e a melhor qualidade possível; O modelo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children – Tratamento e Educação de Crianças com Autismo e Problemas de Comunicação Relacionados), implantado nas escolas regulares com o nome

de Sala Estruturada; O modelo PECS (Picture Exchange Communication System), que é uma técnica de baixo custo económico, que deve ser revista e ampliada sempre que necessário, permite à criança com dificuldade de comunicação a interagir-se na sociedade. O modelo SON-RISE, que é aplicado pelos pais; O FLOORTIME é uma filosofia que veio da psicanálise. É uma metodologia mais vasta intervenção chamada modelo DIR.

Este estudo privilegia a investigação das concepções de profissionais da área através de entrevistas, as concepções de 6 especialistas da área sobre a intervenção precoce, sem investigar directamente a eficácia de modelos de intervenção. Também foi feita uma análise de literatura sobre estudos quantitativos sobre a eficácia de intervenção precoce. Assim, o paradigma não é experimental, mas sim uma abordagem explorativa, indirecta e qualitativa. Foram identificadas diversas dificuldades apontadas pelos especialistas, como a falta de apoio com intervenção precoce. De facto, as expectativas dos especialistas frente à possibilidade da eficácia dos modelos de intervenção demonstram que os especialistas manifestam uma tendência a centralizarem suas preocupações. Portanto, existe muitas controvérsias quanto à eficácia das intervenções comportamentais e do desenvolvimento para melhorar os sintomas nucleares de perturbações do espectro de autismo (Smith, 1999).

Cutler apresenta critérios para a flexibilização das escolas e a operacionalização da inclusão dos autistas, para Cutler é necessário desenvolver um programa de educação paralelo à inclusão, a autora propõe o modelo ABA (Applied Behavior Analysis), e nas classes inclusivas o aluno deve participar das actividades que ele tenha chance de sucesso em especial as actividades socializadoras (Cutler, 2005).

Entretanto, acreditam-se que a inclusão escolar pode proporcionar a criança com autismo, oportunidades de convivência com outras da mesma faixa etária, constituindo-se num espaço de aprendizagem e de desenvolvimento da competência social. “ a inclusão social consiste no processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir em seu contexto as pessoas com necessidades especiais. A inclusão social tem princípios básicos incomuns: a aceitação das diferenças individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, a aprendizagem através da cooperação” (Sasaki,1997 in Graciano &Figueira, 2000, p.49).

Em seguida, estudaremos o modo como é feita a intervenção terapêutica das crianças com autismo, através de entrevistas com especialistas da área, para apurar resultados sobre a eficácia dos modelos de intervenção estudados.

O Estudo Teórico apontou-nos importantes factores facilitadores e dificultadores da intervenção intensiva precoce comportamental. Estudos de meta-análises para apurar resultados, sobre a eficácia de modelos de intervenção comportamental. Onde há consideráveis evidências empíricas, que uma intervenção intensiva comportamental precoce produz grande e duradoura melhoria funcional em muitas crianças com autismo (Peters-Scheffer et al. 2011).

Neste sentido, a questão a colocar é: *Como é que os modelos de intervenção intensiva podem melhorar a inclusão de uma criança com autismo?*

É esta questão que me leva a escrever este trabalho, cuja ênfase pretende-se colocar em vários factores que são imprescindíveis para o sucesso das crianças com autismo. Em primeiro lugar abordaremos o tema numa perspectiva histórica sobre o autismo, onde se pretende reconstruir o movimento histórico para a inclusão, ilustrando as forças em presença na caminhada de modificação de comportamento e metodologia cognitivo-comportamental aplicada pelos modelos de intervenção analisados. Assim sendo, iremos tratar pontos que julgamos essenciais: Capítulo I - História do Autismo como deficiência; Capítulo II – Enquadramento Teórico do Autismo; Capítulo III – Inclusão; Capítulo IV – Terapia Cognitivo-Comportamental; Capítulo V – Modelos de Intervenção Intensiva de Autismo; Capítulo VI – Estudos Elaborativos; Capítulo VII – Metodologia de investigação; Capítulo VIII – Discussão de Resultados; Capítulo IX – Conclusão.

Capítulo I - História do Autismo como Deficiência

1.1 O Autismo infantil precoce de Kanner

Segundo estudos, a designação de autismo, que deriva do termo grego *autos* que significa ‘o próprio’, foi utilizado pela 1ª vez no século XX para denominar uma categoria de distúrbios do pensamento que estava presente num conjunto de comportamentos básicos de esquizofrenia (Pereira, 1999).

Em Boston, nos Estados Unidos, segundo Hewitt (2006) Leo Kanner estudou um grupo de 11 crianças (oito rapazes e três raparigas) cujo comportamento foi descrito como sendo diferente da maioria das outras crianças, embora tivessem uma aparência física normal, cada uma delas exibiu um isolamento extremo, profundo afastamento autista, desejo obsessivo de preservação das mesmas coisas, uma boa memória, expressão inteligente e ausente, mutismo ou linguagem sem real intenção comunicativa, hipersensibilidade aos estímulos, relação obsessiva com objectos.

Em 1943, Kanner publicou um artigo, até hoje famoso, a que denominou “Autistic Disturbances of affective Contact”, que referiu-se a um autismo infantil. Sendo a primeira vez que o autismo foi descrito, nesta mesma época, a síndrome que combinava o autismo como incapacidade relacionamento, obsessões, rotinas, hipersensibilidade, estereotípias e problemas de linguagem (Frith, 2005). Um ano após, H. Asperger, um médico austríaco (1944) descreveu um grupo de crianças semelhantes, com os mesmos sintomas, melhor nível de linguagem e cognição, que mais tarde foi denominado de Síndrome de Asperger.

1.2. As novas Classificações

Wing, L. (1979) desenvolveu um estudo com 132 crianças entre os 2 e os 18 anos. As crianças com dificuldades sociais marcadas, também sofriam de alterações na linguagem e na esfera do pensamento e do comportamento. Os critérios para o diagnóstico de autismo tinham que incluir alterações nestas três áreas do desenvolvimento, chamado de tríade (Hewitt, 2006). A manifestação dos sintomas não obedece a um contínuo de maior ou menor intensidade e sim a sub-tipos de alterações, o espectro. Com o passar do tempo surgiu a denominação de Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD) que incluía além do Autismo e da Síndrome de Rett, a Perturbações Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (SOE) (Siegel, 2008).

Em diferentes momentos do passado e em países distintos, se usarem ligeiramente diferentes designações para o autismo e para perturbações com ele relacionadas pode provocar confusão. O termo Perturbação Global do Desenvolvimento (ou PGD) é usado para descrever o autismo (perturbação autista), bem como um conjunto de PDG não autista (perturbação global do desenvolvimento SOE, a síndrome de Asperger, a síndrome do X frágil, a síndrome de Rett e a perturbação desintegrativa da segunda infância). De acordo com o DSM-IV refere colectivamente como PGD (Perturbação Global do desenvolvimento), é mais correcto dizer que uma perturbação autista é uma forma de PGD e que a perturbação global do desenvolvimento SOE é igualmente uma forma de PGD (Siegel, 2008).

A figura 1 ilustra onde se situa o autismo (perturbação autista), em relação às várias outras PGD e ilustra também as relações entre o autismo e outras perturbações globais do desenvolvimento com as quais é por vezes confundido.

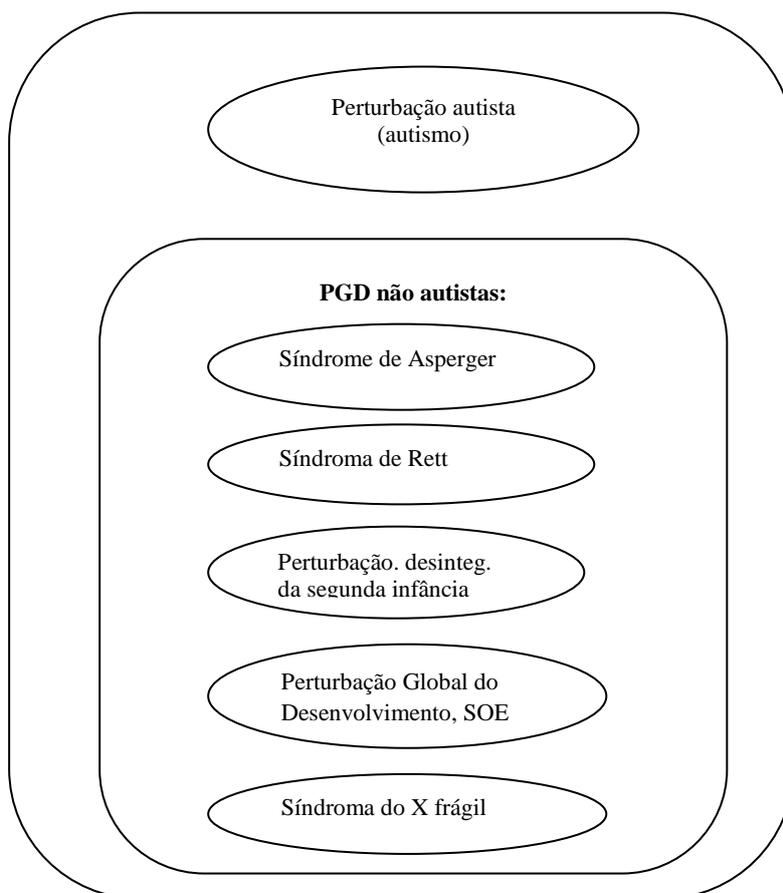


Figura 1. Perturbações globais do desenvolvimento: perturbações do espectro do autismo (Siegel, 2008)

A denominação de autismo infantil mais tarde passou-se a ser chamada de Perturbação de Espectro de Autista (PEA), abrangendo todos os indivíduos do funcionamento psicológico das áreas comportamentais perturbadas (Pereira, 2005).

De acordo com os Centros Americanos para controlo de doença e prevenção, cerca de uma em cada 110 crianças nos EUA tem o distúrbio. Estudos salientam que os prováveis factores genéticos e ambientais podem contribuir para o desenvolvimento do autismo (Pereira, 2005).

1.3- Diagnóstico diferencial

O termo *diagnóstico diferencial* refere-se ao acto de distinguir os vários diagnósticos associados daquele que acaba por ser feito. A perturbação global do desenvolvimento pode ser compreendida como uma forma mais moderada de autismo, em que unicamente alguns sintomas desse síndrome estão presentes, apesar de as causas de perturbação global do desenvolvimento SOE e do autismo poderem ser diferentes. Em casos individuais, pouco compreende acerca de causas directas de ambos. Os diferentes diagnósticos de perturbações do espectro do autismo baseiam-se no facto de grupos distintos de indivíduos partilharem, ou não, uma característica ou grupo de características não verificadas em outras formas de PGD. Entraram em uso outros termos para designar PGD não autistas, tal como a síndrome de Asperger, a síndrome de Rett e a perturbação desintegrativa da segunda infância, e a síndrome do X frágil, acontece em crianças a quem foram diagnosticadas perturbações genéticas, tal como a perturbação global do desenvolvimento em que a causa é conhecida (Siegel, 2008).

Síndrome de Asperger

A síndrome de Asperger foi acrescentada como um novo diagnóstico «oficial», quando o DSM-IV e o ICD-10 foram publicados. Visto que anteriormente a estas crianças cabiam a denominação de possuir a personalidade esquizóide. Actualmente, é reconhecida como sendo distinta do autismo. A síndrome de asperger difere do autismo num certo número de aspectos-chave. Esta diferenciação baseia-se fundamentalmente em aspectos como o facto de o diagnóstico ser mais tardio que o autismo, já que os atrasos não são tão evidentes e por normas, estas crianças raramente se verifica deficiência mental, tendem a apresentar níveis de funcionamento intelectual nos domínios verbal e não verbal bastante equilibrados, ao contrário de uma criança com autismo (Siegel, 2008).

Síndrome de Rett

Acredita-se que a síndrome de Rett tenha origem genética. Esta afecta o sexo feminino, e caracteriza-se pelo facto do seu desenvolvimento apresentar uma perda das capacidades adquiridas, por volta dos dois anos, e é marcada por um muito característico movimento ao que se faz ao escrever, ou ao lavar as mãos, com frequência para que o diagnóstico seja estabelecido. Como o autismo existe a perda da linguagem, por si só, não indica de forma alguma a presença da síndrome de Rett. O abrandamento do crescimento do perímetro craniano, a perda de aptidões, perda dos movimentos manuais, perde a capacidade de caminhar e quase sempre desenvolve deficiência mental grave a profunda. Entre o segundo e o quinto ano, quando a síndrome de Rett é normalmente diagnosticada, pode confundir-se com o diagnóstico de autismo, devido o défice no envolvimento social e à presença de outros aspectos característicos do autismo (Siegel,2008).

Perturbações desintegrativa da segunda infância

A perturbação desintegrativa da segunda infância é uma outra variante das Perturbação global do desenvolvimento e é bastante rara. As crianças com a perturbação desintegrativa da segunda infância têm, no início da sua vida, um desenvolvimento precoce normal ainda que este seja acompanhado por uma desintegração, não explicada, nos primeiros cinco anos de vida, até as suas dificuldades comportamentais serem basicamente as mesmas sentidas por uma criança com diagnóstico de autismo. A desintegração assiste-se a uma perda da linguagem, perda de desejo de envolvimento social, empobrecimento do contacto visual, Perdem-se também outras formas de comunicação não verbal, tal como apontar. Ao invés no autismo, é essencialmente no primeiro ano de vida que se assiste as perturbações de desenvolvimento. Em termos de tratamento, a perturbação desintegrativa da segunda infância é agora tratada da mesma forma que é tratado o autismo (Siegel,2008).

Síndrome do X-frágil

A síndrome de X Frágil é a causa hereditária mais comum do défice cognitivo. Trata-se de uma doença genética, ligada ao cromossoma X (a par do cromossoma Y, é um dos cromossomas sexuais: as mulheres têm dois cromossomas X e os homens possuem um cromossoma Y e um cromossoma X) e deve o seu nome a todos os homens com défice cognitivo de determinada família. Quando a síndrome do X frágil e o autismo ocorrem

simultaneamente, este assume um conjunto de sintomas característico. As crianças autistas com síndrome do X frágil tendem a estabelecer pouco contacto visual, movimentos estereotipados, fala rápida e explosiva, ecolalia. O síndrome do X frágil pode ser visto como uma perturbação de desenvolvimento não autista, devido aos numerosos sintomas de autismo, que as crianças com síndrome do X frágil apresentam (Siegel,2008).

Neste capítulo I apresentamos que cada criança com autismo ou com PGD é diferente. Vimos o autismo de Kanner, suas classificações e diagnósticos associados. O capítulo II aborda o que é o autismo, comportamentos característicos, ainda o que pode ser aprendido a partir de uma avaliação de diagnóstico, tal como informação acerca da possível etiologia ou causa e intervenção precoce.

Capítulo II – Enquadramento teórico do Autismo

2.1. A compreensão psicológica do Autismo

O Autismo é uma síndrome comportamental com características de distúrbio de desenvolvimento. Caracteriza-se por disfunções a nível das capacidades físicas, sociais e linguísticas; anormalidades no relacionamento com objectos, eventos e pessoas. Estudos mostram que os factores emocionais não são causadores isolados da síndrome, e que factores biológicos aparecem em quase ou em todos os casos de autismo, porém ainda não foi descoberto um marcador biológico específico. (Frith, 1996; Pereira, 1996).

“O autismo é classificado como um transtorno global do desenvolvimento, que se caracteriza pelo desenvolvimento acentuadamente atípico na interação social e comunicação e pela presença de um repertório marcadamente restrito de actividades e interesses” DSM-IV-TR (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2002).

(Quadro 1) *“Estudos epidemiológicos realizados demonstram que o autismo é mais frequente nos rapazes do que nas raparigas, numa proporção de três a quatro para um, respectivamente, e também que aparece em quatro ou cinco por cada dez mil habitantes”* (Bautista, 1997. P.251-252). Estudos mais actuais sobre a prevalência de perturbação do espectro do autismo sugerem que pelo menos um em cada 200 crianças é afectado. Que este grupo de crianças e famílias têm necessidades de serviços importantes (McConachie & Diggle, 2005).

Primeiros estudos: 5 em cada 10.000
Prevalência actual: Espectro completo do autismo: 1 em cada 700 a 1.000 1 em cada 200!
Maior incidência nos rapazes: 4 rapazes → 1 rapariga

Quadro 1– Estudo epidemiológico - Criação própria – APPDA (Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo) – Lisboa, 2011.

Recentes estatísticas demonstram a hipótese de que estaríamos a viver uma epidemia de Autismo, referindo prevalência das PGD, sendo hoje um número superior aos citados em décadas anteriores. Sendo a mais provável explicação para esse aumento é o reconhecimento desta condição e a maior abrangência do conceito das PGD (Revista Autismo, 2010).

2.2. Comportamentos característicos do Autismo

As manifestações desta perturbação variam muito em função de nível de desenvolvimento e da idade cronológica do sujeito (figura 2; Comportamentos característicos do autismo).

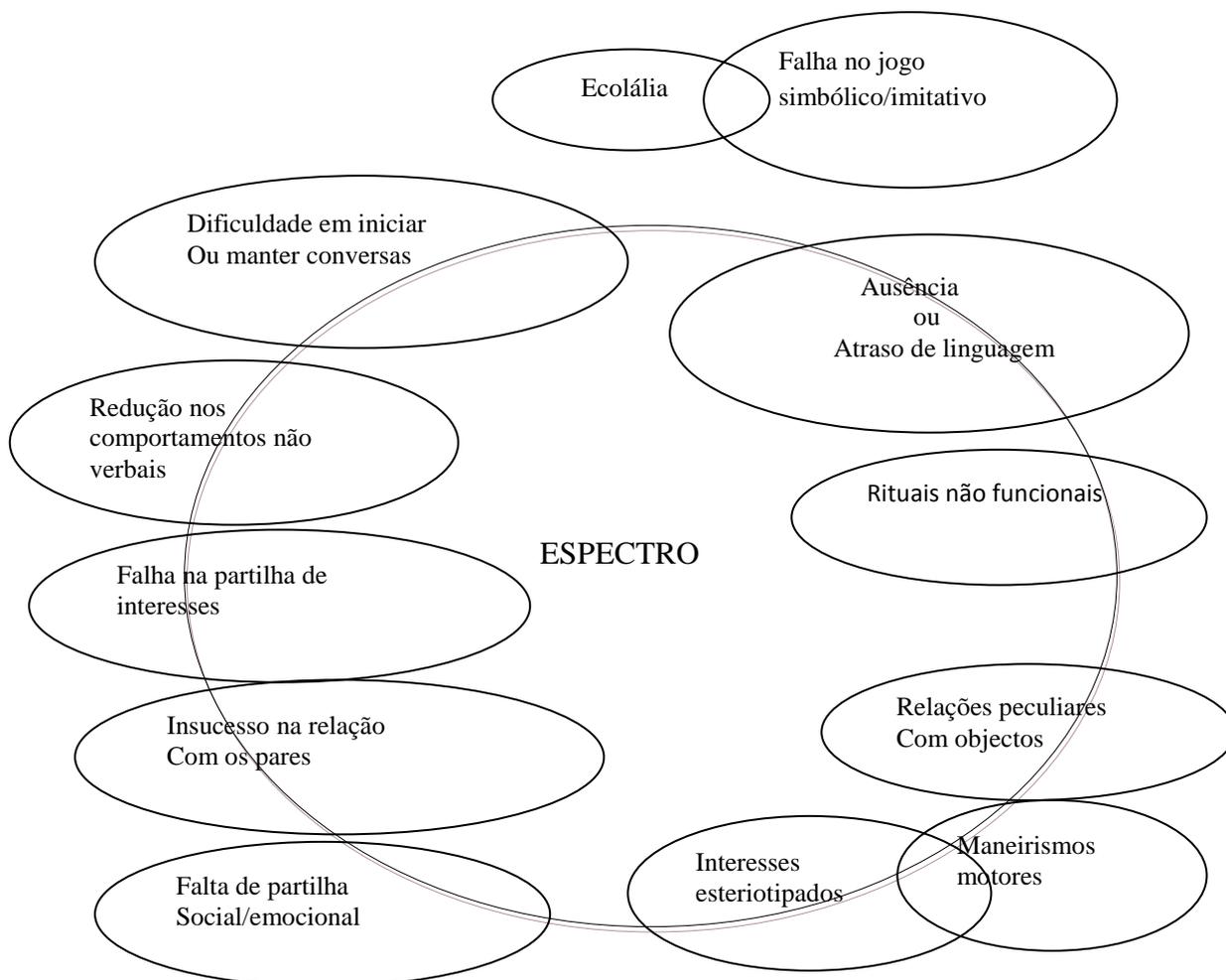


Figura 2. Comportamentos característicos do autismo (Siegel, 2008)

Outras características na resposta estímulos sensoriais:

- Hipo ou hiper sensibilidade aos sons
- Medo ou fascínio por certos ruídos, reflexos...

- c) Evitam certas texturas, alimentos ou cores
- d) Atracção por determinados cheiros e brilhos
- e) Hipo ou hiper actividade
- f) Alteração na reacção à dor

Os comprometimentos nessas áreas estão presentes antes dos três anos de idade, quando os pais, em geral, já percebem e preocupam-se com as limitações observadas, cada vez mais aparentes ao longo do desenvolvimento. Desse modo, observa-se uma dificuldade qualitativa de relacionar-se e comunicar-se de maneira usual com as pessoas, desde cedo na vida (http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000100008, retirado 22/03/2011).

A maioria dos autores sugere independentemente que no autismo existe uma perturbação do contacto, de natureza sócio-afectiva, que enfatizam aspectos particulares e dificuldades nos desenvolvimentos e adaptações sociais e aos movimentos repetitivos e a aspectos do desenvolvimento, comportamental e cognitivo (Pereira, 1999).

Segundo critérios de diagnóstico do DSM-IV e da ICD 10, o quadro clínico de crianças com autismo é muito variável, a presença de dificuldades na área da comunicação, do comportamento e da interacção social. A dificuldade na interacção social caracteriza-se por impossibilidade de estabelecer relações interpessoais significativas, e está presente em todas as crianças com autismo. Da interacção social e da comunicação e uma dificuldade no uso da imaginação (dificuldade de interesse) caracterizam o que (Wing & Gould, 1979) denominam a tríade constituinte da síndrome autista (figura 3; Tríade). “ *A tríade é responsável por um padrão de comportamento restrito e repetitivo, mas com condições de inteligência que podem variar de retrato mental a níveis acima da média*” (Mello, 2003, p.12).

Interacção Social: O aspecto social da vida é a parte que a maioria das pessoas frequentemente aprecia acima de todas as outras. As crianças em fase de idade escolar gostam das brincadeiras e de fazer novas amizades ao contrário das crianças com autismo, que preferem afastar-se das outras crianças e centrarem em Objectos. Em geral as pessoas autistas são confrontadas pela sua incapacidade natural aos desafios a diferentes situações sociais, no dia-a-dia. As incapacidades socialização não afectam apenas a capacidade de um aluno para

se envolver no jogo e para fazer amigos. Envolve constantemente uma aprendizagem sobre como juntar e interagir com outros numa variedade de meios e de situações. Este processo de socialização não depende somente da competência de comunicação verbal directa, e também da captação e da decifração de pistas e regras sociais, os gestos. Tais gestos são actos parciais dirigidos a outros, os quais devem receber e responder a eles. Assim o gesto é uma acção incompleta, cuja complementação e sentido são construídos apenas na interacção com o outro. Sendo assim um contínuo processo de aprendizagem (Hewitt, 2006).

O aluno, com uma intervenção especializada, pode ser auxiliado a adquirir competências de socialização mais eficazes, a natureza complexa de desordem pode exigir que essas competências, sejam ensinadas num período inicial, em cada situação social. À medida que um aluno constrói um banco de dados de memórias de cenários sociais de sucesso, o aluno tornar-se-á mais capaz de responder adequadamente em qualquer situação social encontrada (Hewitt, 2006).

Comunicação: A competência de comunicação é bastante complexa. Tanto para aqueles que não conseguem falar e aqueles que têm uma tendência para interpretações literais, a comunicação social apresenta um desafio constante. A incapacidade para interpretar, usar e responder apropriadamente à comunicação é uma dificuldade enfrentada, com regularidade, por autistas. Um indivíduo com autismo não é capaz de estabelecer, por natureza, contacto visual, portanto, de interpretar com facilidade este aspecto da comunicação, a responder adequadamente o seu significado verbal (Hewitt, 2006).

A leitura e a interpretação naturais dos gestos e expressões faciais podem ser o meio para uma melhor compreensão daquilo que está de facto a dizer. A incapacidade de uma pessoa para interpretar esses sinais, da comunicação verbal leva a não percepção daquilo que está a ser dito amplificando essa dificuldade. A capacidade de comunicação de um autista pode ser melhorada, com o auxílio de uma intervenção especializada (Carr & Felse, 2006).

Padrões de comportamento (Actividades e Interesses): A incapacidade de actividade e interesse são um repertório restrito de comportamentos de um autista. Esta característica reflecte-se na exibição de comportamentos estereotipados repetitivos (andar nas pontas dos pés, estalar os dedos, balançar o corpo e outros maneirismos) e, em algumas crianças, numa reacção exagerada face a qualquer alteração da rotina. A mínima alteração a sequência de

alguma actividade pode deparar-se com um terrível sofrimento a criança com autismo (Hewitt, 2006).

A criança com autismo pode desenvolver ainda um interesse exagerado e obsessivo por uma actividade repetitiva. São algumas actividades às quais os autistas dão grande relevância, objectos em movimentos, luzes, números e ordenações numéricas, desenhos e símbolos gráficos repetitivos, enciclopédias, jogos electrónicos, máquinas de calcular, relógios, marcas de carros, trajectos de autocarros, entre outras.



Figura 3. Tríade (Criação própria).

Problemas Associados:

- . Défice cognitivo
- . Epilepsia
- . Problemas sensoriomotares
- . Alterações no padrão de sono/vigília
- . Particularidades do padrão alimentar
- . Alterações do comportamento (hiperactividade, depressão, Neurose Obsessão Compulsiva, anorexia, agressividade)

O Prognóstico depende:

- . QD/QI > 50
- . Linguagem < 5-6 anos
- . Doença associada
- . Intervenção educativa precoce

70% dos indivíduos com autismo são totalmente dependentes, 25% parcialmente dependentes e 5% independentes (APPDA-Lisboa, 2011).

2.3. Etiologia do autismo

Para iniciar-se qualquer tipo tratamento, é necessário saber-se a etiologia da patologia, saber a causa, determinar a área que necessita de intervenção. São muitos os estudos que vêm a ser desenvolvidos na tentativa de contribuir para a definição de autismo, mas ainda há muito a investigar à sua etiologia (Marques, 2002; Pereira, 1996, 1999).

A Causas do autismo anteriormente julgava-se que residia apenas em problemas de interacção da criança com a mãe, por não saberem dar respostas afectivas, chamadas mães frigorífico. Com o passar do tempo essas crenças foram ultrapassadas, ainda que as causas que levam o aparecimento do autismo são ainda parcialmente desconhecidas (Siegel, 2008).

Investigações científicas, em meados dos anos 60, constataram a existência de factores genéticos, biológicos e ambientais de diversas causas que o autismo se reflecta num grupo heterogéneo de indivíduos e de diferentes formas em cada pessoa (Pereira, 1996).

São múltiplas as teorias que pretendem esclarecer as perturbações do espectro de autismo. Existem teorias que afirmam a existência de genes, candidatos a mutações, em que durante o desenvolvimental fetal, um desses genes anormais é activado e provoca a alteração da expressão de outros genes mutados, assim explicando a maior incidência dos casos de autismos nos filhos de um mesmo casal. Alguns cromossomas encontram-se também comumente envolvidos nesta perturbação, tais como os cromossomas 15, 16, 17 e x. (Siegel,2008).

Existe as teorias comportamentais que tenta explicar os sintomas característicos do autismo com base nos mecanismos psicológicos e cognitivos subjacentes (Marques, 1998). Existe também a teoria que factores neurobiológicos que sustentam que as alterações estruturais do cérebro estão também relacionadas, por causa do aumento acelerado do perímetro cefálico e da dimensão cerebral, que pode ser explicado como consequência do *stress* oxidativo e processos imunes. Bem como alterações anatómicas e anomalias, ao nível dos lobos, frontal e temporal, problemas no cerebelo relacionados com disfunção das células de Purkinje (Siegel, 2008).

Outros estudos evidenciam um aumento deste neurotransmissor vai provocar uma maior alteração na percepção sensorial de uma maior variação do estado de humor. Apesar da existência de um maior número de informações, nos dias de hoje, alguns factores são ainda erradamente considerados causadores do autismo. Por exemplo o uso da vacina a rejeição e agressividade parental e mesmo o facto de poderem ser considerados comportamentos aprendidos e reforçados pela família, são vistos actualmente como ultrapassados (Siegel, 2008).

Quanto à etiologia, feita por Kanner, em 1943, estabeleceu as características que definiam o autismo infantil, falava do bom potencial cognitivo e da fisionomia inteligente da criança autista. Muitas revisões do termo explicativo foram realizadas, sem, entretanto, chegar-se a conclusões consistentes, embora se tenha a certeza de que o autismo constitui um modelo peculiar de doença de natureza cultural, mas com probabilidades de ter uma origem biológica (Riviere, 1989).

As causas do autismo ainda são desconhecidas. Admite-se que possa ser causado por problemas relacionados a factos ocorridos durante a gestação ou durante o parto (Souza, Fraga & Oliveira, 2004). Em termo de prevenção recomenda-se os cuidados gerais para as gestantes, como ingestão de produtos químicos, medicamentos, álcool ou fumo (Quadro 2; Folstein & Rosen-Sheidley, 2001; Mello, 2007).

Agente potencial	Ano do relato	Amostra
Hipotiroidismo materno	1992	relato de 2 casos
	1999	casos entre gestantes afetadas
Hipotiroidismo congênito	1992	3 crianças TID com hipotiroidismo
Talidomida na gestação	1993, 1994	2000 casos entre 83 crianças com hipot. casos entre indivíduos com embriopatia pela talidomida
Ácido valpróico na gestação	1994, 1997	relatos de crianças com a Síndrome do valproato e TGD
Bebidas alcoólicas	1992, 1997	relatos de casos de crianças com na gestação síndrome fetal pelo álcool e TGD
Vírus citomegálico	1978, 1984	relato de casos de crianças com Infecção congênita e TGD
Rubéola congênita	1970, 1971	diversos casos de TGD entre Crianças Com a síndrome da rubéola congênita

Quadro 2. Factores ambientais possivelmente associados à etiologia dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Fonte: Folstein e Rosen-Sheidley (2001).

2.4. História Desenvolvidora e Genética

Um elemento importante na realização de um diagnóstico de autismo é a história do desenvolvimento da criança, do nascimento até ao presente. Estudos comprovam que a maior parte das crianças com autismo parece bem ser bastante normal na nascença e que não nascem com todos os sintomas de autismo, pois os sintomas surgem ao longo do tempo (Mello, 2005).

Fazer a história do desenvolvimento envolve igualmente ter uma noção da árvore genealógica, para provar que existem outras pessoas na família com perturbações relacionadas com o autismo. Alguns estudos mostram que 30 a 50 por cento de casos de autismo podem ter um componente hereditário *“Há um aumento do risco de Perturbação Artística entre os irmãos dos sujeitos com uma perturbação em 50% dos quais ela também ocorrer. Parece também existir riscos de diversas dificuldades de desenvolvimento nos irmãos afectados”* (DSM-IV-TR – 4ª Edição – Texto Revisto – 2002). O autismo parece ser um caso de isolamento social. Há indicações, não conclusivas, de que condições como a esquizofrenia ou depressão maior, ocorrem em famílias com crianças com autismo.

Factores de risco que ocorrem durante o período da gravidez têm sido associados ao autismo. Investigações sugerem que a maior parte dos riscos relacionados com o autismo durante gravidez são apenas riscos, não causas. Mulheres afectadas por infecções virais de certo tipo, como rubéola ou citomegalovírus, que ocorrem no fim do primeiro trimestre e crianças que podem ter sido privadas de oxigénio na altura do parto podem ter um maior risco de apresentarem autismo (Siegel, 2008).

Factores Pré, Peri e Pós Natais

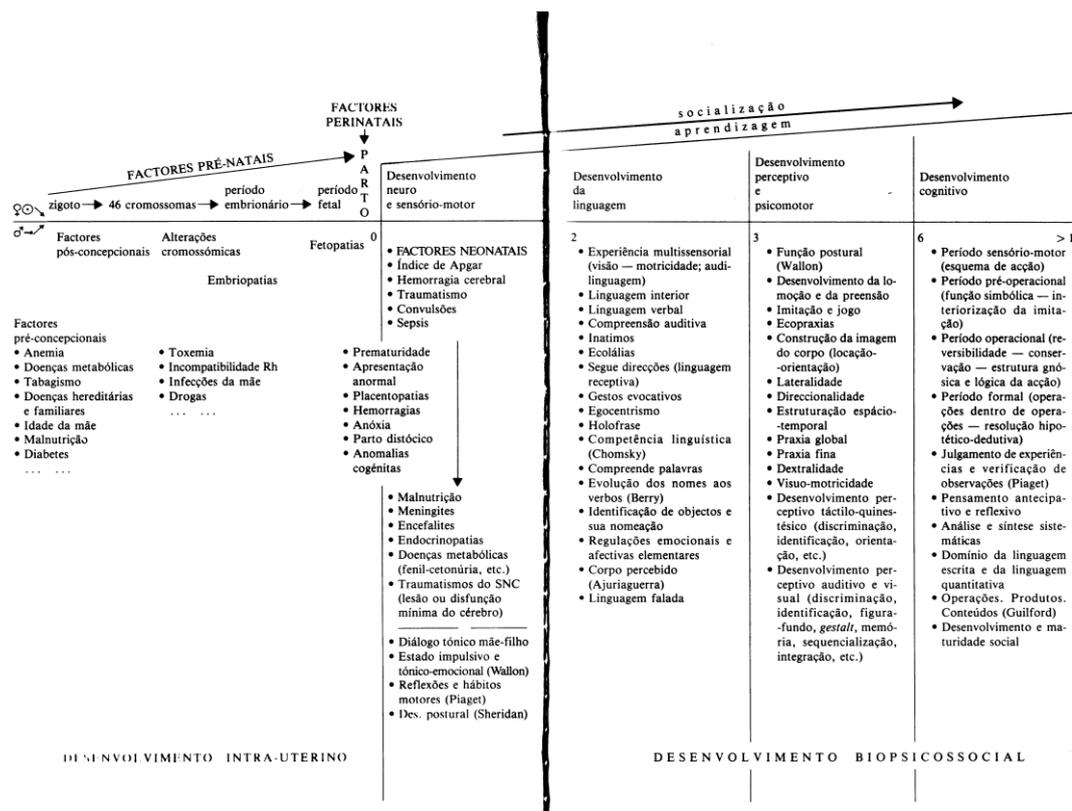
A deficiência é associada por vários factores, no campo médico: Factores pré-natais, alterações cromossómicas, quer autossómicas (síndromas de Patau, Edwards, Down, etc.), quer genossómicas (Klinefelter, Turner, etc.), que envolvem alterações da informação genética: erros natos do metabolismo, como mães diabéticas ou com doenças crónicas; incompatibilidade de Rh; mal-nutrição; envolvimento com drogas, produtos químicos, radiações e malformações congénitas, etc. Esses factores envolvem duas fases: a pré-concepcional e a pós-concepcional que está naturalmente centrada na criação do melhor envolvimento intra-uterino possível. Agentes infecciosos podem causar danos ao feto, sendo a rubéola, sífilis, toxoplasmose, herpes, tuberculose, etc (Fonseca, 1997; ver quadro 3) .

Factores perinatais são os do trabalho de parto e de protecção fetal, que podem ocorrer num período vulnerável, que durante o trabalho de parto estão frequentemente associadas a deficiências graves e irreversíveis. Após o nascimento poderão observar-se problemas como: prematuridade, placentopatias, apresentação do feto, traumatismo de parto, hemorragias, rotura precoce das membranas, presença de mecónio, interferência da anestesia com o sistema nervoso do recém-nascido, intervenção por técnicas de manipulação como o fórceps e cesarianas, etc (Fonseca, 1997).

Factores neonatais ocorrem depois do nascimento, causando alterações: idade do feto, tamanho do feto, efeitos de doenças maternas, anoxia, doença da membrana hiliar, incompatibilidade Rh, infecções, doenças metabólicas, hemorragias, convulsões, etc (Fonseca, 1997).

Todos estes factores de risco pré-natais e neonatais podem causar desde a lesão mínima ou disfunção do cérebro e podendo chegar a paralisia cerebral. Exigem medidas de controlo e prevenção que são do foro médico.

Desenvolvimento biopsicossocial da criança, factores pós-natais, depende do meio e socialização, proporcionando condições de afecto, segurança, estimulação e aprendizagem que desde o nascimento, ajuda no plano emocional como psicomotor, linguístico e cognitivo (Quadro 3; Desenvolvimento intra-uterino. Desenvolvimento biopsicossocial, Fonseca, 1997).



Quadro 3. Desenvolvimento intra-uterino. Desenvolvimento biopsicossocial. Fonseca (1997. p. 20 e 21).

2.5. Diagnóstico do Autismo

O diagnóstico do autismo é discutível e, por vezes, mesmo controverso. Na ausência de dados fisiológicos é realizado com base no comportamento e características que a criança apresenta. No autismo, as perturbações do desenvolvimento são normalmente notórias no primeiro ano de vida. Quando a informação do desenvolvimento precoce não é avaliável ou quando não é possível documentar o período de desenvolvimento normal exigido, deve ser feito o diagnóstico de autismo (Mello, 2007).

O diagnóstico é clínico, realizado através de uma avaliação do desenvolvimento expresso pelo comportamento. Existem escalas de diagnóstico que nos dias de hoje permitem uma maior precisão e precocidade na realização. No contexto educativo são consideradas Necessidades Educativas Especiais de carácter permanente (Siegel, 2008).

2.5.1. Critérios de Diagnóstico do Autismo

De acordo com (Frith, 1989), a principal mudança ao longo do tempo tem sido um alargamento dos critérios. O critério mais recente e detalhado é descrito no Diagnostic American Manual da American Psychiatric Association (DSM-IV). Um esquema semelhante de diagnóstico está disponível na International Classification of Diseases (ICD-10). Os critérios actuais aplicados para o diagnóstico do DSM-IV de transtorno autista até o momento, que podem estar presente desde a infância são:

1. Prejuízo qualitativo na interacção social recíproca, ao nível do desenvolvimento. O mal uso do olhar e de gestos, ao nível comportamental.
2. Atraso na aquisição da comunicação verbal e não verbal, ao nível do desenvolvimento. Ao nível de comportamento atraso na aquisição da linguagem, sem expressão, ausência de fala, falta de variados, brincadeiras espontâneas de faz de conta.
3. Restrição de actividade de interesses, ao nível de desenvolvimento. Movimentos repetitivos ou estereotipados, ao nível comportamental.

Não se pode falar em cura para o autismo. A criança com autismo pode ser tratado e desenvolver suas habilidades de uma forma mais intensiva do que outras crianças, que não tem o diagnóstico ou assemelhar-se a criança, mas sempre existirá dificuldades nas áreas características da síndrome, como a comunicação e interacção social (Sampaio, 2008).

A probabilidade de uma criança com autismo desenvolver comunicação verbal, integração social, alfabetização e outras habilidades dependerá da intensidade e adequação do tratamento. Portanto não é impossível superar a barreira que isola uma criança com autismo do mundo «normal». A criança com autismo apesar de manter suas dificuldades dependendo do grau de comprometimento, pode aprender padrões de comportamento e integrar-se a sociedade. Ou seja através de um tratamento correcto do comportamento é possível obter-se uma melhoria no quadro de autista (Sampaio, 2008).

2.5.2. Critérios actuais do Diagnóstico do Autismo

A cura do Autismo jamais tinha sido dita na história da ciência. Estudos actuais, dirigido pelo neurocientista Alysson Muotri, Universidade da Califórnia (UC), San Diego (EUA), conseguem reverter transtorno do autismo em laboratório, aumentando a esperança de que, um dia, o autismo talvez possa se transformar em condição tratável (saúde.net 1).

Entre novas descobertas, cientistas do cérebro na Universidade de UCLA, Los Angeles (EUA) deram um passo importante rumo ao diagnóstico precoce do autismo, descobriram base biológica para o autismo, um distúrbio cerebral que prejudica a interação social e comunicação. (saúde.net 2) Os cientistas encontraram anomalias numerosas na actividade do cérebro de pessoas com QI normal, que têm autismo, por meio de um exame de ressonância magnética funcional (fMRI). Sendo um avanço importante para a identificação da síndrome mais cedo, em busca de melhores tratamentos e resultados para as crianças com Autismo (saúde.net2).

Um estudo realizado por pesquisadores da Yale School of Medicine, nos Estados Unidos, utilizando a ressonância magnética, identificou um padrão de actividade cerebral que pode caracterizar a vulnerabilidade genética para o desenvolvimento de PEA (saúde.net3). Resultados de um novo ensaio clínico podem levar a um diagnóstico mais precoce e mais preciso do transtorno deste estudo.

Pesquisadores da University Of South Carolina, nos EUA, estão à procura de marcadores fisiológicos e comportamentais em crianças que poderiam permitir um diagnóstico muito mais precoce do autismo (saúde.net4). Se for bem sucedida, a investigação poderia levar a uma melhor detecção da doença e a tratamentos mais eficazes.

Quanto aos medicamentos, não há medicamentos que tratem o autismo, mas muitas vezes os medicamentos são usados para combater efeitos específicos como agressividade e comportamentos repetidos. O neuroléptico era usado até pouco tempo, para combater a impulsividade e agitação. Atualmente usa-se antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina que vêm apresentando bons resultados e proporciona maior tranquilidade aos utentes (Siegel,2008). Outras medicações como a fluxetina, a fluvoximina, a sertalina e a clomiprimina tiveram bons resultados quando testadas. Não há propriamente um tratamento para o autismo. Existe um treinamento para o desenvolvimento para tentar propor uma vida mais autónoma (Siegel, 2008).

O diagnóstico do autismo é realizado com base no comportamento e característica que a criança apresenta. Para uma avaliação diagnóstica correcta será necessário um processo moroso que conta com o apoio de diversos instrumentos de diagnóstico e de avaliação.

Avaliar para diagnosticar

As crianças com autismo apresentam um atraso em múltiplas áreas do seu desenvolvimento, pelo que a sua avaliação requer profissionais de diferentes áreas, como comunicação, desenvolvimento global, comportamental entre outros. A avaliação é muito mais eficaz quando conduzida por uma equipa interdisciplinar experiente.

A avaliação decorre em primeiro tempo quando se tenta delimitar fronteiras com outras perturbações semelhantes, um diagnóstico preciso da perturbação que nos depara é quando se avalia para intervir eficazmente.

Avaliar para intervir

A avaliação para a intervenção é um momento essencial e determinante do sucesso da intervenção. Inicialmente, passa-se por uma avaliação detalhada da criança ao nível de desenvolvimento funcional, dificuldades e limitações, a seguir passa-se pela análise comportamental, que é um precursor importante para a intervenção, que possibilita ter a noção de como as causas ambientais afectam o comportamento da criança.

O teste Perfil Psicoeducacional Revisto – PEP-R3 (Inventário de comportamento e competências designados para identificar diferentes modelos de aprendizagem Revisto), PEP-R surgiu em 1979, nos EUA, é actualmente PEP-R3 (revisto), o teste avaliativo mais utilizado nas crianças com autismo, como resultado de cerca de 10 anos de estudos e investigação por um grupo de professores e investigadores pertencentes ao programa TEACH. O teste oferece como resultado uma avaliação desenvolvimental da criança com autismo permitindo a determinação de um perfil desenvolvimental e funcional (Schopler & Reichler, 1979).

Avaliação Comportamental do Autismo

A avaliação comportamental é a parte de uma avaliação de autismo que requer maior especialização. Existem duas formas fundamentais de recolher informação de ordem comportamental. A primeira é através da observação informal e não estruturada e a segunda é através da observação estruturada ou estandardizada (Siegel, 2008).

Um dos objectivos da observação não estruturada é ver a forma como a criança reage, em certas situações do dia-a-dia. Um exemplo de observação não estruturada é quando um terapeuta leva a criança a brincar com vários brinquedos é nesta avaliação o terapeuta pede

para a mãe e/ou o pai que leve a criança a brincar com os brinquedos. Não é necessário um local específico para esse tipo de observação. Uma observação não estruturada pode ter lugar numa sala de espera, no consultório, na sala de brincar, na casa da criança entre outros (Siegel, 2008).

O terapeuta faz a análise funcional dos comportamentos disfuncionais para observação destes comportamentos, para um plano de acção eficaz, que possa estabelecer novos comportamentos. Seguindo o terapeuta deve-se estabelecer as metas a serem cumpridas, procedimentos a serem utilizados, sem deixar de preocupar-se no processo de generalização dos comportamentos trabalhados avaliando-se sempre a intervenção proposta. Esta avaliação é de extrema importância, pois o plano de intervenção deverá ser reavaliado quando a criança não atingir os avanços esperados, pois pode estar a ser falho em relação a criança, o qual está a ser aplicado (Siegel, 2008). A escolha dos procedimentos é essencial, é de total responsabilidade do terapeuta, pelo desenvolvimento de novas habilidades da criança e pela redução de comportamentos inapropriados (Bagaiolo & Guilhardi, 2002).

O diagnóstico precoce é um importante passo para que a criança possa poder iniciar a intervenção educacional especializada o mais rapidamente possível e ser auxiliada, a adquirir as classes de comportamentos que lhe são deficitárias, para que a sua inserção no meio em que vive se dê de maneira efectiva e com menor custo para todos, criança e familiares (Aiello, 2002).

2.6. Intervenção Precoce do Autismo

Há muitas razões que justificam a importância da intervenção precoce, quanto mais cedo melhor, quando se esta em causa crianças com autismo. Ainda é pouco sistemático a investigação existente no campo do tratamento. O que sabe-se acerca das possíveis vantagens do tratamento precoce decorre da teoria do desenvolvimento da criança e dos estudos sobre a recuperação de adultos que sofreram lesões cerebrais, da experiência clínica e de um número amplo de estudos científicos com crianças muito jovens com autismo (Guralnick, 1998).

Existe uma falta de factos sólidos sobre o tratamento precoce, deve-se ao facto de a ‘grande fatia’ dos subsídios disponibilizados para a investigação ser encaminhada para estudos no campo da neurologia e da genética do autismo (Guralnick, 1998). Estudar a intervenção precoce no campo do autismo, tem sido difícil, devido ao facto de as crianças muito jovens não constituírem grupos bem definidos e bem diagnosticados. Até que se estabeleça um

padrão de diagnóstico precoce do autismo, que reúna o consenso de todos, será difícil para a maior parte dos profissionais acreditar nos resultados da investigação no campo da intervenção precoce que teve lugar junto de crianças autistas (Jacobson, Mulick, & Green, 1998).

A grande importância da aprendizagem é o facto de, devido às suas diferenças neuropsicológicas congénitas, as crianças com autismo aprendem de forma diferente tem três importantes implicações: a aprendizagem irá ser um trabalho mais duro para a criança; as crianças com autismo têm de ser ensinadas de maneira a ter em conta o que são e o que não são capazes de compreender naturalmente. Isso significa que a educação especial pode consistir em maior estimulação, por comparação com o que a maior parte das outras crianças necessita, ou em diferente estimulação; se a intervenção se iniciar precocemente, a tarefa provavelmente será fácil, porque a criança não terá de desaprender formas menos produtivas de adaptação aos seus défices que terá adquirido por si mesma, como fazer birras como forma de obter as coisas que pretende (Bagaiolo & Guilhardi, 2002).

Para uma criança com autismo ‘mais’ não é suficiente. As dificuldades especiais que as crianças com autismo sentem exigem uma educação especial especificamente concebida para a sua perturbação. Uma intervenção precoce é melhor que uma intervenção posterior, a questão é saber uma melhor compreensão do momento ideal, qual é a intensidade apropriada, duração e tipo de intervenção poderia beneficiar todas as crianças que têm ou estão em risco de atraso do desenvolvimento (Guralnick, 1998). Para uma criança muito jovem à qual foi recentemente diagnosticado autismo, poderá ser unicamente disponibilizada uma sessão semanal, em contexto de grupo, organizada por um programa de intervenção em que estarão presentes a criança e os pais. O extremo oposto será disponibilizar as ditas sessões quatro vezes por semana, individualizadas e durante toda a manhã, bem como um serviço de um profissional que vai a casa e terapia da fala três vezes por semana, à tarde. Por vezes, à criança cujos défices são mais graves, aquelas para as quais mesmo os serviços mais intensivos não farão uma diferença crucial, tendem a ser oferecidos mais serviços do que o que acontece com crianças que apresentam menos défices iniciais, ou que podem estar mais preparadas para suportarem o trabalho intenso (Siegel, 2008).

Às crianças com défices mais ligeiros são tipicamente oferecidos menos serviços do que o são às crianças cujos défices são moderados, isso porque há a crença de que, eventualmente, as primeiras poderão evoluir por si mesmo. Tendo em conta os dados acerca de quem deverá

receber mais serviços, há razão para acreditar que as intervenções mais intensas conduzidas a crianças afectadas de forma mais ligeira podem ser particularmente eficazes (Siegel, 2008).

A frequência e a intensidade de um programa de intervenção precoce tem que ser determinado, saber como é que se consegue determinar qual a quantidade de instrução necessária para uma dada criança, e saber quais os benefícios que se pode esperar que uma determinada criança retire de um programa muito intensivo, quando comparado com um programa mais tradicional de intervenção precoce concebido para o trabalho com um grupo de crianças (Ramey & Ramey, 1998, 1999).

Um factor importante ao determinar a adequação de um programa de intervenção precoce intensivo é o sistema familiar, tendo em conta a forma como será capaz de funcionar e a atenção que é dedicada à educação da criança com autismo. Não faz nenhum sentido cair em excesso. A selecção de uma estratégia de intervenção deve ser feita no contexto de uma análise dos riscos e benefícios para toda a família. Actualmente, as abordagens intensivas à intervenção precoce têm atingido terreno. Apesar de tal ser, em geral, bom, tais programas de intervenção precoce não vão beneficiar todas as crianças com autismo de igual modo (Smith, 1999).

A questão a ter em conta é a capacidade da criança. As crianças mais gravemente afectadas, e que apresentam um maior grau de deficiência mental, existem resultados menos benéficos, seja qual for a intervenção de que seja alvo. Faz sentido proporcionar oportunidades de aprendizagem mais limitadas à criança que consegue aprender menos e oportunidades de aprendizagem mais intensiva à criança que consegue aprender mais (Siegel, 2008).

Se uma criança com autismo é uma boa candidata a um programa de intervenção precoce intensivo, uma abordagem conservadora será planear a progressiva introdução de um maior número de horas de trabalho individualizado, a começar com sessões diárias de dois a trinta minutos, até atingir, talvez, as três horas diárias, entre a casa e a escola, após cerca de trinta dias. Agora se a criança revelar marcados progressos e se se encontrar do espectro em que os défices de desenvolvimento são menos acentuados, pode ser benéfico passar a um programa individualizado e a tempo inteiro. Se houver mais progresso no cumprimento de regras, mas pouca evolução no campo da imitação, por exemplo, o melhor é reduzir as horas da terapia, diminuir o ritmo para uma menor intensidade, reduzir algum tempo instrucional em grupo e reduzir algum tempo instrucional individualizado. Muitas jovens crianças com autismo,

funcionam melhor com vinte horas individualizadas semanais, junto com algumas horas de educação especial, de forma que a maior parte das horas trabalhadas, seja passada em alguma actividade estruturada e que haja relativamente menos tempo para que a criança retorne à sua forma menos complicada de fazer as coisas (Siegel, 2008).

Logo, a intervenção precoce é necessária, assim como a terapia intensiva parece ser eficaz e o trabalho individualizado é também necessário (Siegel, 2008). Para que a criança com autismo possa ser incluída com sucesso no ensino regular.

Capítulo III – Inclusão do Autismo

3.1. Inclusão

A inclusão está vinculada à integração, e que esta favorece o convívio da pessoa com necessidades especiais com seus pares não deficientes nos diversos segmentos de sua comunidade. É preciso fazer valer seus direitos e a efectivação de práticas que possibilitam a sua participação no ambiente de sua cultura.

“A Unesco, com a colaboração do governo Espanhol, levou a cabo, em 1994, a Conferência Mundial de Salamanca, com participação de 92 governos, entre eles, o de Portugal, e de 25 organizações internacionais. Esta conferência é considerada como um marco fundamental na evolução dos princípios e das práticas em relação a educação de crianças com Necessidades Educativas Especiais”. (CNE. Uma Educação Inclusiva a partir da escola que temos. pág. 28 e 29)

O Fórum Mundial da Educação que decorreu em Dakar, no Senegal, em 2000, Educação para todos, tem como objectivo, de até 2015, ter educação básica gratuita e de boa qualidade para todas as crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

A Educação Especial é um aspecto essencial de um bom sistema público de educação (Correia, 2008).

3.2. A Perspectiva histórica da Educação Especial

Para a organização mundial de saúde (1989), a deficiência representa qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica. A situação de desvantagem (*handicap*) só se determina em relação a outrem, sendo por isso um fenómeno social. Assim ser deficiente sempre foi e, em muitas circunstâncias ainda é considerado um estigma social. Uma pessoa pode ser considerada como tendo uma desvantagem num grupo e não noutra, pois tal depende de elementos como o tempo, o lugar, o estatuto e a função do indivíduo. Toda a marca ou estigma traduz um conjunto de valores e atitudes dependentes do envolvimento cultural em que o individuo se encontra (Bautista, 1997).

A história da deficiência em geral e da deficiência mental em particular não é um conhecimento do qual a humanidade se possa orgulhar do ponto de vista dos direitos humanos (Morato, 1995). *“O deficiente é uma pessoa com direitos (...). Possui igualmente discrepâncias no desenvolvimento biopsicossocial, ao mesmo tempo que aspira a uma relação de verdade e de autenticidade e não a uma relação de coexistência conformista e irresponsável”* (Fonseca, 1997, p.11).

Todas as sociedades ao longo do tempo têm encontrado formas próprias e algumas bem peculiares de lidar com a diferença e com o «diferente» Correia (1999). Na antiga Grécia as crianças com alguma deficiência eram colocadas em montanhas; em Roma eram atiradas ao rio; na idade média, as crianças mal-formadas ou deficientes eram eliminadas. A perspectiva da deficiência estava ligada as crenças sobrenaturais, demoníacas e supersticiosas. Mais tarde, a igreja assume um papel importante na prestação de cuidados de carácter assistencial aos deficientes, criando instituições para os receber e proteger sem qualquer intuito pedagógico. Para Bautista esta época é considerada a pré-história da educação especial, também designada de asilar (Bautista, 1997).

É, porém, no século XIX que se iniciam os primeiros estudos científicos da deficiência mental, destacando-se os trabalhos de Esquirol, Séguin, Itard, Wundt, Duncan e Millard, Ireland, Morel, Lombroso, Down (Fonseca, 1997). Esquirol foi o primeiro a estabelecer uma distinção entre doença mental e deficiência mental. Itard em 1801_1806 faz a primeira tentativa científica para educar um deficiente treinando Victor, o selvagem, de Avignon sendo por isso mesmo, geralmente apontado como um precursor da educação especial (Fonseca, 1997).

Em finais do séc. XVII e princípios do séc. XIX são criadas as primeiras instituições especializadas para as crianças com deficiência, sendo a partir desta data que surge a educação especial (Bautista, 1997). De uma fase assistencial de carácter segregativo, em que o objectivo era o isolamento da sociedade e os cuidados prestados eram de carácter asilar ou hospitalar, passou-se progressivamente para preocupações de carácter educativo.

No início do séc. XX, os trabalhadores de Binet e Simon, vieram dar uma nova visão á problemática, com a criação do conceito da idade mental, contribuindo para a compreensão e educação da criança deficiente (Fonseca, 1997).

Nos períodos pós-guerra surgiram novos dados sobre o problema com o estudo da neurologia e da patologia do cérebro e aparecem novos movimentos que influenciaram de forma inequívoca a educação e o sistema de valores então vigentes. Foi o caso da publicação em 1921 da declaração dos direitos da criança (Fonseca, 1997).

E foi o caso da declaração dos direitos do homem em 1948 em que as pessoas com deficiência passam a ter os mesmos direitos e deveres de todos os cidadãos, com o direito a participação na vida social e a conseqüente integração escolar e profissional. Foi também o caso do renascimento humanista da década de sessenta com grandes transformações sociais e de mentalidades, a favor da integração das crianças e jovens com deficiência em classes regulares. As escolas especiais começam a ser questionadas, as crianças deficientes começaram a ser educadas e integradas nas escolas públicas, mas continuaram a ser postas à margem colocadas nas chamadas classes especiais, sendo apelidadas de «deficientes, atrasadas» e afastadas das outras crianças da escola (Fonseca 1997).

A década de setenta é um marco importante na educação especial, a nível internacional. Nos Estados Unidos é publicada a Public Law (1975), que determinou a obrigatoriedade de educar no meio o menos restrito possível e a elaboração de um programa educacional individualizado (P.E.I.), de acordo com a deficiência de cada criança. No Reino Unido é publicado o relatório Warnock (1978), que instituiu o conceito de necessidades educativas especiais: O relatório abandona os critérios clínicos para a categorização dos tipos de deficientes e preconiza a adopção de critérios pedagógicos que permitem identificar três grandes grupos com necessidades educativas especiais: as crianças com *handicaps* físicos e sensoriais, as crianças com dificuldades de aprendizagem e as crianças com problemas emocionais e comportamentais (Bautista, 1997).

O princípio da integração escolar relaciona-se intimamente com o conceito de meio menos restrito possível, pelo que a colocação da criança com deficiência deve ser realizada de acordo com as suas características e necessidades concretas num ambiente o mais normal possível (Correia, 2000). O conceito de normalização emergiu segundo o qual todas as crianças com deficiência devem receber uma educação o menos restrita possível, mas que não significa pretender transformá-las em normais, mas sim aceitar como são e oferecer-lhes os serviços pertinentes para que possam desenvolver ao máximo as suas possibilidades de viver de forma tão normal quanto possível. A educação das crianças e jovens que apresentam diferenças

físicas motoras, mentais, sensoriais ou emocionais em relação às restantes crianças tem sofrido grande evolução ao longo do tempo, o que se reflecte no desenvolvimento da própria sociedade. O conceito de «educação especial» que tradicionalmente designa ou significa um tipo de educação diferente da «normal» e estava especialmente vocacionada para atender crianças com deficiências deu lugar a um modelo de educação especial, baseado nas necessidades educativas especiais. A partir deste novo conceito, a educação especial já não se concebe como a educação de um tipo de alunos, mas como um conjunto de recursos pessoais e materiais postos à disposição do sistema educativo para que este possa responder adequadamente às necessidades e que de forma transitória ou permanente possam apresentar alguns dos alunos (Rodrigues, 2007).

Actualmente, considera-se a «educação especial» como parte integrante da educação geral. Conceitos como a integração e normalização vieram contribuir para esta mudança, a qual está patente no Decreto de Lei Nº. 319/91 e Despacho Conjunto Nº. 105/97 de 1 de Julho, que estabelece o regime aplicável á prestação de serviços de apoio educativo. Nesta evolução distinguem-se três grandes períodos: o primeiro como a pré-história da educação especial; o segundo denominado a era das instituições, caracterizado essencialmente por preocupações somente assistenciais; mais tarde, também por preocupações educativas, prestadas a um certo tipo de pessoas e caracterizada por decorrer em ambientes separados da educação regular; e um último período, mais recente, a partir de meados do século XX, caracterizado por tendências que alteram o conceito e a prática da educação especial, incidindo na integração escolar e social das pessoas com deficiências (Rodrigues, 2007).

3.3. A Escola Inclusiva

“ Respostas educativas eficazes para os alunos com necessidades educativas especiais nas escolas regulares” (Correia, 2008).

3.3.1. A perspectiva evolutiva da educação especial

No final do séc. XVIII e princípios do séc. XIX que foram criadas as primeiras instituições especializadas para as crianças com deficiência, sendo a partir desta data que surge a educação especial. No entanto as práticas de integração surgem apenas nos anos 60/70 do séc. XX, impulsionadas pela Public Law e pelo relatório Warnock (Warnock,1978).

A conferência mundial sobre necessidades educativas especiais: acesso e qualidade, realizadas em Salamanca, de 7 a 10 de Junho de 1994, foi um marco histórico para a escola inclusiva, e dela surge a declaração de Salamanca. Nesta conferência foram delineadas as directrizes e objectivos para uma inclusão de sucesso. A proclamação da declaração de Salamanca é uma verdadeira magna carta da mudança de paradigma da escola integrativa para a escola inclusiva (Rodrigues, 2001).

A declaração de Salamanca, tem por base os princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais, assim como um enquadramento de acção, que se pretende passíveis de concretização internacional. O espírito deste documento é o de promover a igualdade de oportunidades, bem como o direito á educação de todas as crianças. O princípio orientador, é o de que as escolas devem receber todas as crianças, independente das suas condições físicas, mentais, sensoriais, sociais, linguísticas, emocionais, ou outras. Nesta perspectiva devem ser incluídas: crianças com deficiência; sobredotadas; bem como crianças de rua; crianças que são vitimas de trabalho infantil ou de maus tratos; crianças com minorias linguísticas, étnicas ou culturais. Nasce então o conceito de «escola para todos» (Correia, 1997).

Depois da conferência mundial sobre as necessidades educativas especiais, realizada em 1994 em Salamanca, a escola inclusiva passou a receber uma atenção especial, quer por parte de educadores, quer por parte das entidades oficiais. Esta declaração foi também subscrita por Portugal e vem reforçar a ideia de que todos os alunos pertencem á escola e devem aprender todos juntos, uma vez que os princípios da igualdade e da oportunidade devem ser tidos em conta, para que se possa realmente falar e existir uma escola para todos. Nesta declaração o conceito de necessidades educativas especiais abrange todas as crianças e jovens cujas necessidades se relacionam com deficiências ou dificuldades escolares no ensino regular (Madureira & Leite, 2003).

Mais do que integrar no ensino regular crianças que dele estariam excluídas, trata-se da escola incluir, desde o inicio, todas as crianças em idade escolar, quaisquer que sejam as suas características físicas, sociais, linguísticas ou outras e de aí as manter, evitando exclui-las ao mesmo tempo que procura criar oportunidades de aprendizagem bem sucedidas para todas, graças à diferenciação de estratégias. O desempenho do professor de apoio, de acordo com o Despacho N° 105/97, não exige apenas empenhamento e dedicação, mas também uma

formação especializada e conhecimentos para a mudança e para a inovação em termos educativos, pois só assim se poderá falar numa verdadeira escola inclusiva. Assim, as mudanças reflectem-se em termos educativos, no desenvolvimento de estratégias de acção, a nível curricular e inclusive a nível de gestão escolar, que visem a efectivação da igualdade de oportunidades. Desta forma, o princípio da inclusão não deve ser tido como um princípio inflexível, mas sim permitir um conjunto de opções a considerar para cada um dos casos que se nos apresentem, salvaguardando os seus direitos e respeitando as características individuais e necessidades específicas de cada um (Bautista, 1997).

A UNESCO muito tem contribuído para a disseminação internacional dos princípios da escola inclusiva, visando que as gerações do séc. XXI privilegiam uma relação recíproca assente nos valores de cooperação e da solidariedade. Segundo Delors (1996) o ex-presidente da comissão internacional da educação para o séc. XXI da UNESCO, citado por (Grave-Resendes & Soares, 2002) a educação para além de fornecer conhecimentos aos alunos, deve prepará-los com competências que possam ajudar ao longo da vida. Para este autor, a educação deve ser concebida como um todo, que se apoia em quatro grandes pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser.

3.3.2. A Educação especial em Portugal

Os primeiros passos a serem dados remontam por volta de 1822, com o ensino a surdos cegos. O primeiro instituto de surdos-mudos e cegos surgiu em Lisboa no reinado de D. João VI; com a publicação do Decreto Lei de 27 de Dezembro de 1905 esta instituição ficou incorporada na Casa Pia (Lopes, 1997).

O início do ensino especial público, em Portugal, terá nascido em 1913, com a entrega da tutela do instituto médico - pedagógico, criado pelo pedagogo Dr. António Aurélio da Costa Ferreira, á escola normal de Lisboa e á direcção geral do ensino primário. O governo entendeu que era tempo de dar importância á educação especial, transformando o Instituto Médico – pedagógico que agora passava a chamar-se António Aurélio da Costa Ferreira, continuando a ter as funções de observação e diagnóstico, encaminhamento dos (deficientes), apoio as famílias, apoio às classes especiais e, agora também à formação de professores do ensino especial, começando o primeiro curso em 1942.

Em 1946 o instituto é reorganizado, mantendo todas as funções anteriores e passando a ser dispensário de higiene mental infantil do país, e incrementando-se a organização de escolas especiais. Através do Decreto Lei N 35:801 de 13/8/46, são criadas as classes especiais que funcionam junto das “escolas primárias” e é aqui que a integração se começa a desenhar. Em 1964, formulou-se o curso de formação de professores de educação especial do instituto António Aurélio da Costa Ferreira e os «deficientes» deixaram de ser tratados assim, para serem apelidados de «física ou psiquicamente diminuídos» e crianças inadaptadas.

O curso de formação de professores era constituído pelas cadeiras de: psicologia da criança e do adolescente inadaptado; ortopedagogia; e educação sensorial e rítmica; metodologia e didáctica do ensino especial; educação e reeducação da linguagem, bem como acompanhadas de um estágio em classes especiais e em classes de observação.

Em 1968, o instituto de assistência a menores implementa os primeiros programas de ensino integrado para pessoas com deficiência visual no instituto Helen Keller.

Na década de setenta iniciam-se as experiências de integração nas estruturas regulares do ensino, suportadas pela reforma educativa N (Lei 5/73). A lei referida tinha por base o seguinte princípio: proporcionar às crianças deficientes e inadaptadas, bem como as precoces, condições adequadas ao seu desenvolvimento educativo.

A reforma de Veiga Simão cria a divisão de ensino especial no ministério da educação, tendo como principal função organizar estruturas regionais capazes de desenvolverem o ensino integrado para crianças e jovens “deficientes e inadaptados” (Decreto Lei nº 45/73 de 12 de Março). Com uma função idêntica surge, um ano mais tarde, a divisão do ensino especial e profissional regulamentada pela Lei nº 44/73 de 12 de Fevereiro.

A constituição da república portuguesa (1976) foi o primeiro texto de apoio á implementação das equipas de educação de ensino especial, no seu texto consagram-se os direitos dos indivíduos com deficiência e as obrigações do estado para com eles (art. nº 73 e 74). As equipas de ensino especial, vieram a ser regulamentadas pelo despacho conjunto nº 36/88 de 17 de Agosto, que as define como unidades orgânicas da futura rede local da educação especial. Competia às equipas fazer o despiste e o encaminhamento de modo a facilitar a integração familiar, escolar e social das crianças com necessidades educativas especiais. Os professores pertencentes às equipas para além de prestarem apoio itinerante nas escolas,

trabalham desde então nas salas de apoio, núcleo de apoio, utilização de ateliers, actividades de tempos livres e trabalho dentro e fora da sala de aula com o professor regular. Porém, é com a lei de bases do sistema educativo português (lei nº 46/86 de 14 de Outubro) que se atingem grandes metas para a educação em Portugal. A educação especial é conferido o estatuto de subsistema, o qual tem sido objecto de esforçada regulamentação.

Relativamente às necessidades educativas especiais de cada indivíduo, no reconhecimento do direito ao desenvolvimento global da personalidade individual, ao estado pertence na lei de bases do sistema educativo, o dever: “assegurar às crianças com necessidades educativas especiais, devidas designadamente, a deficiências físicas e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades”.

Em conformidade com o anterior enunciado, a lei de bases do sistema educativo, define a educação especial como modalidade especial da educação escolar, cujo âmbito e objectivos são referidos no art. 17º, da seguinte forma: “a educação especial visa a recuperação e integração socioeducativa dos indivíduos com necessidades educativas específicas devido a deficiências físicas e mentais” (Bautista, 1997).

Em 17 de Maio de 1991, é publicado o decreto lei nº 190/91, que cria os serviços de psicologia e orientação educativa, que têm como principal papel acompanhar o aluno, contribuindo para identificar os seus interesses e aptidões e intervir ainda em áreas de dificuldades que possam surgir na situação de ensino aprendizagem (Bautista, 1997).

“O decreto lei nº 319/91, de 23 de Agosto, difundiu o conceito de necessidades educativas especiais e decretou a substituição dos critérios médicos por critérios pedagógicos para a avaliação destes alunos. Foi estabelecido oficialmente, o regime educativo especial que contempla uma série de medidas a aplicar aos alunos com necessidades educativas especiais, constantes de um plano educativo individual e de um programa educativo (art 15º e 16º)” (Sanches & Teodoro, 2006).

Tendo por base a máxima «uma escola para todos», o referido decreto de lei, perspectiva a integração de crianças com necessidades educativas especiais na escola do ensino regular, a fim da sua educação se processar num ambiente o menos restrito possível.

Contudo, a falta de formação de professores, a inexistência de apoio técnico permanecem como sérios entraves para o sucesso da integração (Correia, 2000). Além de que a forma de intervenção mais comum era a sala de apoio; espaço situado no mesmo edifício do ensino regular, que se destinava a receber alunos retirados das suas turmas a fim de receberem apoio em pequenos grupos ou individualmente, o que começou a ser severamente contestada pelos efeitos negativos que se faziam sentir ao nível da auto imagem dos alunos com necessidades educativas especiais e pelo empobrecimento da interação com os outros colegas. Passou a defender-se que o apoio prestado aos alunos com necessidades educativas especiais devia ser dado dentro das salas de aula do ensino regular (Correia, 2000).

É na decorrência desta evolução e para dar cumprimento às recomendações da declaração de Salamanca, numa perspectiva mais abrangente de escola inclusiva, que surge a publicação do despacho conjunto nº 105/97, de Julho, que cria a figura dos apoios educativos e as equipas coordenadas dos apoios educativos. Para o desenvolvimento desta modalidade de apoio educativo, são colocados técnicos, em substituição dos professores de educação especial, docentes com formação especializada em áreas específicas nos estabelecimentos de educação e ensino, via destacamento, os quais integram o corpo docente, competindo-lhes prestar apoio educativo á escola no seu conjunto, ao professor, ao aluno e a família, na organização e gestão dos recursos humanos e medidas diferenciadas a introduzir no processo de ensino – aprendizagem (Correia, 2000).

O apoio centrado no aluno, ainda defendido no decreto-lei nº 319/91, cede lugar ao apoio centrado na escola introduzido pelo despacho conjunto nº 105/97. De uma escola de integração passamos, a uma pretensa escola de inclusão (Quadro 4; Decreto-Lei nº 319/91 no Diário da República Nº 193 de 23-8-1991 e Despacho Conjunto 105/97 no Diário da República Nº 149 de 1-07-1997).

Apoio centrado no aluno	Apoio centrado na escola
Decreto Lei 319/91	Despacho Conjunto 105/97
Os alunos são agrupados por categorias	Acentua-se a individualidade e as necessidades educativas de cada aluno e do grupo
Os professores intervêm na categoria e cada aluno	Os professores centram a intervenção no processo educativo, gestão cooperativa da sala de aula e pedagogia diferenciada

O apoio é realizado fora da sala em salas de apoio, procurando não interferir com a turma	Os apoios passam a acontecer dentro da sala de aula, realizando um trabalho em parceria pedagógica com o professor de turma
A intervenção do professor não abrange os alunos sem necessidades	O professor de apoio é um recurso da escola, todos os alunos podem beneficiar da sua intervenção
A integração dos alunos com necessidades na escola não provoca mudanças, quer no currículo quer nas estratégias pedagógicas	A escola inclusiva provoca alterações a nível da estrutura organizacional da escola, currículos, processos de avaliação dos alunos e formação dos professores

Quadro 4: Apoio centrado no aluno versus apoio centrado na escola. Fonte: Decreto-Lei nº 319/91 no Diário da República Nº 193 de 23-8-1991 e Despacho Conjunto 105/97 no Diário da República Nº 149 de 1-07-1997.

Em 4 de Maio de 1998, com a publicação do decreto de lei nº 115/98, foi aprovado o regime de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos de educação pré-escolar e dos ensinos básicos e secundário. Este diploma conferiu «espaço de manobra» às escolas para adequarem a sua actuação perante a heterogeneidade dos alunos, permitindo-lhes prever respostas adequadas á individualidade, através de intervenções diversificadas e articuladas, mobilizando os apoios necessários as problemáticas específicas. O regime de autonomia é uma condição «sine qua non» para edificação de uma escola inclusiva.

Em 18 de Janeiro de 2001 surge o decreto-lei nº 6/2001 e com ele aparecem três novas áreas curriculares não disciplinares: área de projecto, área de estudo acompanhado e área de formação cívica. Este decreto vai clarificar a modalidade da educação especial.

Em 31 de Janeiro de 2006 publicou-se o decreto de lei nº 20/2006, que cria o quadro de educação especial e define as normas para a colocação de professores de educação especial.

Em 7 de Janeiro de 2008 publicou-se o decreto de lei nº 3/2008, que reorganiza a educação especial, e tem por base a classificação internacional de funcionalidade e define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e no ensino básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo, visando a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios da vida decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em

dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da modalidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social.

3.4. Inclusão Social e Escolar do Autismo

HÖHER & Bosa (2009) identificaram os seguintes problemas na inclusão:

“ A maior dificuldade na vida do deficiente é quando começa o seu envolvimento social, sua vida escolar. Almeida (1997) parte da noção de que o ser humano está inatamente programado para estabelecer vínculos sociais, mas que o desenvolvimento social só se constrói na sequência de interações, em qualquer estágio da vida. A trajetória individual não é determinada somente pelos componentes genéticos, nem somente nos primeiros anos de vida, embora seja este um período crítico para o desenvolvimento. É, sobretudo, determinada pelas condições em que se desenrola o desenvolvimento, incluindo as mudanças biológicas esperadas, os sistemas de relações sociais que envolvem a criança, as condições dos ambientes que circula, o nível cognitivo da criança, entre outros. Isso quer dizer que não se pode afirmar que no nível da intervenção não se possa minimizar as dificuldades que caracterizam qualquer síndrome [...]

Proporcionar às crianças com autismo oportunidades de conviver com outras da mesma faixa etária possibilita o estímulo às suas capacidades interactivas, impedindo o isolamento contínuo. Além disso, subjacente ao conceito de competência social está a noção de que as habilidades sociais são passíveis de serem adquiridas pelas trocas que acontecem no processo de aprendizagem social. Entretanto, esse processo requer respeito às singularidades de cada criança.

Diante dessas considerações, fica evidente que crianças com desenvolvimento típico fornecem, entre outros aspectos, modelos de interação para as crianças com autismo, ainda que a compreensão social destas últimas seja difícil. Em uma revisão da literatura sobre as diferentes intervenções que têm sido recentemente utilizadas no tratamento do autismo, (Bosa, 2006) destaca as evidências de que a provisão precoce de educação formal, a partir dos dois aos quatro anos, aliada à integração de todos os profissionais envolvidos, tem obtido bons resultados. No entanto, conforme (Tezzari & Baptista, 2002), a possibilidade de inclusão de crianças deficientes lamentavelmente

ainda está associada àquelas que não implicam uma forte reestruturação e adaptação da escola.

Nesse sentido, crianças com prejuízos e défices cognitivos acentuados, como psicóticos e autistas, não são consideradas em suas habilidades educativas (Baptista & Oliveira, 2002) [...]

O facto de existirem poucos estudos sobre inclusão de crianças autistas na rede comum de ensino parece reflectir esta realidade, isto é, a de que existem poucas crianças incluídas, se comparadas àquelas com outras deficiências. A literatura tem demonstrado que isso se deve, em grande parte, à falta de preparo de escolas e professores para atender à demanda da inclusão.

Segundo Beyer (2005) nos casos em que os professores compreendem mais positivamente seu relacionamento com os alunos com autismo, o índice de problemas de comportamento dessas crianças é menor, e elas são mais socialmente incluídas na sala de aula. Nesse sentido, a actuação junto ao professor é fundamental para que a inclusão escolar aconteça de forma satisfatória [...]

Sant'Ana (2005) investigou, através de entrevistas, as concepções de 10 professores e 6 directores de escolas públicas do Ensino básico sobre a experiência de inclusão. Foram identificadas diversas dificuldades apontadas pelos professores, tais como a falta de orientação, estrutura e recursos pedagógicos. Na medida em que o sujeito é visto somente sob o ângulo de suas limitações, a crença na sua educabilidade e possibilidades de desenvolvimento estará associada à impossibilidade de permanência deste sujeito em espaços como o ensino comum. De facto, as expectativas dos professores frente à possibilidade de inclusão de alunos com autismo em suas classes demonstra que os professores manifestam uma tendência a centralizarem suas preocupações em factores pessoais como, por exemplo, medo e ansiedade frente a problemática mais do que à criança em si. O interessante é que entre os principais temores estava a dúvida em como lidar com a agressividade dos alunos. Esse resultado é intrigante, uma vez que a agressividade não é um comportamento padrão de autismo, a aparecer em uma variedade de outras condições. Essas concepções parecem influenciar as práticas pedagógicas e as expectativas acerca da educabilidade desses alunos. A emissão de um comportamento, como auto agressão, pode servir para a

retirada de uma situação em que a criança não quer estar, como fazer uma tarefa escolar (Bagaiolo e Guihardi, 2002) [...]

O trabalho pedagógico integrador transforma limitações em um desafio para todos, através de uma postura de confiança na capacidade de mudança do aluno, em situações de confronto (Baptista, 2002). Alguns estudos têm demonstrado que, quando isso ocorre e os professores estão adequadamente envolvidos no processo de inclusão, é possível verificar importantes ganhos para o desenvolvimento de crianças com autismo incluídas no ensino comum. Um exemplo disto é o estudo realizado por Serra, no qual buscou verificar os efeitos da inclusão em escola comum nos comportamentos de um menino de sete anos com autismo. Os resultados obtidos através de uma avaliação da dinâmica familiar e escolar e da própria criança mostraram que a inclusão trouxe benefícios para ela. Por exemplo, a criança apresentou melhora significativa da concentração nas actividades propostas, bom estabelecimento de relacionamentos com os colegas e no comportamento de atender a ordens. Constataram-se, ainda, efeitos positivos da inclusão, na família, em função do maior investimento desta na aprendizagem da criança e um aumento na credibilidade nas potencialidades do filho (Serra, 2004).

Diante de uma inclusão adequada, mesmo que uma criança apresente deficiências cognitivas importantes e apresente dificuldades em relação aos conteúdos do currículo da educação comum, como pode ser o caso do autismo, ela pode beneficiar-se das experiências sociais. O objectivo do aprendizado de coisas simples do dia-a-dia (e.g., conhecer-se, estabelecer relações) seria o de as tornarem mais autónomas e independentes possíveis, podendo conquistar seu lugar na família, na escola e na sociedade. Desse modo, *“na medida em que esses ‘conteúdos’ vão sendo desenvolvidos e ‘aprendidos’ por esses alunos, torna-se possível a entrada de outros conteúdos, da alfabetização, da matemática, etc.”* (Zilmer, 2003, p. 30).

Com a educação de todas as crianças conjuntamente, aquelas que possuem alguma necessidade educativa especial, seja qual for, têm a oportunidade de preparar-se para a vida em comunidade, sendo que os professores melhoram suas habilidades profissionais e a sociedade funciona de acordo com o valor da igualdade de direitos para todas as pessoas. Em relação à inclusão de crianças com autismo, os estudos apontam os ganhos que essas crianças possuem diante das oportunidades de interacção

com pares em *settings* inclusivos (Chamberlain , 2002). Entretanto, algumas limitações metodológicas como, por exemplo, a amostra seleccionada e o delineamento utilizado ainda deixam lacunas relativas às suas potencialidades interactivas e as suas possibilidades de inclusão no ensino comum, desde a educação infantil [...]

Revisão de literatura mostra que, entre os raros estudos encontrados na área da psicologia sobre a inclusão escolar de crianças com autismo, o foco principal é a percepção de pais e professores quanto a esta possibilidade e nos seus efeitos familiares e escolares. Este também tende a ser o foco em estudos na área da educação, investigando, por exemplo, aspectos relacionados a questões institucionais de gestão escolar frente à inclusão e á investigação das concepções de professores acerca de seu preparo para o trabalho com crianças autistas (Oliveira, 2002). Desse modo, tais estudos privilegiam a investigação das concepções de pais e professores, através de análise de conteúdo de entrevistas, sem investigar directamente o comportamento social da criança na escola [...]

Estudos investigaram as interacções sociais de crianças autistas na escola, porém o foco principal foi o impacto de diferentes programas de intervenção, previamente estruturados, compararam que os efeitos de abordagens com jogos estruturados na comunicação e comportamento de jogo de crianças pré-escolares com autismo e seus pares. Foi comprovado que elas apresentam maior frequência de comportamento de jogo e iniciações comunicativas nesse tipo de situação.

Chamberlain (2002) ao investigar a rede social e o envolvimento de crianças com autismo de alto funcionamento cognitivo e seus pares na escola, considerou apenas uma amostra de crianças de segundo ao quarto ano. Portanto, como essa realidade ocorre em crianças, pré-escolares, e com deficiência mental associada, que representa a maioria dos casos de autismo, ainda é desconhecida, existem poucos estudos” (HÖHER & Bosa, 2009).

A inclusão social e escolar de crianças com deficiência é um movimento que vem ocorrendo em diferentes partes do mundo, abrangendo todos os segmentos da sociedade hodierna, evidenciando, assim, a sua amplitude (Amiralian, 2005).

Alinea Gonçalves: Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo.

A criança com autismo pode aprender padrões de comportamento para incluir-se a sociedade. Ou seja através de uma intervenção intensiva do comportamento correcta é possível obter-se uma melhoria no quadro de autista (Sampaio, 2008).

Capítulo IV – Teoria Cognitivo-Comportamental

4.1- Introdução a modificação do Comportamental

As terapias comportamentais têm sido um sucesso considerável, traduzido por um maior número de investigações, artigos e livros publicados, orientações metodológicas e intervenções individuais e comunitárias no âmbito da Psicologia clínica, nos países anglo-saxónicos, escandinavos e germânicos. A história das terapias comportamentais já é longa, uma vez que os seus princípios descendem dessa evolução contra o mentalismo e o psicobiologismo, que foi o descobrimento das leis do condicionamento e de outros mecanismos de aprendizagem, embora este alargamento, único na história das ciências do comportamento, se tenha apenas processado nos últimos quinze anos (Joyce-Moniz, 2005).

Os cientistas iniciadores da prática clínica e educativa comportamental foram Wolpe (1952), Eysenck (1959,1960) e Skinner (1938). Mas é a Skinner e aos seus colaboradores (Lindsley, Skinner e Salamon, 1953) que se deve o termo *modificação do comportamento*. Estes foram os primeiros cientistas a defender que o comportamento é controlado pelas suas consequências no meio e tentaram definir as condições segundo as quais a aprendizagem se processa, com o objectivo de prever e controlar as condutas, nas mais variadas situações. Os princípios operantes de Skinner têm tido um alargamento a ser aplicado não só no campo clínico, como também no planeamento educativo e social. Para Skinner, sendo o comportamento controlado pelas suas consequências, trata-se mais a pesquisar as variáveis que o mantêm e reestruturar o meio, do que de compreender o seu modo de aquisição (Joyce-Moniz, 2005).

Os métodos de modificação de comportamento, já não se limitam aos princípios derivados do condicionamento clássico e operante. A seguir de Joyce-Moniz (2005) literaturas revelam que, Investigadores, terapeutas e educadores comportamentais não se prendem numa determinada teoria ou técnica, estão a integrar os conhecimentos de outras áreas da Psicologia e Ciências Humanas em geral. A modificação do comportamento inclui muitas técnicas diferentes, todas amplamente ligadas com princípios e estratégias experimentais relacionados aos mecanismos de aprendizagem e em busca de um propósito de tratamento clínico e de aperfeiçoamento pedagógico.

4.2- Metodologias Cognitivas

Joyce-Moniz (2005) relata que às significações com que representa cognitivamente o meio, é a forma como o ser humano reage, ou responde, e não directamente aos estímulos ou às acções desse meio. Existe uma relação mediada por processos cognitivos a acção do meio e a sua representação mental, imagem, conceito. Qualquer tipo de aprendizagem é estruturado por processos cognitivos; As significações variam de representações, verbais e imagéticas, emergem de modo espontâneo e/ou automático, e organizam os principais conteúdos do fluxo do pensamento, até a representação de processos cognitivos, ou conteúdo meta-cognitivos, pensamentos sobre pensamentos (Figura 4.), que abrangem uma actividade reflexiva deliberada; Processos cognitivos, emocionais, condutas, acção verbal e gestuais estabelecem entre si relações bi-unívocas de causa a efeito. Há uma grande relação entre pensamentos, afectos e comportamentos (Joyce-Moniz, 2005).

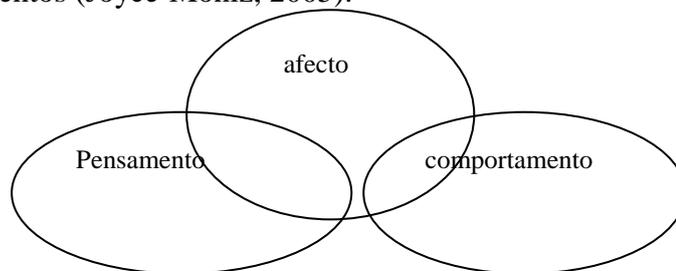


Figura4. Meta-cognitivo. Criação própria.

A significação ou interpretação pessoal de um acontecimento estabelece a reacção emocional e instrumental a esse acontecimento. A intensidade e a extensibilidade das reacções emocionais e atitudinais dependem de processos e representações, interpretativo, da realidade, pessoa e mundo; As reacções emocionais em exagero e as acções instrumentais inadaptativas podem ser aplicadas pela presença de significações perturbantes ou disfuncionais.

Metodologias Cognitivas em Educação Especial

As metodologias de auto-instrução, aquisição de aptidões de confronto, confronto cognitivo/disputa racional baseiam-se no primado do cognitivo, significações e processos cognitivos, sobre o afectivo, reacções emocionais, e o comportamento, acções concretas, instrumentais. A metodologia cognitiva ao contrário às metodologias comportamentais, por definição, não se aplicam a todas as situações de aprendizagem, somente são aplicadas às que podem ser explicadas por mediação de processos cognitivos.

Para a autora (Joyce-Muniz, 2005) as Perturbações do desenvolvimento de autismo parecem ser excluídas destas metodologias onde são prevalectidos: as significações individuais sobre os comportamentos observáveis; os processos de auto-controlo emocional sobre os de controlo instrumental; os processos metacognitivos sobre os de percepção e atenção.

Os métodos de auto-instrução e de testar da realidade incidem sobre as condutas concretas, o controlo instrumental exterior, e os processos de atenção e reprodução simples, que são aplicáveis a muitos processos de debilidade mental.

Os métodos de auto-instrução e os de aquisição de aptidões de confronto são utilizados no estabelecimento de planos e aprendizagem de estratégias, para resolução de problemas específicos e no controlo dos distúrbios do comportamento, distúrbios emocionais, e em certos distúrbios de desenvolvimento como perturbação da aprendizagem escolar e das aptidões motoras.

Os métodos de confronto cognitivo são utilizáveis no controlo de distúrbios emocionais, de certos distúrbios do comportamento, como a conduta social, e, em ligação com o controlo emocional, estabelecimento de regras para a resolução de problemas específicos.

4.4. Metodologias Comportamentais

A seguir de Joyce-Muniz (2005), todos os comportamentos, valorados positivamente ou negativamente são adquiridos segundo os mesmos princípios ou leis de aprendizagem. Existe uma relação directa e característica entre uma causa, acção do meio e um efeito.

O Condicionamento respondente é um estímulo, neutro, que adquire o poder de provocar uma resposta condicionada convertendo assim em um estímulo condicionado, devido a sua associação repetida com outro estímulo, condicionado, que produz habitualmente uma resposta condicionada. Esta contingência temporal entre os estímulos condicionado e incondicionado reforça a probabilidade do primeiro produzir uma resposta semelhante à produzida pelo segundo. Em princípio, o estímulo condicionado é apresentado antes do estímulo incondicionado. Se este estímulo é apresentado em intervalo regular, é este intervalo que se converte em estímulo condicionado (Joyce-Moniz,2005).

O condicionamento operante é o aumento ou diminuição da frequência, intensidade de um comportamento, quando é seguido de uma determinada consequência. E o reforço é qualquer acontecimento que, ocorrendo em contingência temporal e/ou espacial com as respostas, faz

umentar ou diminuir a probabilidade de uma resposta semelhante ser reproduzida. Para isso, o espaço entre a resposta e o reforço deverá na maioria dos casos, ser de curta duração.

O objectivo da intervenção é a modificação desses comportamentos pela mudança das contingências de reforço. No condicionamento respondente, visa-se modificar os comportamentos pela mudança ao nível dos seus antecedentes ou estímulos. No condicionamento operante, procura-se modificar os comportamentos pela mudança das suas consequências ou reforços (Joyce-Moniz, 2005).

O terapeuta intervém directamente, seleccionando os estímulos, modificando os reforços e metodizando certos comportamentos, intervindo no meio sociocultural, a procurar compreender as suas valorações de comportamentos, modificar os seus sistemas de administração de estímulos e/ou reforços, ou da sua extinção.

A Análise Funcional do Comportamento permite identificar os comportamentos-alvo da intervenção, as condições de reforço e os seus factores. Utiliza conceitos operacionalmente definidos, apenas os que descrevem acções específicas e concretas. Conduz a um tipo de avaliação onde os termos quantitativos sobressaem os termos qualitativos. Realçando a acção em meio concreto, o que favorecerá a explicação dos determinantes do comportamento, e a elaboração de estratégias de intervenção directas (Joyce-Moniz, 2005).

Metodologias Comportamentais em Educação Especial

As metodologias de contingência de reforços, e em especial as do paradigma operante centrado na dialéctica comportamento-consequência, e as metodologias de modelagem baseiam-se em modelos globais de aprendizagem. Transcendendo a acção específica terapêutica/clínica para o desenvolvimento de uma acção educacional, a dispor-se a aquisição e/ou modificar qualquer tipo de comportamento, adaptativo ou inadaptativo (Joyce-Moniz, 2005).

Visando processos de percepção/atenção, retenção/memorização e reprodução/cópia, estas metodologias são, presumivelmente, as únicas possíveis, de aplicação a qualquer condição de aprendizagem nos distúrbios: Desenvolvimento (DSM-III/R) - atraso mental, autismo, perturbações de aprendizagem escolar, da linguagem e do discurso, e das aptidões motoras; Comportamento (DSM-III/R) - hiperactividade, impulsividade, agressividade, oposição/delinquência; Eliminação e Tiques (DMS-III/R) - enurese, encoprese, tourette.

Estas metodologias permitem uma estruturação rigorosa do meio educacional, especial, que facilita: a preparação dos terapeutas como agentes reforçadores; a organização do ambiente físico e social, a controlar-se os estímulos e as consequências. Sendo possível elaborar objectivos educacionais em termos de modificação de comportamentos, facilmente identificáveis; avaliar os resultados em termos quantificáveis, o aumento de frequência e a diminuição da intensidade; programar as acções educativas, passo a passo, e a longo prazo (Joyce-Moniz, 2005).

4.6. Pressupostos da Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitiva-Comportamental baseia-se na estrutura de que um pensamento gera um sentimento que induz a um comportamento. Foca-se no esclarecimento e modificação das alterações que ocorrem nos pensamentos, que são responsáveis pelos sentimentos negativos e que resultam em condutas inadequadas ou motivadoras de sofrimento.

A cognição influencia o comportamento, ou seja, os pensamentos que resultam das interpretações que fazemos ao longo da relação com o mundo (interno ou externo) são importantes para entender o modo como nos emocionamos nesta transacção. As emoções estão fortemente vinculadas ao nosso modo de pensar. O medo e a ansiedade estão relacionados a avaliações (interpretações) de ameaça a objectivos pessoais importantes. A raiva está associada a avaliações de dano intencional ou negligente. A tristeza está relacionada com avaliações de perda de metas importantes.

A base da terapia cognitiva-comportamental é que os sentimentos e os comportamentos são determinados pela maneira que a pessoa estrutura e interpreta o mundo, como pensa, de acordo com as suas crenças pode modificá-los, afectando o seu desenvolvimento sócio-emocional.

O objectivo é a reestruturação destes pensamentos fazendo com que a pessoa encontre distorções da realidade que possam estar a gerar sofrimento.

Os pensamentos automáticos devem ser analisados com bastante atenção na terapia cognitiva. As razões que levam a criação de certos conceitos podem ser baseadas em instituições distorcidas. A postura do terapeuta é de extrema importância, não podendo ficar escondido atrás da técnica e deixar a relação terapêutica de lado. A confiança e a colaboração são fundamentais.

4.7. Bases Teóricas da terapia cognitivo-comportamental

Com o aparecimento do evolucionismo de Darwin, no começo do século XX, as bases teóricas da terapia cognitivo-comportamental começaram a se desenvolver. O surgimento de novas técnicas no tratamento dos transtornos obsessivos, fobias e disfunções sexuais foi um reconhecimento desse método, nos anos setenta. Investigadores da época, desenvolveram a hipótese de que um transtorno psicológico seria possível de compreensão sob três enfoques, ou diferentes sistemas, porém associados como sistema comportamental, cognitivo/afectivo e fisiológico. Sendo uma ruptura da visão unitária dos distúrbios psiquiátricos que existia até aquele momento (Joyce-Muniz,2005).

Através de estudos científicos, Bandura foi indispensável, para a associação da teoria comportamental e os factores cognitivos. O autor desenvolveu estudos científicos sobre a aprendizagem observacional, que um indivíduo pode aprender de maneira eficaz a partir da observação do comportamento do outro e de sua posterior realização, que a capacidade do ser humano será sempre mediada pela maneira como o indivíduo percebe seu próprio desempenho. A partir desse pressuposto, cientistas começaram a desenvolver estudos de observações com pessoas que apresentavam o quadro de depressão. Observaram que, essas pessoas ao realizar tarefas com sucesso, avaliavam seus desempenhos de forma negativa. Através dessas observações, cientistas puderam observar a influência dos aspectos cognitivos, no modo como a pessoa reagia em relação aos factores ambientais e na formação dos distúrbios psiquiátricos, levando vários psicoterapeutas comportamentais a utilizarem também as técnicas e os conceitos cognitivos em suas práticas (Bandura, 1979).

4.8. Visão Cognitivo-Comportamental do Autismo

Na focagem cognitivo-comportamental, todas as crianças autistas fazem parte de uma população homogénea, o quadro autista não é visto como tendo uma causa subjacente visto por Lovaas & Smith (2002). Acreditam-se que as crianças com autismo apresentam características diversificadas que se assemelham, ao comportamento de crianças normais, mas em diferentes níveis de intensidade. Estes desvios comportamentais estão relacionados com as teorias de aprendizagem. Pode-se dizer que os desvios comportamentais das crianças com autismo não fogem às leis da aprendizagem a que estão sujeitos os demais comportamentos em geral. Acreditam-se que, através de um modelo de intervenção comportamental bem elaborado é possível obter-se melhora do quadro autista, através dos

princípios de aprendizagem, reforçar e modelar o comportamento. Embora a intervenção intensiva comportamental precoce tem benefícios significativos, há uma grande diferença individual na resposta ao tratamento e a maioria das crianças continua a exigir serviços especiais (Eikeseth, 2009; Smith, 1999).

A intervenção comportamental não poderá ser baseada em uma dimensão do quadro autista, mas nos comportamentos que a criança emite, sendo avaliada sua funcionalidade no ambiente, bem como seu desenvolvimento social (Bagaiolo & Guilhardi, 2002). Por isso no momento do diagnóstico, é importante que o terapeuta tenha em mente que este comportamento deve ser diferenciado do olhar clínico médico, não se deve atentar somente o que a criança apresenta como déficit, mas também para aquilo que a criança consegue fazer com êxito (Aiello, 2002).

Os comportamentos autistas podem estar a ser mantidos por auto-estimulação, por consequências como atenção fornecidas pelo intermediador da criança. A criança pode sentir algum tipo de prazer quando tem aquele comportamento determinado, como auto-agressão, pode vir a ser de uma situação em que a criança não quer estar no momento (Bagaiolo e Guilhardi, 2002).

Investigadores defendem que todas as propostas de intervenção terapêuticas deverão ser iniciadas o mais cedo possível, de forma intensiva e envolver as famílias de forma activa (Pereira, 1999).

4.9. Opções terapêuticas cognitivo-comportamental

O planeamento do tratamento poderá ser estruturado de acordo com as etapas de vida do paciente. Portanto com as crianças, a prioridade deveria ser a terapia da fala, interacção social/linguagem, educação especial e suporte familiar. Bosa chama-nos a atenção para diversas intervenções disponíveis, como intervenções individuais e intensivas realizadas por profissionais, em área específica e clínicas multidisciplinares (Höher & Bosa, 2009, citado no <http://meuartigo.brasilecola.com/psicologia/autismo-possiveis-intervencoes-na-abordagem-cognitiva.htm>, retirado 22.03.2011).

Para uma intervenção a nível cognitivo-comportamental, o terapeuta baseia-se em um modelo onde o principal objectivo é encorajar a mudança comportamental. O terapeuta deve estar

atento naquilo que a criança é capaz de fazer com sucesso. Fazer um levantamento de todos os comportamentos emitidos pela criança, para um estudo das situações seguindo uma série de modalidades de atendimento cognitivo-comportamental, para estudar o quadro das situações e reforçar para manter o comportamento. Respeitar os limites de cada criança, pois elas precisam de ser adaptadas a cada caso em específico, de acordo com a topografia de cada comportamento a ser modificado (Caballo & Simón, 2005).

É variado a gama de modelos de intervenção e de terapias disponíveis que são aplicadas as crianças com autismo e PGD, desde aqueles com abordagens individuais realizadas por profissionais intensamente treinados em uma área específica, àqueles compostos por clínicas multidisciplinares (Bosa & Höher, 2009), entre esses o grande ênfase é o de usar métodos psico-educacionais com base em variadas teorias da psicologia da aprendizagem, mas sobretudo as teorias da aprendizagem vicariante e operante. Em 1992, Pfeiffer e Nelson, do Institute Of Clinical Training and Research, conduziram uma investigação onde colocavam várias questões e peritos no autismo e nas quais se destacava: Quais considera serem os dados de investigação mais significativos e os modelos de tratamento com sucesso? (Pereira, 1996).

Até o presente momento, nenhuma das propostas terapêuticas existentes provou ser capaz de curar o autismo, Um distúrbio perturbador que desafia a ciência médica. Mas através de uma intervenção correcta tem sido possível uma notável redução da sintomatologia e uma melhora no comportamento, ajudando na interacção de crianças com autismo na sociedade (Rocha, 1991 citado no <http://meuartigo.brasilecola.com/psicologia/autismo-possiveis-intervencoes-na-abordagem-cognitiva.htm>, tirado 22/03/2011).

Independente do tipo de abordagem terapêutica é muito importante reunir informações suficientes sobre a eficácia do tratamento.

Capítulo V – Intervenção Precoce de Autismo

5.1. Tipos mais usuais de intervenção de Autismo

Através de uma modelação correcta do comportamento é possível obter-se uma melhoria do quadro autista (Sampaio, 2008). Abaixo serão traçadas algumas técnicas de manejo terapêutico, baseadas nos princípios cognitivo-comportamentais para o tratamento da criança com autismo.

5.1.1. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children)

É uma proposta educacional que baseia-se nas particularidades do Autismo, a sua melhoria da adaptação; avaliação e intervenção individualmente; estruturação do ensino; competências emergentes; abordagem terapêutica no cognitivo-comportamental; solicitação ao técnico generalista; solicitação à colaboração parental.

Em 1966, o Dr. Eric Shopler, no Departamento da Universidade da Carolina do Norte, dirige uma investigação “Chil Reserch Project” destinada a apoiar crianças com autismo e suas famílias. De acordo com dados da Universidade of North carolina, o TEACCH não se reduz a uma técnica ou a um método. O modelo constitui-se em um programa completo para trabalhar com pessoas autistas, podendo ser utilizado em combinação com outros métodos. Com este projecto pretendia-se demonstrar que a abordagem mais eficaz para ajudar estas crianças seria a intervenção educativa e que os pais podiam colaborar com os profissionais na elaboração e implementação de programas de ensino individualizado (Schopler et al, 1980).

Dada a eficácia do projecto, em 1971, surge o Departamento para o Tratamento e Educação de crianças com Autismo e Problemas de comunicação Handicaps Children – TEACCH. Este consiste na elaboração de programas de intervenção adaptados às características de aprendizagem específicos de cada criança e no meio ambiente em que ocorre essa aprendizagem. Este programa psico-educacional poderá se utilizado quer na escola, quer em casa, podendo funcionar com pais como co-terapeutas ao longo do processo de avaliação e de intervenção (Schoppler et al. 1980; Vatavuk, 2005).

Com o modelo TEACCH, o Dr. Eric Schopler demonstra que as crianças autistas trabalham melhor em condições bem estruturadas, com regras simples, com os espaços bem organizados, materiais e actividades adaptadas às diferenças individuais de cada criança.

O modelo TEACCH realça a importância de uma avaliação de desenvolvimento muito precisa de modo a saber qual a melhor intervenção e as melhores estratégias que se devem utilizar de modo a promover uma boa aprendizagem da criança e a sua adaptação ao contexto familiar, ao contexto escolar e a comunidade. Este modelo baseia-se numa intervenção directa com as crianças num programa curricular centrado nas áreas fortes e emergentes, identificadas na avaliação especializada PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisado) levando em conta tanto os pontos fortes como fracos da criança. Tornando possível um programa individualizado nas prioridades da criança e da família. A criança deverá beneficiar de um programa adequado ao seu nível de desenvolvimento e à sua forma específica de pensar e aprender. É essencial a colaboração entre pais e educadores a fim de que a criança ultrapasse as suas dificuldades, visando a sua adaptação à comunidade (Schopler et al, 1990).

O objectivo é apoiar o portador de autismo em seu desenvolvimento, para ajudá-lo a conseguir chegar à idade adulta com o máximo de autonomia possível. Ajudar as crianças autistas as relações de causa e efeitos.

A Sala Ensino Estruturado - TEACCH

Através do Ensino Estruturado é possível manter um ambiente calmo e previsível, promovendo um ambiente altamente estruturado e uma organização externa para fornecer uma informação clara e objectiva das rotinas e propor tarefas que o aluno seja capaz de realizar. Atender à sensibilidade desse aluno aos estímulos sensoriais proporcionando o “lugar seguro” e a “ pessoa segura”, para que esse aluno atinja a sua autonomia para facilitar a aprendizagem e minimizar as dificuldades de comunicação, interacção e comportamento (Bossa & Höher, 2009)

O Decreto-Lei 3/2008 e Lei nº 21/2008 (alteração ao DL) reformularam toda a política de Educação Especial em Portugal. As crianças com autismo a partir disso passaram a ser acompanhadas nas escolas, no ensino regular (Correia, 2008).

Artº 25 – Unidades de ensino estruturado

As unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com Perturbação do Espectro de autismo (PEA) constituem uma resposta educativa especializada desenvolvida em escolas ou agrupamentos de escolas que concentrem grupos de alunos que manifestem perturbações. Tendo como objectivos:

- a) Promover a participação dos alunos com autismo nas actividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem.
- b) Implementar e desenvolver um modelo de ensino estruturado...
- c) Aplicar e desenvolver metodologias de intervenção interdisciplinares (aprendizagem; autonomia e educação).
- d) Proceder às adequações curriculares necessárias.
- e) Organizar o processo de transição para a vida pós-curricular.
- f) Adoptar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e aprendizagem, do aluno e o regulador envolvimento e participação da família (APPDA, Lisboa, 2011).

Pereira (2005) apresenta o modelo TEACCH, que aposta na estruturação e adequação do ambiente, de modo a diminuir os comportamentos disruptivos, promovendo assim a actividade e a ocupação do tempo através do envolvimento individual da nas aquisições, de acordo com as especificidades do seu desenvolvimento.

O TEACCH é um modelo pedagógico, que é muito importante, quando é bem organizado. As unidades de ensino estruturado vão se encaixando, a funcionar bem. São completas teoricamente, têm intervenções terapêuticas, natação especial, terapia da fala, cavalos, psicomotricidade, apoio psicológico e individuais. Tudo está previsto nas unidades de ensino estruturado.

Existem críticas acerca deste modelo, que o modelo faz das crianças de “bonecos”, mas estudos mencionados por diversos autores ressaltam a validade deste modelo. O modelo TEACCH é aplicado nas escolas com atendimento de crianças com necessidades especiais, em especial crianças com autismo, formando um currículo individualizado, sendo que cada uma tem seu próprio objectivo a atingir (Mello, 2007).

5.1.2. Modelo ABA (Applied Behavior Analysis)

Análise Aplicada do Comportamento é um termo advindo do campo científico do Behaviorismo (behavior = comportamento) que observa, analisa e explica a associação entre o ambiente, o comportamento humano e a aprendizagem. É a abordagem à modificação do comportamento. Uma vez que um determinado comportamento pode ser analisado, então também é possível traçar um plano de acção que possa ser implementado de modo a modificar esse comportamento (figura 5.). O nosso comportamento é ‘modificado’ através dos resultados das consequências, todos nós aprendemos através de associações.

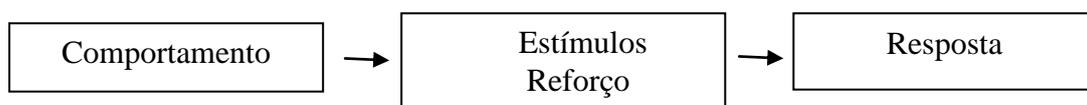


Figura 5. Modificação de comportamento. Criação própria.

ABA (Applied Behavior Analysis), Análise Comportamental Aplicada. “Aplicado” significa a prática. “ Análise o comportamento” pode ser lido como “teoria da aprendizagem”, isto é, novas competências. Consiste na aplicação de métodos de análise comportamental e de dados científicos com o objectivo de modificar comportamentos. O modelo ABA é tanto sobre a manutenção e utilização de habilidade como aprender. Descreve uma abordagem científica que pode ser usada para tratar muitas questões diferentes e cobrir muitos tipos diferentes de intervenção, especificamente para crianças com autismo.

Para um behaviorista quando se fala aprender a falar, brincar e viver como animal social complexo, todos estes podem ser ensinados, desde que existam funções cerebrais intactos para aprender e praticar as habilidades. Essa é a essência da hipótese de recuperação, para muitas crianças, os excessos e défices de autismo em grande parte resultado de bloqueio, um aprendizado que pode ser superado pelo ensino intensivo (Joyce-Moniz,2005).

O ABA é uma área científica com 40 anos de investigação e história, sendo a única metodologia que apresenta evidência científica da sua eficácia e segurança no tratamento do autismo com taxas de recuperação para um “funcionamento normal” que atingem os 47 por cento.

O tratamento comportamental caracteriza-se inicialmente com uma avaliação para avaliar as competências e défices de cada criança, a partir daí definem-se os objectivos e inicia-se um

trabalho bastante estruturado de 1 técnico para cada criança (um a um), onde são trabalhadas as áreas do falar, brincar, imitar, ouvir (pré-aprendizagem, em casos com menos competências), auto-ajuda e discriminação visual.

O tratamento ABA envolve o ensino intensivo e individualizado das habilidades necessárias para que o indivíduo torne-se independente e que tenha a melhor qualidade de vida possível. As habilidades ensinadas são os comportamentos sociais, tais como contacto visual e comunicação funcional; comportamentos académicos, como leitura, escrita, matemática e higiene pessoal. Também faz parte do tratamento comportamental a redução de comportamentos, tais como agressões, estereotípias, auto-lesões, agressões verbais e fugas, já que tais comportamentos interferem no desenvolvimento e integração do indivíduo diagnosticado com autismo.

O modelo ABA Durante o tratamento comportamental, as habilidades são geralmente ensinadas em uma situação de um a um, o aluno com o professor via a apresentação de uma instrução ou uma dica, com o professor auxiliando o aluno através de uma ordenação de apoio, aprendizagem sem erro, repetidas diversas vezes em diversos ambiente e situações.

A principal característica do procedimento ABA é o uso de consequências convencional, a troca com guloseimas, brinquedos, actividade preferida. É utilizado o modelo PECS como meio alternativo/aumentativo de comunicação. Depois com o tempo, consequências naturais, pelo próprio comportamento, manter o aluno aprendendo. Durante o ensino cada comportamento apresentado pelo aluno é registado de forma precisa, em folhas específicas, todos os comportamentos e suas frequências são também registados para depois se trabalhar na sua modificação e, para que possa ser avaliado a sua evolução.

Os Passos para o uso da análise comportamental aplicada para o autismo são:

- a) Avaliação inicial
- b) Definição de objectivos a serem alcançados
- c) Elaboração de programas e procedimentos
- d) Ensino intensivo
- e) Avaliação progresso

Caracteriza-se o tratamento comportamental do ABA, pela intensidade, rigor científico, pela experimentação, registo e constante mudança.

Os objectivos a serem alcançados são definidos junto aos pais com base na habilidade inicial do aluno, sendo um envolvimento geral de todos que participam da vida do aluno. Sendo o principal objectivo é conseguir integrar as crianças numa classe regular ou numa sociedade com a maior autonomia possível. Cutler apresenta critérios para a flexibilização das escolas e as operacionalizações da inclusão das crianças com autismo, para a autora é necessário desenvolver um programa de educação paralelo a inclusão, propondo o modelo ABA (Cutler, 2005).

Para o modelo ABA a intervenção precoce é bastante importante para se moldar todos os comportamentos e aprendizagens desde pequenos, sendo mais fácil e até mais rápida a reabilitação. Evidência sugere que programas de intervenção precoce são realmente benéficos para crianças com autismo (Rogers & Vismara, 2008).

Há uma grande diferença entre o ABA e o TEACCH é que o TEACCH aceita a criança com autismo é um veículo para a inclusão e o ABA vai ao sintoma central no autismo, vai atacar o autismo em si.

A maior crítica ao modelo ABA, a de supostamente robotizar as crianças. O que não se parece correcto, já que a ideia é reabilitar precocemente estas crianças para evoluírem ao nível comportamental da autonomia da auto-ajuda e socialização (Autismo - Guia prático – 4ª edição.).

Também é um modelo que tem um método de longa duração e que tem um alto custo económico, mas como os outros modelos através de treino e instrução, os pais podem aprender e utilizar, como terapeutas, e assim poderem eles mesmos tratar os seus filhos (Melo, 2007).

5.1.3. PECS (Picture Exchange Communication System)

PECS é um sistema de comunicação de intercâmbio de imagens, criado há mais de 12 anos pelo Delawer Autistic Program foi desenvolvido pelas dificuldades ao longo dos anos com outros programas de comunicação. PECS é uma forma de comunicação aumentativa e alternativa, que utiliza-se imagens ao invés de palavras para ajudar a criança com autismo a comunicar-se e melhorar a sua interacção social (Bondy e Frost, 1994).

As vantagens do PECS são a sua forma simples e racional em dar uma resposta simples por parte do autista. Quando a criança começa a aprender a usar o PECS, ela recebe um conjunto de imagens das comidas e brinquedos favoritos. Quando a criança quer um desses itens, ela escolhe a imagem que demonstra o que quer dá a imagem para o parceiro estabelecendo a comunicação e promovendo o desenvolvimento da fala. Se a criança conseguir entregar uma imagem e o parceiro puder atendê-la, ficará muito mais tranquila, e sua auto-estima bem elevada deixando-a muito mais aberta a aprender, compreender a função da linguagem e assim iniciar a verbalizar, pois é medida que a criança começa a entender a utilidade da comunicação, a esperança é que ele irá começar a utilizar a voz naturalmente. Estudos demonstram que crianças com autismo após receberem o treinamento do PECS, desenvolveram a fala (Carr & Felce, 2006).

O facilitador do PECS pode ser o terapeuta ou os pais que aprendeu sobre o método, por ser fácil de aprender. Não requer materiais complexos ou treinamento altamente técnico e permite a criança com autismo obter o que deseja, aguçando a sua motivação (AMA, 2005). Não requer equipamento de alto custo, provas sofisticadas ou pessoal de alto custo ou treinamento para os pais. É uma ajuda tanto dentro da sala de aula, em casa como na comunidade. É uma técnica de baixo custo económico, que deve ser revista e ampliada sempre que necessário, permite a criança com dificuldade de comunicação integrar-se (Mello, 2007).

As crianças usando PECS são ensinadas a se aproximar e dar uma imagem de um objecto desejado a seu facilitador, para obter o tal objecto. Ao executar esse procedimento, a criança inicia um acto comunicativo, de maneira alternativa, para obter um resultado concreto em um contexto social (Mello, 2007). O treino da competência social é feito através de técnicas especiais é baseado no modelo cognitivo-comportamental, utilizado para a avaliação e intervenção. As intervenções cognitivo-comportamentais são uma tecnologia possível de ser transmitida para pessoas do meio social da criança (Bagaiolo e Guilahrđi, 2002).

O PECS tem sido bem aceite com a maioria dos modelos de intervenção considerados ecléticos, sendo por um lado, o PECS é usado como uma técnica, e por outro lado, o PECS é considerado como uma abordagem em si, mesmo sendo uma abordagem que não tem uma teoria. Não existem estudos que avaliam a eficácia do PECS como uma abordagem em si, mas existem outros estudos que avaliam modelos de intervenção que usam o PECS como uma técnica, como o ABA (ver Capítulo V - 5.1.2.).

5.1.4. Modelo DIR (Floortime)

O Floortime foi desenvolvido pelo psicanalista infantil Stanley Greenspan, é baseado nas ideias psicanalíticas. É uma metodologia mais vasta intervenção chamada modelo D.I.R. diferenças individuais relação com abordagens Floortime. O Floortime é uma estrutura que ajuda os médicos, pais e educadores a realizar uma avaliação abrangente de desenvolver um programa de intervenção sob medida para os desafios e potencialidades de crianças com autismo. Com resultados positivos pelo Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (ICDL), dirigido por Stanley Greenspan e Serena Wilder, nos Estados Unidos (Silva et al, 2003).

O Floortime digamos que é componente mais psicótica de intervenção relacionado e que tem os princípios básicos que também formam outro tipo de intervenção. O Floortime funciona como uma terapia que cria a interação entre a criança e um adulto através de brincadeira, em um desenvolvimento baseado com sequências. As características típicas do modelo DIR-Floortime dos outros métodos são basicamente destinada a criança, ao interesse da criança. E depois através da ajuda para a criança fazer aquilo que quer fazer, ou da colocação de obstáculos. Se vai de alguma maneira documentar a capacidade que a criança tem para desenvolver ideias, comunicar e organizar o movimento e realizar ações (Greenspan & Wieder, 2007).

O Floortime pressupõe que haja um conjunto de tarefas fundamentais no desenvolvimento emocional, que todos nós temos que dominar bem para funcionarmos e essas tarefas são a escada, que deverá ser subida degrau por degrau. As crianças com autismo têm problemas para conseguir alcançar a escada por várias razões como: problemas sensoriais; dificuldades para processar informações ou dificuldades para conseguir ter o comando de seu corpo. Portanto, o Floortime vai ajudar a criança a que ter acesso as básicas para depois ter acesso as outras. As básicas são as capacidades para atender a outra para nos alto rotularmos e prestar atenção ao outro. A capacidade para desenvolvermos o outro em uma relação de sinal, e a capacidade para a comunicação e depois de ter acesso a estas capacidades a resolver problemas, ter ideias complexas, usar sequências de ideias e fazer pontes entre as ideias.

Digamos aquele esquema básico dos níveis de desenvolvimento emocional que o Floortime procura usar para ajudar a criança a desenvolver. A criança com autismo com perturbação nas relações da comunicação falha nesses níveis básicos do desenvolvimento. Prestar atenção ao

outro, se desenvolverem se e o Floortime ajuda a criança a praticar esses princípios básicos. Faz uma distinção importante em relação as bases dos outros métodos de intervenção, que não pretende ensinar nada. Que a criança esteja sentada a fazer o encaixe somente, que aprenda qualquer coisa.

Outra ideia importante do modelo é procurar a integração, portanto as crianças devem estar integradas, incluídas nas escolas regulares, nos meios naturais, enfim em contacto com os pares, essas experiencias normais que faz parte do desenvolvimento e deve ajudar a criança a funcionar num meio natural.

O modelo DIR-Floortime é feito por profissionais, por pessoas treinadas com muita experiência. Portanto são as diferenças dos outros modelos. Sendo os principais princípios do Floortime podem ser aprendidos e integrados por qualquer pessoa, que se interesse e pratique, que tenha orientação, apoio e supervisão (Mello, 2007).

O Floortime não trabalha com a linguagem separada ou motora, mas usa o desenvolvimento emocional integrado. A diferença é que o Floortime é dirigido especialmente à criança. Terapeutas e pais encorajam a atenção, a intimidade e a comunicação com a criança através de uma brincadeira escolhida pela própria criança com autismo.

O modelo Dir exige obviamente a participação dos pais e da família. Porque aos poucos vão integrando os princípios no dia-a-dia, na vida real criando problemas para a criança resolver e fumentando a iniciativa, aumentando a capacidade de comunicação, troca emocional, satisfação, aprendendo a lidar com isso, mas tudo com o objectivo de aumentar a comunicação e a capacidade para mentalizar (Grenspan & Wieder, 2007).

Não há separação trabalha-se tudo junto, essas atribuições em questão académicas, os profissionais para se sistematizar coisas que na vida real são diferentes. Portanto trabalha se as competências cognitivas e trabalha se as competências emocionais que estão ligadas as competências cognitivas, o desenvolvimento cognitivo são experiências emocionais que ajuda a integrar o conhecimento. É para isso que serve as emoções para integrar a memória.

Os objectivos do DIR/Floortime são para construir alicerces saudáveis para as capacidades sociais, emocionais e intelectuais. O Floortime não está preocupado em ensinar coisas a criança, a aprendizagem aparece naturalmente com o processo terapêutico. O Floortime

“tempo de chão” é uma técnica em que o terapeuta usa, com a criança mais jovem iniciar para depois evoluir para outros locais (Greenspan & Wieder, 2007).

A nível de prova do modelo DIR-Floortime é o mesmo nível a prova do modelo ABA. Não há nenhum estudo com grupo de comparação que esteja certo que demonstra que o Floortime é mais eficaz, portanto, não há estudo que prova a eficácia terapêutica. Porque até o momento não se encontrou uma metodologia para se fazer isso.

O nível de prova que há é o nível do ABA e os argumentos que o modelo DIR-Floortime usa é de outra natureza, não tem a ver com os outros modelos de intervenção, de como funcionam as crianças, a importância da relação daquilo que se vai aprendendo com a observação das crianças, do facto de os aplicadores do modelo DIR-Floortime serem pessoas treinadas e formadas, da satisfação dos pais e da não utilização da metodologia de marketing, ser muito intensivo, ser muito caro, isso alivia muito a culpa.

5.1.5. SON-RISE (Son-Rise Program)

No início dos anos 40, o casal Barris e Samahria Kaufman, fundadores do Programa Son-Rise, escutaram que já não tinha esperança para o seu filho, Raun, diagnosticado com autismo severo e um QI abaixo de 30, através de diagnóstico de diversos especialistas. A partir de desesperanças apontadas por especialistas decidiram acreditar na ilimitada capacidade humana para cura e o desenvolvimento, para uma aproximação de seu filho, Ruan. Há cerca de 30 anos através da experimentação intuitiva e amorosa, surgiu o programa Son-Rise.

O programa Son-Rise é centrado no autismo. O tratamento é iniciado através de compreensão comportamento, comunicação e interação do autista, construindo uma ponte entre o mundo convencional e o mundo do autista, em especial. O facilitador vê o autista como um ser único a ser respeitado e procura fazer com que a criança sintase-se segura.

“ No Programa Son-Rise, a aceitação da pessoa com autismo, associada a uma atitude positiva, de entusiasmo e esperança, em relação ao potencial de desenvolvimento desta pessoa, são princípios básicos para o tratamento” (Tolezani, 2010. p. 9).

O programa oferece aos pais uma participação essencial no tratamento, enfatizando o desenvolvimento emocional dos pais, pois essa participação na interação é um factor

essencial para o tratamento e recuperação do autismo, através de uma abordagem prática e abrangente, busca o autista a participar espontaneamente em interações, como o brincar e dinâmicas para a motivação para a aprendizagem de novas habilidades e o conhecimento de uma forma aberta, com outras pessoas. Os pais são também trabalhados durante todo o processo, há uma orientação para ajudá-los a lidar com o diagnóstico da criança.

O programa Son-Rise é totalmente lúdico, com ênfase na diversão, os facilitadores e os pais seguem o interesse da criança e oferecem actividades motivadoras, para que a criança participe voluntariamente.

O programa também oferece acompanhamento em casa dirigido pelos pais. As sessões individuais (um-a-um) são realizadas em uma sala preparada com poucas distrações visuais e auditivas e com muitos brinquedos e materiais motivadores, onde há uma interação com a criança de forma que os pais possam dirigir o programa de seus filhos.

As actividades são adaptadas para serem motivadoras e apropriada de acordo com cada criança com autismo, uma vez que a criança esteja motivada para interagir, poderá ser criado interações que a ajudarão a aprender todas as habilidades do desenvolvimento, como o contacto visual, habilidades de linguagem e de conversação, o brincar, o faz de conta, a criatividade, e comportamento.

Existem muitas críticas a terapia Son-Rise, até o momento, ainda não se realizou nenhum teste longitudinal rigoroso quanto a sua eficácia. Foi questionado se Ruan Kaufman seria realmente uma criança com autismo antes de ser tratado, já que ainda não há cura para o autismo (Siegel, 2008). Não há casos documentados de normalização em crianças mais velhas e é possível que o sucesso dependa de “um certo nível de potencial intelectual”. Alguns profissionais questionam a ênfase posta no contacto visual e os seus potenciais problemas para algumas crianças (Siegel, 2008).

Em comparação com o modelo DIR-Floortime, os princípios do modelo Son-Rise é semelhante aos princípios do Floortime.

5.2. Outros tratamentos

Ainda que a intervenção educacional seja a chave para melhorar a vida das crianças com autismo, existem outras abordagens de intervenção. Estas terapias complementares incluem entre elas a Terapia Ocupacional, fonoaudiológicos, equiterapia, musicoterapia, hipoterapia

esportes, arte e outros, e são realizadas individualmente ou não. Estas terapias não têm uma linha formal que os caracterize no tratamento do autismo, e que por outro lado dependem directamente da visão, dos objectivos e do bom senso de cada profissional que os aplica, mas todas podem ajudar aumentando as oportunidades de comunicação, desenvolvendo a interacção social e proporcionando conquistas. Estas abordagens podem proporcionar maneiras positivas e seguras da criança com autismo a desenvolver relações em ambiente protegedor (Mello, 2005).

Muitas vezes, pode-se dizer que o tratamento vale a pena, pelo facto de alguns pais e profissionais acreditarem que certas abordagens terapêuticas exerçam papel importante no desenvolvimento das habilidades comunicativas e na redução dos sintomas comportamentais associados com o autismo e declararem que não sentiram melhora nos filhos, mas que tiveram sorte com a actuação do profissional, que foi muito boa e relaxante para eles mesmos (Mello, 2005).

Para uma escolha certa da abordagem terapêutica é importante reunir informações sobre o tratamento. Estudos defendem que todas estas propostas de intervenção terapêuticas deverão ser iniciadas o mais cedo possível, de forma intensiva e envolver as famílias de forma activa (Pereira, 1999).

Não existe um tratamento específico para a criança com autismo. Existem muitas abordagens individualizadas para o autismo, dependendo do autor, escola ou grupo de cada um. Os resultados variam. São diferentes desempenhos e entusiasmos por este ou aquele método, que leva a resultados confiantes e a não supremacia de uma abordagem terapêutica sobre outra (Gauderer, 1997).

5.3. Investigações sobre a eficácia dos métodos de intervenção

Existem muitas abordagens de intervenção, incluindo os modelos cognitivo-comportamentais ABA, Floortime, Son-Rise, PECS e Teacch. Temos as abordagens holding, medicação, Terapia da Fala e música, Terapia Ocupacional (Grenn et al, 2006; Hess, Morrier, Heflin, & Ivery, 2008). No entanto, há pouca evidência empírica para a eficácia de muitas destas abordagens e evidências disponíveis que mostra resultados mistos (Foxy, 2008; Schechtman, 2007; Smith, 1999).

Em 1992, Pfeiffer e Nelson, do Institute of Clinical Training and Research, conduziram uma investigação onde colocavam várias questões e peritos no autismo e nas quais se destacava: “*Quais considera serem os dados de investigação mais significativos e os modelos de tratamentos com sucesso?*” (Pereira, 1996 et. al.).

Claramente, a abordagem mais rigorosa a esta pergunta é uma revisão das meta-análises que tomaram em conta não só os resultados dos vários estudos individuais, mas também o rigor metodológico de cada estudo.

Reichow & Wolery (2009), na sua meta-análise concluiu que as descobertas sugerem que a intervenção intensiva precoce comportamental é uma forma eficaz de tratamento para crianças com autismo.

Pfeiffer-Scheffer et al (2011), na sua meta-análise, concluiu que os resultados suportam fortemente a eficácia da intervenção intensiva precoce comportamental.

Vários estudos têm concluído que, embora a intervenção intensiva comportamental precoce tem benefícios significativos para a criança com autismo, há grandes diferenças individuais na resposta ao tratamento e a maioria das crianças continua a exigir serviços especializados (Eikeseth, 2009; Smith, 1999).

Outra pesquisadora, Spreckley (2008), critica na sua meta-análise, que actualmente há evidências insuficientes de que o ABA tem melhores resultados que o tratamento padrão para crianças com autismo. Devidamente alimentado ensaios clínicos com resultados mais amplos serão necessários.

Segundo Gauderer, não existe um tratamento específico para o autismo. Existem muitas abordagens individualizadas, 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 entusiasmo, por este ou aquele método, levando a resultados confiantes e a não supremacia de uma abordagem terapêutica sobre outra” (Gauderer, 1997).

Capítulo VI – Estudo Empírico

6.1. Área temática

Este estudo usa, além de Estudo Teórico já descrito nos capítulos anteriores e que entregou o processo de análise da eficácia de Programas de Intervenção a nível de Teoria Cognitiva Comportamental e a Inclusão de crianças com Autismo, a abordagem de entrevistas com especialistas. Neste caso, o foco foi o conceito de estratégias para melhorar a inclusão concreta social e escolar.

Trata-se de um estudo pautado na abordagem qualitativa envolvendo pesquisa de informação sobre a aplicação dos modelos de intervenção precoce, de instituições especializadas em ensino especial e salas estruturadas de incentivo a mudança de comportamento eficazes para a inclusão de crianças com autismo.

O plano de investigação é descritivo, explorativo e resulta directamente de pesquisa bibliográfica efectuada e da análise da literatura existente que já foi descrito nos capítulos anteriores. A investigação foi efectuada através de entrevistas com especialistas, onde o investigador é o instrumento de recolha de dados.

Os roteiros para as entrevistas foram elaborados contemplando uma parte, referiram-se às questões sobre a visão dos especialistas a cerca de Programas de Intervenção de Teoria Cognitiva Comportamental e a inclusão, bem como das relações significativas entre a reabilitação precoce e a melhora da situação escolar das crianças autistas.

Uma vez realizadas as entrevistas, passou-se à etapa de transcrição das mesmas e posterior análise interpretativa obtido. Os dados foram colectados, transcritos e analisados e as entrevistas foram gravadas através de um gravador de voz de fita cassete.

6.2. A formulação do problema

Vista o *state of the art* na investigação sobre a eficácia dos vários métodos de intervenção precoce, até agora nós ainda não sabemos se existe um método mais eficaz de intervenção precoce para a criança com autismo. Existem vários estudos, as revisões de literatura mais recentes, que são as meta-análises, não se sabem um modelo que é mais eficaz que o outro. Sendo os resultados considerados mistos. Com esse ponto de situação pergunta-se se os especialistas com experiência clínica têm o mesmo entendimento da situação, ou se tem um

outro ponto de vista? Especialistas que trabalham na área normalmente tem uma abordagem mais eclética e pragmática ao problema do que estudos sistemáticos da avaliação. Além disso, a posição profissional deles mais provavelmente vai ter um impacto no julgamento deles sobre os vários métodos de intervenção. Isso implica claramente um nível mais baixo da objectividade, mas oferece no mesmo tempo a possibilidade de identificação de aspectos importantes que não são cobrados pelas medidas dos estudos de investigação. Por este razão foram feitas seis entrevistas com especialistas da área da intervenção precoce com crianças com autismo.

6.3. A questão de investigação

A nossa questão geral é a mesma como for na análise da literatura: As metodologias usadas pelos programas de intervenção são, mas desta vez na opinião dos especialistas, eficazes para a criança com autismo?

6.4. Objectivos

6.4.1. Objectivo Geral

O estudo relatado tem como objectivo geral entender como especialistas da área avaliam a eficácia de modelos de intervenção pedagógica aplicada para criança com autismo, no seu comportamento e cognitivo para melhorar a sua inclusão.

6.4.2. Objectivo Específico

Mais específico, o objectivo foi a colecção e interpretação das respostas das especialistas ao pergunta se através de vários modelos de intervenção é possível desenvolver e promover as competências do processo de autonomia emocional e cognitivo-comportamental das crianças com autismo enquanto pessoa, para modificar os seus desvios comportamentais e melhorar a integração dessas crianças com autismo, numa classe regular e/ou numa sociedade com a maior autonomia possível.

6.5. A explicitação conceptual

Antes o planeamento do estudo empírico, abordaremos o tema, numa perspectiva histórica sobre o autismo, onde se pretende colher dados para a inclusão, ilustrando as forças em presença na caminhada da modificação de comportamento entender as metodologias

cognitivas e comportamentais e a terapia Cognitivo-Comportamental aplicada pelos modelos de intervenção (ver Capítulo V). Em seguida, fizemos uma breve mas sistemática revisão da literatura sobre estudos empíricos sobre a eficácia desses modelos de intervenção os seus objectivos e inclusão (ver Capítulo V, 5.3.).

Os resultados deste estudo teórico mostram que ainda é demais cedo para afirmações fortes e fundamentadas sobre a eficácia dos vários métodos da intervenção. Assim, a área de investigação ainda encontra-se num estado cedo em que uma abordagem da elaboração e descrição faz mais sentido do que o teste de hipóteses prematuros (Rozin, 2001). Por este razão, estudaremos o modo como é feito a intervenção educativa dessas crianças através de entrevistas feitas com especialistas da área.

6.6. Definição do problema

Diante da problemática que está a ser estudada, ainda não é claro que são os Modelos de Intervenção que são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com Autismo. Foram analisados os cinco modelos mais usuais de intervenção, que aplicam a terapia cognitivo-comportamental: TEACCH; ABA; PECS; SON-RISE; DIR-FLOORTIME..

Cada programa tem uma forma diferente de intervir aplicando a teoria cognitivo-comportamental, sendo que todos os programas têm o mesmo objectivo, que é a inclusão social e escolar da criança com autismo.

6.7. Definição da hipótese e das variáveis

Na definição das hipóteses temos que distinguir entre dois níveis diferentes. Um nível e a situação empírica da intervenção precoce em geral para o que nosso estudo empírico só permite um acesso indirecto. O outro nível e o conhecimento e julgamento dos especialistas na área que foi elaborado pelas entrevistas.

No primeiro nível, a hipótese geral pode ser expressado numa língua causal: As crianças com autismo são reabilitadas com eficácia pelos modelos de intervenção, para serem incluídas na escola. Significa que a nossa variável independente é se ou não tem intervenção precoce e também o método de intervenção. E a variável dependente é se a criança com autismo tem um desenvolvimento melhor ou um desagravamento dos problemas associados ao autismo.

No segundo nível existem várias possibilidades da situação empírica que podem ser encontrados nas entrevistas. Por um lado era possível que existe um consenso entre os especialistas, baseado no conhecimento e experiência partilhada dentro da comunidade profissional, que intervenção precoce em geral tem alguma eficácia (um resultado que pode ser espetado uma vez que os especialistas trabalham neste área) mas que – contrario à situação da investigação sistemática – um ou vários modelos de intervenção precoce são claramente mais eficaz do que outros. Por outro lado era também possível que cada especialista tem uma representação diferente do que os outros, com preferências e convicções idiossincráticas. Isso implicava que não existe um consenso sobre a eficácia das várias abordagens da intervenção. Finalmente era também possível que existe um conhecimento partilhada entre os especialistas que corresponde mais ou menos da situação na literatura científica, que expressava-se no consenso que intervenção precoce pode ter resultados positivos para a integração de crianças com autismo, mas não existe um método da intervenção que mostra num nível geral melhor resultados do que outros.

6.8. População/Amostra

Os entrevistados eram Especialistas com experiências clínicas em intervenção precoce. Para assegurar alguma representatividade minimal da amostra foram escolhidos especialistas com papéis e experiências diferentes, assim, temos uma amostra heterogenia. Também for decidido entrevistar especialistas que não têm contacto um com o outro para assegurar a independência das respostas deles. Assim, ninguém dos especialistas trabalha no mesmo local, nem esta numa relação privada ou profissional com outros especialistas entrevistados.

Alem de facto que todos os especialistas foram Portugueses com residência em Portugal, o tema de trabalho não implicou hipóteses específicas sobre o contexto português.

Nota: Os entrevistados não serão identificados, para proteger os seus anonimatos.

Entrevistado 1 (anexo 8) – Especialista em Educação Especial, de um centro de reabilitação.

Entrevistado 2 (anexo 9) – Psicóloga Clínica, de um centro de reabilitação.

Entrevistado 3 (anexo10) – Psicóloga Clínica e Terapeuta, de um centro de reabilitação.

Entrevistado4 (anexo 11) - Socióloga e Especialista em Educação Especial, de um centro de reabilitação.

Entrevistado 5 (anexo 12) – Psicopsiquiatra, de um centro desenvolvimental, hospital público.

Entrevistado 6 (anexo 13) – Psicólogo Clínico, de um centro de reabilitação.

6.9. Procedimentos

Como já foi descrito nos capítulos I a V, a pesquisa teórica foi realizada por meio de análise crítica bibliográfica e documental a respeito da eficácia dos modelos de intervenção e a melhora na inclusão de crianças com autismo.

O roteiro para as entrevistas foi elaborado contemplando uma parte, referiu-se às questões sobre a importância da intervenção precoce e a eficácia dos modelos de intervenção aplicada em crianças com autismo e a reabilitação das mesmas para uma inclusão com seus pares.

Os dados foram colectados, transcritos e analisados e as entrevistas foram gravadas com um gravador de voz e ocorreram nos centros de reabilitação, onde os entrevistados puderam ter a disponibilidade de tempo, para responder as perguntas com tranquilidade. Uma vez realizada as entrevistas, passou-se á etapa de transcrição das mesmas e posterior e da análise somatória e qualitativa. Uma vez que o tema da investigação não foi o comportamento verbal das pessoas que foram entrevistadas, mas sim o entendimento das construções sociais de ponto de vista das especialistas foi escolhido um abordagem hermenêutico e interpretativo em vez do que uma análise de conteúdo categorial/quantitativo (Günther, 2006).

6.10. Instrumentos de Investigação: inquérito semi-estruturado/entrevista; Observação

A colecção dos dados foi feita através de entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas na sua totalidade em um gravador de voz. As perguntas estavam relacionadas ao autismo, a intervenção precoce e os modelos de intervenção (ver Anexo 6). O objectivo da entrevista foi recolher dados sobre as construções das especialistas sobre a eficácia dos modelos de intervenção precoce para melhorar a inclusão de crianças com autismo. Para um entendimento mais correcto das respostas, as perguntas sobre os modelos específicos foram contextualizados em perguntas mais gerais sobre o contexto das intervenções. Em concreto, cada entrevista foi uma combinação de seis blocos de perguntas: A) Legitimação e motivação do entrevistado B) perfil do entrevistado C) Autismo D) Intervenção Precoce E) Modelos de

Intervenção F) Problemática Inclusão (ver Anexo 6). Em total, cada entrevista incluiu 22 perguntas (ver Anexo 7).

6.11. Tratamento de Dados

As respostas das entrevistas foram transcritas pela investigadora, já omitindo já expressões não relevantes ou redundantes. Depois a eliminação de toda a informação que permitia a identificação da identidade pessoal dos especialistas, estas transcrições foram documentados num Protocolo de Entrevista para cada especialista (ver Anexos 8-13).

Depois, as respostas dos especialistas foram somadas e interpretadas a face das perguntas de investigação.

6.12. Apresentação dos Resultados

Os resultados da investigação têm a forma dos sumários das respostas dos especialistas que são listados a seguinte:

(Anexo 8) Entrevista 1 - O autismo é uma doença mental. A intervenção precoce é bastante importante porque se pode moldar todos os comportamentos e aprendizagens desde pequenos sendo mais fácil a reabilitação e até mais rápida. E quando reabilitada, a criança poderá frequentar o ensino regular. Inicialmente poderá ser necessário algum acompanhamento específico, mas depois consegue acompanhar os seus pares (cada caso é um caso). A teoria cognitiva comportamental trabalha com o cognitivo da criança com autismo a modificação do seu comportamento. Os modelos de intervenção são eficazes a cada um de uma maneira, sendo o modelo ABA exclusivo para as crianças com autismo, o mais eficaz. Quanto a inclusão escolar das crianças com autismo acredita-se quando existe uma intervenção precoce e quando existe uma escola com pessoas formadas e abertas a este tipo de situações, a inclusão é obrigada a existir a integração é que é preciso ser feita correctamente, o que nem sempre acontece. A cura não existe mas a reabilitação para uma vida independente é possível.

(Anexo 9) Entrevista 2 - A doença mental e o autismo são coisas diferentes. É possível com uma intervenção precoce ter casos que se perde o diagnóstico, em casos graves acontece de não ter nenhum resultado. Através de um modelo eficaz a criança pode ser reabilitada e incluída. A maioria dos modelos de intervenção foi feita exclusivamente para crianças com autismo. O ABA é o único modelo de intervenção que tem evidência científica, sendo o

modelo mais eficaz, pois ele prepara a criança para que ela possa ser integrada com sucesso. A terapia cognitiva comportamental é aplicada para que a criança use as suas emoções para tentar que esses comportamentos que interferem a aprendizagem deixem de existir para que as competências comecem a ser ganhas e ser áreas fortes da criança. Se a aplicação do modelo de intervenção não reabilitasse a criança para a inclusão, não fazia sentido. Não percebo essa inclusão onde a criança vai a sala de ensino regular duas ou três vezes.

(Anexo 10) Entrevista 3 – A intervenção precoce é muito importante para a reabilitação da criança com autismo. As metodologias aplicadas pelos programas de intervenção podem melhorar a inclusão de crianças com autismo, mas há uma grande diferença entre cada metodologia, ou seja depende muito e é difícil tomar partido, também as pessoas são tão diferentes, precisava de um modelo para cada pessoa. A metodologia ABA é muito mais eficaz. O ABA vai aos sintomas centrais no autismo, vai atacar o autismo em si. O TEACCH é um veículo para a inclusão, ou seja o papel enquanto agente social é promover e facilitar o acesso do cidadão com deficiência para a inclusão, todo esse tipo de processo cognitivo-comportamental estão comprometidos, portanto como costumam dizer vai-se fazer um boneco, fazer o horário visual (são muitos marcadores visuais), por na parede para o miúdo poder consultar e só para facilitar o acesso daquela pessoa a sociedade. A metodologia do SON-RISE tem alguns pontos de contactos, começa ali uma relação, parece mais um esquema de pirâmide. A gente ganha uma bolsa e tem que vendê-la para mais três amigos (...). A metodologia do FLOORTIME é assim só brincadeiras, mas é o modelo DIR e portanto também tem integração social, terapia ocupacional e terapia da fala, Markaton são gestos e imagens, ao mesmo tempo. É uma teoria da psicanálise e é uma boa terapia para crianças jovens, fica a falta só a parte académica. O modelo Son-Rise começa no Floortime e são modelos ecléticos e são eficazes a maneira de cada um. A teoria cognitivo-comportamental aplicada em crianças com autismo é baseado em Shopper, o pai do TEACCH, que era cognitivista, a teoria dele é eclética. Shopper percebeu que a grande arma do autismo é a educação (...).O PECS é um processo de imagem por meio de troca, o miúdo não sabe falar, mas se quer uma bolacha, é um ABA verbal, ele aprende que se disser aquilo ele ganha uma bolacha. A inclusão de crianças com autismo no ensino regular depende muito de quem está a volta do aluno com autismo. Isso é feito porque o aluno começa a fazer algumas tarefas de inclusão, se o aluno tem sempre um trabalho que é adaptado e feito para ele trabalhar no individual com o docente na zona aprender é isso que ele vai levar para a turma do regular, a professora vai fazer um trabalho manual é um bom momento para a inclusão. Um autista não-

verbal com défice cognitivo grande está errado querer que esse aluno tem que estar 50% em turma. É possível a inclusão, mas não a tempo inteiro, não é benéfico para o aluno autista.

(Anexo 11) Entrevista 4 - A aplicação de modelos de intervenção quanto mais cedo é melhor para a criança com autismo, mas depende do modelo. Para mim o ABA não faz sentido. Pedir para a criança para fazer determinada acção em troca de outra coisa não está correcto. O modelo Teacch está mais associado. O Floortime é muito idêntico ao Son-Rise, sendo um aplicado por profissionais e o outro por pais e/ou voluntários. Embora o Floortime também tenha essa teoria de dar algo em troca. O modelo Son-Rise é mais eficaz por ser brincadeiras sem dar nada em troca. A única coisa que dá-se em troca é o incentivo. Quando o modelo aplicado tenta entrar no mundo da criança, está a ver como é que conseguimos que a criança nos aceite naquilo que está a fazer é a terapia cognitiva comportamental a ser aplicada, pois estamos a trabalhar com o pensamento da criança, aí sim... ela vai mudar o comportamento. Depende da criança com autismo para integrar-se a um horário integral. Os professores não interagem com a criança da melhor maneira. Eu acredito na inclusão.

(Anexo 12) Entrevista 5 - A intervenção precoce é muito importante. A aplicação de um modelo de intervenção, pode sim reabilitar uma criança com autismo, mas depende muito do modelo aplicado, principalmente se o modelo for eclético. O Teacch é um modelo pedagógico, que é muito importante e eficaz, quando é bem organizado, mas isso não é terapêutico é pedagógico. O ABA deixa a criança robotizada. O modelo dirige apenas aos comportamentos de superfícies, não dirige a aquilo que é genuíno, que são as emoções da criança. O PECS não dá resultado, só serve para acabar com a comunicação da criança com autismo. O DIR-Floortime trabalha com brincadeiras, qualquer tipo de brincadeiras, que a criança escolha a actividade, não ensina nada a criança, aquilo que ela vai aprender é na relação, que é afectar o outro, como comunicar, como se pode zangar, etc. O Son-rise tem semelhanças com o Floortime, sobretudo na parte de integração sensorial. O Son-rise é um pacote de marketing que se está embrulhado e a principal diferença é que o Floortime é aplicado por profissionais e não se tira a criança do seu meio natural e é mais barato. Existem mais de 40 modelos de intervenção para crianças com autismo. Não existe nenhuma evidência nos modelos de intervenção. No momento o modelo mais eficaz é o DIR-Floortime por ter a característica típica de basicamente ser destinada a criança, ao interesse da criança. Há programas comportamentais, pois não há nenhum programa que se inspire directamente na prática cognitivo comportamental. As crianças com autismo diagnosticadas mesmo, tenho

dúvidas da sua inclusão, mas elas precisam dessas unidades de ensino estruturado que há nas escolas. Acredito na inclusão se a criança não tem problemas cognitivos e se tem comportamento controlado. Há criança com autismo que conseguem funcionar muito bem na escola, aprender.

(Anexo 13) Entrevista 6 - A intervenção é muito importante, mas depende do modelo de intervenção aplicado para reabilitar a criança com autismo. O único modelo que foi feito exclusivamente para a criança com autismo é o ABA. É o modelo que apresenta o melhor resultado, baseado em evidência científica. Os outros modelos para mim não são eficazes. Não têm evidências científicas. A terapia comportamental é melhor aplicada em crianças com Asperger. Acompanhar o currículo é impossível para uma criança com autismo que tenha déficit cognitivo. Acredito na inclusão parcial, em horários quando o professor não está a explicar matéria. Infelizmente a escola ainda não está preparada para lidar com a criança com autismo.

Capítulo VII – Discussão dos Resultados

Os especialistas entrevistados mostraram um consenso sobre a ideia que a intervenção precoce é muito importante e quanto mais cedo for aplicada por um modelo de intervenção adequado pode trazer a diferença em termos cognitivos e de qualidade de vida da criança com autismo, pode reabilitar a criança para frequentar o ensino regular.

A maioria dos especialistas afirmou que nenhum tipo intervenção definitiva comportamental ou desenvolvimental melhora todos os sintomas para todos os indivíduos com autismo. Os modelos de intervenção a nível cognitivo-comportamental são modelos ecléticos e são considerados eficazes a cada um a sua maneira.

Não houve consenso sobre a eficácia das abordagens diferentes, isso corresponde ao facto que não existe nenhuma evidência científica que mostre, se um modelo é mais eficaz que o outro.

Capítulo VIII - Conclusão

Neste trabalho foi retratado o autismo dentro de uma perspectiva de sensibilização, responder a uma necessidade que tem vindo a sentir-se, no campo da educação especial e da reabilitação de crianças com autismo (Fonseca, 1997).

O autismo é um transtorno que caracteriza-se com a dificuldade de interacção à capacidade para estabelecer relações sociais e a falta de resposta e de motivação para contactos com seus pares. Com isso a criança necessita de uma dedicação exclusiva dos pais e todos os envolvidos com a criança com autismo (Bautista, 1997).

Com esta designação queremos destacar o trabalho de profissionais que utilizam-se as técnicas de intervenção precoce para a modificação de comportamento (Fester, 1961), eficazes, sendo reconhecida como a melhor forma de melhorar a qualidade de vida destas crianças e de as aproximar do mundo das outras pessoas (Bautista, 1997; Rogers & Vismara, 2008).

Que nos estudos meta-análise e entrevistas com especialistas da área, que nenhuma das propostas estudadas provou ser capaz de curar o autismo, mas ajudou em uma redução da sintomatologia e uma melhora no comportamento da criança com autismo para a sua inclusão. Embora essa revisão sugere que o programa de Lovaas pode melhorar alguns sintomas núcleo de autismo em comparação com a Educação Especial, estes resultados são baseados em partilha de alguns, estudos metodologicamente fracos, com poucos participantes e relativamente a curto prazo de seguimento (Ospina et al 2008). Como nenhuma intervenção definitiva comportamental ou desenvolvimento melhora todos os sintomas para todos os indivíduos com autismo, recomenda-se que o manejo clínico a ser guiado pelas necessidades individuais e disponibilidade de recursos (Ospina et al 2008).

Concluimos que existe muitas controvérsias quanto à eficácia das intervenções intensivas precoce para crianças com autismo (Smith, 1999). Algumas abordagens foram comprovadas cientificamente, outras não. Estudos têm relatado resultados mistos (Eikeseth, 2009). É preciso saber escolher o que for melhor para a criança, tanto o programa educacional e a abordagem terapêutica devem estar adequados às necessidades individuais da criança com autismo (Sampaio, 2008).

Independente da abordagem terapêutica utilizada é importante reunir informações sobre o tratamento. Nenhuma das propostas terapêuticas estudada provou ser capaz de curar o autismo, mas cada uma a sua maneira ajudou em uma redução dos sintomas e uma melhora no comportamento da criança com autismo para a sua inclusão.

Aconselha-se que se faça muitas perguntas aos profissionais da área e mantenha-se actualizado sobre novos estudos e pesquisas sobre o autismo. Guralnick argumentou que a próxima geração de pesquisa em intervenção precoce deve progredir além de demonstrações básicas e da sua eficácia. Há uma necessidade de estudos que delineiam quais aspectos do início da intervenção são mais eficazes e para quais populações. Ao passo que as pesquisas sobre o autismo forem aperfeiçoando-se, as práticas também deverão ser e procurar a constante actualização das propostas de intervenção e dos profissionais envolvidos (Guralnick, 1998).

Alinea Gonçalves: Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo.

Linhas de Investigação

Autismo, Modelos de intervenção precoce e Inclusão.

Referências Bibliográficas

- Aiello, Ana Lúcia Rossito (2002). *Identificação precoce de sinais de autismo*. In: Guilhardi, Hélio José (org.). Sobre comportamento e cognição – contribuições para a construção da teoria do comportamento. Vol. 9. Santo André: Esetec.
- AMA (2005). Associação Mão Amiga. Associação de Paris e Amigos de Passos Autistas. Consultado em 02/06/2011, em <http://www.maoamiga.org>.
- Amiralian, Maria L. T. (2005). *Desmistificando a inclusão*. Revista Psicopedagogia, 22(67), p. 59-66,
- Almeida, A. (1997). *As relações entre pares em idade escolar*. Um estudo de avaliação da competência social pelo método Qsort. Tese de Doutorado, Universidade do Minho, Portugal.
- APA. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- APPDA-Lisboa. (2011). Ensino Estruturado/Metodologia TEACCH. CD.
- APPDA-Lisboa. (2011). ABA – Análise Funcional do Comportamento – CD.
- Aranha, M. S. L. F. (1993). A interação social e o desenvolvimento humano. *Temas em Psicologia*, 3, 19-28. Associação Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Asperger, H. (1994). *Autistic Psychopathy in Childhood*. In U. Frith (ed.) (1997) *Autism and Asperger Syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1979). *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Interramericana.
- Baptista, C. R. (2002). Integração e autismo: análise de um percurso integrado. In C. R. Baptista & C. A. Bosa (Orgs.), *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção* (pp. 127-139). Porto Alegre: Artmed.
- Baptista, C. R. & Oliveira, A. C. (2002). Lobos e médicos: primórdios na educação dos “diferentes”. In C. R. Baptista & C. A. Bosa (Orgs.), *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção* (pp. 93-109). Porto Alegre: Artmed.

Bautista, R.(coord.), (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Dinalivro. Lisboa.

Bagaiolo, L.; Guilhardi, C. (2002). *Autismo e preocupações educacionais: um estudo de caso a partir de uma perspectiva comportamental compromissada com a análise experimental do comportamento*. In: Guilhardi, H. J. (org.). *Sobre comportamento e cognição – expondo a variabilidade*. Vol. 9. Santo André: Esetec.

Beyer, H. O. (2005). *Inclusão e avaliação na escola de alunos com necessidades educacionais especiais*. Porto Alegre: Meditação.

Bondy, A., & Frost, L. (1994). The picture exchange communication system. *Focus on Autistic Behavior*,9, 1–19.

Bosa, C. A. (2006). *Autismo: intervenções psicoeducacionais*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 47-53.

BOSA, Cleonice & HÖHER, Síglia. (2009). *Autismo e inclusão: possibilidades e limites*. In: GOMES, Mário (org.). *Construindo as Trilhas para a Inclusão*. Petrópolis, R.J: Vozes. (Coleção Educação Inclusiva).

Caballo, V. E., & Simón, M. A. (2005). *Manual de Psicologia Clínica e do Adolescente _ Transtornos Específicos*. São Paulo: Santos.

Carr, D. & Felce, J. (2006). *Increase in production of spoken words in some children with autism after PECS teaching to Phase III*. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*.

Chamberlain, B. O. (2002). Isolation or involvement? The social networks of children with Autism included in regular classes. *Dissertation Abstracts International*, 62 (8-A), 2680. (UMI No.AAI3024149).

Conselho Nacional de educação – CNE (1999). “*Educação Inclusiva a partir da escola que temos*” – p.28-29.

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

Correia, L. M. (1999). *O papel da escola na transição para a vida activa de alunos com necessidades educativas especiais*. *Revista Sonhar*, 2-3, 201-207.

Alinea Gonçalves: Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo.

Correia, L.M. (2000). *Uma Escola para Todos: Atitudes dos professores Perante a Inclusão*. Revista Inclusão: 15-28, vol.1.

Correia, L.M. (2008). *A Escola Contemporânea e a inclusão de alunos com NEE. Considerações para uma educação com sucesso*. Porto Editora: Porto.

Cutler, B. Rocca, J. (2005). *Today's criteria inclusion of student with autism/ PPD in Natural Commuties*.

Delors, J. et al. (orgs) (1996). *Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI*. Rio Tinto: Edições ASA.

Eikeseth, S. (2009). *Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism*. Research in Developmental Disabilities, 30, 158–178.

Ferster, C.B. (1961): *Positive reinforcement & behavioral deficits of autistic children, in Child Development*, nº 32, pp. 437-456.

Folstein S and Rosen-Sheidley B.(2001). *Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder*. Nature Reviews Genetics 2., 943-955.

Fonseca, Vitor. (1997). *Educação Especial Programa de Educação precoce*. Editora Notícias: Lisboa.

Foxx, R. M. (2008). *Applied behavior analysis treatment of autism: The state of art*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of America, 28, 821-834.

Frith, Uta (1989). *Autism – explain the enigma*. Massachussets: Blackwell Publisher Inc.

Frith, Uta. (1996). *Autism: explaining the enigma*. Oxford, UK: Blackwell.

Frith, Uta. (2005). *Autism Explaining the enigma*. Malden: Oxford: Editor Blackwell Publishing

Gaudere, C. E. (1997). *Autismo e Outros Atrasos Do desenvolvimento: Guia Prático para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Revinter.

Grave, Resendes e Soares, J. (2002). *Diferenciação pedagógica*. Universidade Aberta: Lisboa.

Green, V. A., Pituch, K. A., Itchon, J., Choi, A., O'Reilly, M., & Sigafos, J. (2006). *Internet survey of treatments used by parents of children with autism*. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 70–84.

Greenspan, S. & Wieder, S. (2007). *The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders – Reaching beyond Autism*. Acedido em 16/01/2011. Disponível em: <http://www.icdl.com/dirfloortime/overview/index.shtml>.

Günther, H. (2006) Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 201-210.

Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, vol. 102, n.º 4, pp. 319-345.

Gupta, A. & State, M. (2006). Autismo: genética. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 29-38.

Hess, K. L., Morrier, M. J., Heflin, L. J., & Ivey, M. (2008). *Autism treatment survey: Services received by children with autism spectrum disorders in public school classrooms*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 961–971.

Hewitt, S. (2006). Compreender o Autismo. *Estratégias para alunos com autismo nas escolas regulares*. Porto: Editora Porto.

Höher, S.P. & Bosa, C.A. (2009). *Competência Social, Inclusão Escolar e Autismo: Revisão crítica da Literatura*. *Psicologia & Sociedade*; 21(1): 65-74.

Höher, S.P. & Bosa, C.A. (2009). *Competência Social, Inclusão Escolar e Autismo: Revisão crítica da Literatura*. *Psicologia & Sociedade*; 21(1): 65-74. In <http://meuartigo.brasilecola.com/psicologia/autismo-possiveis-intervenções-na-abordagem-cognitiva-htm>, em 22/03/2011.

ICD10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão – volume 1 – Organização Mundial de Saúde – OMS, Genebra, Suíça, 2007.

Alinea Gonçalves: Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo.

Jacobson, J., Mulick, J. & Green, G. (1998). Cost-benefit for early intensive behavioral intervention for young children with autism-general model and single state case. *Behavioral intervention*. 13: 201-226.

Joyce-Moniz, Luíz. (2005). *A Modificação do Comportamento. Teoria e prática da Psicoterapia e Psicopedagogia Comportamentais*. Lisboa: Livros Horizonte..

Kanner, L. (1943). Affective disturbances of affective contact. *The Nervous Child*, 2, 217 - 250.

Lindsley, O., Skinner, B. & Solomon, N. (1953). *Studies in behavior therapy. Status report 1. Waltham Mass.: Metropolitan State Hospital*.

Lopes, M. (1997). *A educação especial em Portugal*. Ed. APPACDM: Braga.

Lovaas, O. (1969). *Behavior modification: teaching language to psychotic children* (filme sonoro). New York: Appleton, Century-Crofts in Joyce-Moniz, L. (2005). *A Modificação do Comportamento. Teoria e prática da Psicoterapia e Psicopedagogia Comportamentais*. Lisboa: Livros Horizonte.

Lovaas, O. Ivas & Smith, Tristan (2002). *Uma teoria conductual comprehensiva del autismo como paradigma para investigación y tratamiento*. Disponível em <http://www.comportamental.com>. download realizado em Abril de 2011.

Madureira, L.P. & Leite T.S. (2003) . *Necessidades educativas especiais*. Universidade Aberta: Lisboa.

Marques, T. (2002). *Autismo: que intervenção?* Cidade solidária, 8, 99 – 104.

Marques, C. (1998). *Perturbações do espectro do Autismo: ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães*. Dissertação de mestrado não publiccada. faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, Universidade de Coimbra.

Mello, A. M. S. R. (2003). *Autismo – Guia prático*. 2 ed. Em pdf, 2003. Disponível <http://www.ama.org.br>. Download realizado em Março de 2011.

Mello, A. M. S. R. (2005). *Autismo: Guia Prático – 4 ed*. São Paulo: AMA; Brasília: CORDE, 103 p.: il.

Alinea Gonçalves: Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo.

Mello, A.M. S. R. & Vatauvuk, M.C. (2007). *Autismo: Guia Prático*. 5 ed. São Paulo: AMA; Brasília: Corde.

Morato, P. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem*. 2 ed. Secretariado nacional de reabilitação: Lisboa.

Oliveira, A. C. (2002). *O autismo e as “crianças-selvagens”*: da prática da exposição às possibilidades educativas. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ospina, M.B, Krebs, J.S., Clark, B., Karkhaneh¹, M., Hartling¹, L., Tjosvold, L., Vandermeer, B. & Smith, V. (2008). *Behavioural and Developmental Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Clinical Systematic Review*. Plos ONE 3: e 3755.

Pereira, E.G. (2005). *Autismo. A família e a escola face ao autismo*. Porto: Galivro

Pereira, E.G. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Secretariado de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Pereira, E.G. (1999). *Autismo: o significado como processo central*. Lisboa: Secretariado de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Peters-Scheffer, N., Didden, R., Korzillus, H. & Sturmey, P. (2011). *A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with Autism Spectrum Disorders*. Research in Autism Spectrum Disorders 5, 60-69.

Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, February, 109–120.

Ramey, S. L., & Ramey, C. T. (1999). Early experience and early intervention for children at risk for developmental delay and mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 1–10.

Reichow, B., & Wolery, M. (2009). *Comprehensive synthesis of early intensive behavioral interventions for young children with autism based on the UCLA young autism project model*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 23–41.

Alinea Gonçalves: Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo.

Revista Autismo (2010). Informação gerando ação, 1 em 110, Crianças nascidas nos Estados Unidos está no espectro autístico, nº 0, ano 1, Guia Brasil.

Riviere, A. (1989): *Educación del niño autista*, in Manual de Educación Especial de J. Mayor. Anaya. Madrid.

Rocha, P.P. (1991). *A Saga do autismo*. Lelu: ed. Rio de Janeiro.

Rocha, P.P. (1991). *A Saga do autismo*. Lelu: ed. Rio de Janeiro, citado in: <http://meuartigo.brasescola.com/psicologia/autismo-possiveis-interacoes-na-abordagem-cognitiva-htm>, retirado 22/03/2011.

Rodrigues, D. (2001). A Educação e a Diferença. In: Rodrigues, D. (Org.) *Educação e Diferença (volume 7)*. Portugal: Porto Editora. p. 13-34.

Rodrigues, D. (2003) “Educação Inclusiva: as boas e as más notícias”, in: David Rodrigues (Org.) “*Perspectivas sobre a Inclusão; da Educação à Sociedade*”, Porto Editora, Porto.

Rodrigues, D. e tal (2007). *Percursos de educação inclusiva em Portugal*. Dez estudos de caso. Lisboa: Faculdade de motricidade humana.

Rogers, S.J., & Vismara, L.A. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 8-38.

Rozin, P. (2001). Social psychology and science: Some lessons from Solomon Asch. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 2-14.

Sampaio, A. (2008). *Transtorno Autista e a abordagem cognitivo-comportamental: possibilidade de auxílio psicológico*. Disponível em <http://www.neuropediatria.org.br/artigos/artigomes/>. Acedido a 5 de Fevereiro de 2011.

Sanches & Teodoro (2006). *Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos*. Revista lusófona de educação, nº 8, 63-83.

Sant'Ana, I. M. (2005). Educação inclusiva: concepções de professores e diretores. *Psicologia em Estudo*, 10, 227 - 234.

Sasaki, R. K. (1997). Inclusão: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA in Graciano, M.I.G.; Figueira, E. (2000). *A deficiência: aspectos sociais da reabilitação e trabalho interdisciplinar*. Temas sobre desenvolvimento, v.9, n.49, p.40-5.

Schechtman, M. A. (2007). *Scientificallly unsupported therapies in the treatment of young children with A utism Spectrum Disorders*. *Pediatric Annals*, 36, 497–505.

Schopler, E., Short, A., & Mesibov, G. (1989). *Relation of behavioral treatment to 'normal functioning': Comment on Lovaas*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 162–164.

Schopler, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M. D., & Marcus, L. M. (1990). *The Psychoeducational Profile—Revised (PEP-R)*. Austin, TX: PRO-ED.

Serra, D. C. G. (2004). *A inclusão de uma criança com autismo na escola regular: desafios e processos*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Siegel, Bryna. (2008). *O mundo da criança com autismo. Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto Editora: Porto.

Silva, P., Eira, C., Pombo, J., Silva, A., Silva, L., Martins, F., Santos, G., Bravo, P. & Rancon, P. (2003). *Análise Psicológico, programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação*, baseado no modelo D.I.R., XXI, 31-39. retirado 16/08/2011, em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n1/v21n1a05.pdf>.

Smith, T. (1999) Outcome of early intervention for children with autism. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (1), 33–49.

Tezzari, M. & Baptista, C. R. (2002). Vamos brincar de Giovani? A integração escolar e o desafio da psicose. In C. R. Baptista & C. A. Bosa (Orgs.), *Autismo e educação: reflexões e proposta de intervenção* (pp.145-156). Porto Alegre: ArtMed.

Tolezani, M. (2010). Son-Rise: Uma abordagem inovadora. *Revista Autismo* 1 em 110, Guia Brasil, Ano 1 3-11.

Alinea Gonçalves: Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo.

Vatavux, M. (2005). Método Teacch. Consultado em 02/06/2011.
<http://www.ama.org.br/teacch.htm>.

Wing, L. and Gould, J. (1979) “*Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification.*” *Journal of Autism and Development Disorders* 9, 11-30.

Wornock, H. M., (1978). *Special Education Needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped children and young people.* Her Majesty’s Stationery Office, Londres.

Zilmer, P. (2003). Reflexões sobre a prática: Escola ou clínica? In M. S. Charczuk & M. N. Folberg (Orgs.), *Crianças psicóticas e autistas: a construção de uma escola* (pp. 27-38). Porto Alegre: Mediação.

Legislativas

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2008). Decreto-lei 3/2008, de 7 de Janeiro.

UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e enquadramento da acção na área das necessidades educativas especiais: Acesso e Qualidade e inovação N1, vol.7, I.I.E, M.E, Lisboa.

Lei nº 46/86 – lei de bases do sistema educativo

Decreto Lei N 319/91 no Diário da República N° 193 de 23-08-1991

Despacho Conjunto N 105/97 no Diário da República N° 149 de 1-07-1197

Decreto Lei N 6/2001 no diário da República N° 15 de 18/01/2001

Decreto Lei N 20/2006 no Diário da República N° 22 de 31/01/2006

Webgrafia

http://www.ama.org.br/html/apre_arti.php?cod=48 , em 22/03/2011.

Alinea Gonçalves: Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo.

<http://meuartigo.brasilecola.com/psicologia/autismo-possiveis-intervenções-na-abordagem-cognitiva-htm>, em 22/03/2011.

saúde.net1 (Cientistas conseguem reverter transtorno do autismo em laboratório).

<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/12688/ciencia-e-tecnologia/cientis>, em 19/04/2011.

saúde.net2 (Variante de gene associado ao autismo é capaz de religar o cérebro).

<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/12518/ciencia-e-tecnologia/variant>, em 19/04/2011.

saúde.net3 (Actividade cerebral caracteriza vulnerabilidade genética para o autismo).

<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/12790/ciencia-e-tecnologia/ativida>, em 19/04/2011.

saúde.net4 (Novo ensaio clínico por biomarcadores precoces do autismo)

<http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/11615/ciencia-e-tecnologia/novo-e>, em 19/04/2011.

Anexos

Anexo 1

Funcionamento da Sala Estruturada – TEACCH

(Fonte de consulta – APPDA-Lisboa).

Recurso de Apoio que fundamenta a sua intervenção pedagógica nos princípios do programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) criado para o Autismo, em 1971, pelo Dr. Eric Schopler e seus colaboradores na Carolina do Norte (EUA). Consiste num programa estruturado que dá informações objectivas a criança com autismo, que tem necessidade de alguma estrutura que lhe proporcione pistas externas de modo a orientá-la no processo de aprendizagem. E no programa TEACCH, um dos aspectos pedagógicos mais importantes é precisamente o ensino estruturado, pelo que é muito importante o modo como se organiza todo o espaço. Este programa envolve os pais e todos aqueles que estão ligados directa e indirectamente no processo psico-educacional. É uma metodologia de trabalho que tem suas estratégias de intervenção específica, que caracteriza a maneira do autista de pensar e de aprender. Sendo o ensino estruturado um dos métodos pedagógicos da metodologia TEACCH, que consiste num sistema de organização do espaço, do tempo dos materiais, e das actividades a facilitar os processos de aprendizagem, autonomia e comportamental da criança. Sendo um modelo totalmente flexível, pois permite que a pessoa envolvida com o processo aplique estratégias adequadas as necessidades individuais a cada criança.

O objectivo principal é apoiar o portador de autismo em seu desenvolvimento de competências de processo de comportamental e de autonomia em casa, na escola e comunidade garantindo a sua institucionalização, para ajudá-lo a conseguir chegar á idade adulta com o máximo de autonomia possível. Ajudar os alunos autistas as relações de causa e efeito.

Esse processo é feito através da criação de situações de ensino estruturado com apoio de estruturas visuais de materiais próprio e actividades adequadas às necessidades individuais. Sendo um trabalho de motivação para explorar e aprender, com o objectivo principal de desenvolver a atenção partilhada, de interacção social, de contacto do olhar e de comunicação através do olhar, de aumentar os tempos de atenção, de concentração e de interesses pelas actividades propostas. O processo também preocupa-se em manter e aumentar a capacidade

motora e verbal, consistência da resposta, capacidade de cumprir ordens e o iniciar, realizar e terminar tarefas de maneira autónoma.

O Ensino Estruturado, TEACCH, se trabalha a linguagem, comunicação e a interacção, através do programa de linguagem do vocabulário MAKATON. O programa utiliza gestos e símbolos em simultâneo com a fala e permite desenvolver a comunicação funcional, a estrutura da linguagem oral e da literacia a facilitar o acesso aos significados.

B) Princípios

O programa TEACCH baseia-se no:

1. Interesse e facilidades dos alunos.
2. Avaliação processual e cuidadosa.
3. Assistência na compreensão dos significados.
4. Dificuldades resultantes do deficit na compreensão.
5. Colaboração e apoio aos pais.

Para o TEACCH é muito importante a interacção pais e terapeutas, a fim de determinar o que, onde, quando e como em que sequência os aprendizados devem ser realizados: Espaço físico bem delimitado; Tempo; Duração; Material.

As crianças autistas possuem uma grande acuidade visual, por isso o recurso visual deve ser sempre utilizado tanto para autistas verbais quanto para não-verbais, possibilitando a concretização da relação nome-objecto-acção e, dando significado para as palavras e para a comunicação, que é o grande problema do autista.

D) A Estrutura de uma sala TEACCH deve possuir:

- . Espaço para actividade individual com o terapeuta,
- . Espaço para actividade em grupo;
- . Espaço para lanche;
- . Espaço para o tempo livre, neste espaço o terapeuta não interfere no comportamento da criança.

No processo de comunicação, PECS (Picture Exchange communication system), sendo um sistema de comunicação alternativa.

A programação deve ser feita individualmente, obtendo o máximo de informações específicas sobre o desenvolvimento da criança, através da informação dos pais e extensa avaliação dos repertórios condutores.

E) Ambiente

O ambiente é importante, tem que ser um ambiente de firmeza e afecto, onde a criança tenha um bom convívio com as outras crianças, a desenvolver um trabalho articulado, com os docentes e com os colegas da escola e principalmente com a família. Agir em vez de reagir no sentido de se alcançar uma integração escolar com sucesso, através de programas e serviços adequados, a facilitar o trabalho de todos os implicados no processo.

F) Avaliação

Para atender a necessidade de avaliar as habilidades e défices da criança autista, como seu nível de desenvolvimento em 9 diferentes áreas funcionais e comportamentos incomuns em 4 áreas patológicas; foi desenvolvido, na divisão TEACCH da universidade da Carolina do Norte, USA, em 1976, por Eric Shopler e Reichler, o Perfil Psicoeducacional PEP-R.

G) Estrutura Física

A delimitação das diversas áreas de trabalho deve ser bem claras e transmitirem a informação sobre as actividades que aí se realizam.

Cada área tem que ter indicadores visuais da tarefa que aí se desenvolve. As delimitações físicas e visuais têm que ser muito claras porque ajudam a criança a estabelecer contextos e segmentam o meio em que a criança vive.

Cada área será somente utilizada para realizar uma actividade. A criança deve iniciar e terminar a actividade e só então passa a outra área onde terá que realizar outra actividade.

A estruturação da sala será de acordo com as áreas curriculares básica e as necessidades de cada criança.

As áreas mais importantes são a área do jogo livre, área de trabalho individual ou o um a um, onde se faz o treino de novas competências, a área de trabalho independente, onde se trabalha na manutenção e generalização das competências adquiridas na área de trabalho um a um, a

área para treino de autonomia da higiene (WC) e alimentação (área das refeições) – projecto para uma sala TEACCH – equipa dos Apoios Educativos de Odivelas.

As estruturas físicas ensinam e tornam a criança mais independente e também ajudam a minimizar problemas comportamentais.

H) Horário Diário

Na sala de aula existe um local, onde estão colocados todos os horários de trabalho e por onde cada criança tem de passar, para mudar de uma área para outra (área de transição).

Os horários podem ser fotografias, desenhos, pictogramas ou objectos concretos dependendo do nível de compreensão das crianças. Para crianças com mais dificuldades, os horários devem ser mais perceptíveis e concretos. A criança tem de perceber e de saber exactamente aquilo tem de fazer.

Geralmente os horários são presos com velcro, para que a criança os possa facilmente ir retirando assim que acaba a actividade, apercebendo-se desta maneira que o dia vai decorrendo. O horário deve ser organizado de cima para baixo e da esquerda para a direita, preparando assim a criança para a leitura e a escrita.

O horário permite à criança com autismo ultrapassar algumas das dificuldades que a caracteriza como:

- a) Dificuldades de memorização de sequências e organização do tempo;
- b) Dificuldades de compreensão de instruções transmitidas oralmente;
- c) Dificuldades de atenção;
- d) Dificuldades em lidar com mudanças.

A utilização sistemática do horário permite que estas crianças vão aprendendo a seguir regras, instruções e a desenvolver competências de trabalho autónomo, requisitos essenciais para a adaptação social ao longo da vida, aprendendo também a prever e a lidar com situações novas e imprevistas.

Em alguns casos, as palavras dizem muito pouco aos autistas. As educadoras da sala TEACCH têm alternativas com pequenos cartões, com ícones, que dizem às crianças o que têm de fazer e que ajudam as crianças com PEA a organizar-se interiormente.

D) Área de trabalho Um a Um

Esta área é o espaço para se aprender, e que deve ser estimulada para o trabalho individual com a criança para aquisição de novas competências. Ajudar a crianças a encontrar motivação para aprendizagem através de ajuda física, verbais e/ou demonstrativas, para reduzir a frustração do erro e possibilitar o sucesso.

J) Gabinete de trabalho individual

No gabinete individual, criança trabalha de forma independente. Este sistema tem por principal objectivo tornar a criança capaz de realizar uma tarefa de forma autónoma, ajudar a criança a saber o que esperamos que ela faça, a adquirir a noção de causa/efeito, a saber a quantidade de trabalho que tem de fazer e adquirir o conceito de começar, realizar e terminar uma actividade. O plano de trabalho tem que está exposto e traduz as actividades que ele vai desenvolver, nos cestos ficam os símbolos correspondentes e todo o material necessário para as tarefas específicas. A ordem de trabalho é sempre da esquerda para a direita e de cima para baixo. Os números ou as letras dão-lhes orientações muito claras sobre a ordem das tarefas que têm que realizar.

K) Área de Reunião

Desenvolver actividades para promoção da comunicação e da interacção social. Onde o aluno vai estar em grupo saber esperar e tomar a vez. Organização espaço-temporal. Diários e relatos do dia-a-dia.

L) Área de Trabalho / Actividade de grupo

Nesta área trabalha-se a noção de grupo, de convívio e de partilha e convívio social. Desenvolver actividades em conjunto expressivas, jogos de grupo. Inclusão inversa, onde pares da escola desenvolve actividades que podem servir de modelo.

M) Área de Brincar (Lazer)

Local de pausa, descanso, relaxamento, recompensa. Aprender a brincar. Nesta área as crianças podem escolher o que querem fazer. Desenvolver actividades dentro dos seus interesses, onde normalmente se permitem as estereotípias.

N) Área de Transição

Nesta área é onde a criança passa quando muda de actividade:

Horários individuais; “Onde? “Quando?”; “ O Quê?”; Confere previsibilidade, previne a resistência à mudança; Noção de sequência temporal; Facilita a compreensão de instruções verbais; Informação visual depende do nível de funcionamento do aluno.

O) Área de Trabalho no Computador

Existem crianças com pouca motivação para a aprendizagem e dificuldades nos desempenhos motores finos. A informática é utilizada para ultrapassar dificuldades, como em termos de atenção e perseverança, utilização de meios aumentativos e alternativos de linguagem. A criança também pode fazer jogos, aprender e consolidar conhecimentos. TIC, ultrapassar dificuldades de produção gráfica, generalização de competências. O trabalho pode ser autónomo, dependente ou em parceria.

P) Área para a leitura

Ver e ler livros, ver televisão ou um vídeo. Nesta área a criança pode ouvir histórias, bom para a construção de um mundo imaginário.

Q) Organização dos Materiais

A utilização de material pedagógico adequado às necessidades de cada criança é um procedimento importantíssimo, pois a criança com PEA necessita aprender cada tarefa várias vezes, e essas tarefas deveram ser trabalhadas por etapas, com o material adequado, materiais pedagógicos específicos, necessários para que a criança atinja os objectivos do seu programa educativo.

R) As rotinas

As rotinas formam uma estrutura essencial no apoio psico-educacional às crianças com PEA.

Devido à grande dificuldade que as crianças com PEA têm para compreender e lidar com situações novas e para se organizarem a elas próprias, estas crianças beneficiam muito com a utilização de rotinas sistemáticas. No entanto devem ser suficientemente flexíveis, para poderem ser usadas em várias situações e poderem eventualmente ser alteradas.

S) Plano de Trabalho

Indica as tarefas a realizar. Garante previsibilidade, cima, baixo e esquerda e direita, a noção de princípio, meio e fim. O que fazer, quanto fazer e quando acabar. Dar autonomia relativamente ao adulto.

T) Cartão de Transição

Orienta o aluno a dirigir-se à área de transição. O cartão é entregue pelo adulto.

Anexo 2

Programa de Lovaas

Lovaas e seus colegas (Lovaas, Freitas, Nelson e Whalen, 1967; Lovaas, 1968) incorporaram os métodos vicariantes na terapia polivalente das crianças com autismo, que tem vindo a ser estruturada nos últimos anos. O autismo é caracterizado por um atraso global do desenvolvimento sócioafectivo, com respostas de evitamento social, perturbações de linguagem e comportamento autodestrutivo. Nisso a criança foge ao contacto interpessoal, não tem oportunidade de imitar as outras pessoas a sua aprendizagem vicariante processa-se parcialmente, de forma limitada. A técnica de Lovaas consiste em provocar a imitação das condutas não verbais numa primeira fase do tratamento e mais tarde tentar promover outros tipos de respostas sócioafectivas mais complexas.

O terapeuta, recorre ao reforço imediato, por intermédio de comida, conduzindo assim a criança à discriminação e reprodução do comportamento observado. Caso a resposta pretendida não aconteça, o terapeuta ajuda a criança a aproximar-se da resposta:

O terapeuta coloca uma colher numa tigela e a criança não imita o gesto. Então o terapeuta pega-lhe na mão, introduz a colher nos dedos da criança e desloca a mão na direcção da tigela e obriga-a a libertar a colher. Numa segunda tentativa, o terapeuta não coloca a colher nos dedos da criança, mas conduz a mão, depois pega-lhe no pulso, no cotovelo, etc. Depois, o terapeuta toca-lhe no ombro e finalmente, executa somente a acção a imitar, nisso os progressos da tarefa são acompanhados de pequenos esforços. O tratamento inicia-se quando a criança é capaz de imitá-los com sucesso, o terapeuta exemplifica outros tipos de conduta sendo essas condutas mais complicadas, higiene pessoal, obediência a regras normas, atitudes sociais não verbais como o sorriso ou gestos de aceitação e recusa. Nisso a criança é instigada a imitar o comportamento do adulto e, depois aprender a reagir a outros tipos de estímulos, como o estímulo de seguir a instruções verbais. Provas que esta técnica tem dado resultados positivos através de vídeos gravados que Dr. Lovaas preparou para ilustrar o ensino da fala às crianças com autismo (Lovaas, 1969 in Joyce-Muniz, 2005):

O Primeiro a criança aprende a imitar sons e palavras, para depois a fazer corresponder as palavras aos objectos e situações e, finalmente, a desenvolver o discurso, que se torna cada vez mais espontâneo e cada vez menos dependente da interferência do terapeuta. Sendo o treino verbal seguido mais ou menos o esquema do não verbal.

Em 1987, o Dr. Lovaas mostrou o estudo realizado com jovens crianças com autismo que, durante dois anos, foram alvo de quarenta horas semanais de intervenção individualizada. Estas crianças eram as que apresentavam os melhores resultados. As crianças receberam treino comportamental que se centrou, em primeiro lugar, na aquisição de competências a nível de cumprimento de regras, depois na aquisição de competências de imitação, seguidas das referentes à linguagem receptiva e expressiva e à integração com os pares. Para atingir estes objectivos, foram incorporados conceitos pré-académicos em actividades de treino, tal como vocabulário, formas, cores, números e alfabeto, possibilidades para usar a linguagem numa probabilidade funcional. O programa, agora em expansão, UCLA, está a ser implementado junto de crianças ainda mais jovens, requer respostas específicas e exigências individualizadas muito intensas, ao serem apresentadas a imagem de um cão e a de um gato. De início, pequenas aproximações a uma tarefa cumprida com sucesso são reforçadas:

A criança deixa que o terapeuta lhe ponha um bloco na mão, que depois liberta, para que o bloco caia numa caixa. E, logo que o bloco está na caixa é dada uma recompensa, e inicia-se um novo exercício. Esta abordagem decorre com o esforço necessário para uma criança com autismo, ou com PGD, que não está muito interessada em corresponder aos interesses dos outros, pôr um bloco dentro de uma caixa. As elevadas taxas de cumprimentos de regras são geralmente alcançadas no decorrer das primeiras semanas, pois o sucesso de realizar a tarefa são alcançados quando são dadas hipóteses as crianças de fazer coisas que elas descobrem facilmente. O programa centra-se na repetição dos exercícios até que a aprendizagem for adquirida com sucesso, em um conjunto de tarefas sequenciais.

Apesar do Dr. Lovaas ter descoberto que funciona melhor é o trabalho individualizado que se aproxima das quarentas horas semanais. Um estudo feito pela Dra. Bryna Siegel (2008) e colaboradores, em sua clínica, USA, estudaram programas similares ao Dr. Lovaas e verificaram que, com crianças que funcionam a um nível superior, há a possibilidade de serem retirados idênticos benefícios com cerca de vinte e cinco horas semanais de trabalho intensivo, isso se os pais também aplicarem o método em casa.

O estudo do Dr, Ivar Lovaas, foi realizado na Universidade Califórnia, UCLA constitui a maior prova científica directa de que intervenções precoces podem ser o meio mais eficaz de ajudar crianças com autismo ou com PGD (Siegel, 2008).

Anexo 3

Propostas de Intervenção – ABA (Applied Behavior Analysis)

(Fonte de consulta – APPDA-Lisboa)

As propostas de intervenção do modelo ABA tem-se vários tipos de programas, de 25 horas semanais para dos 2 aos 6 anos, um programa pós-escolar para alunos dos 7 aos 12 anos, os programas de in-home para crianças que fazem a terapia intensiva ou para crianças que não estão a realizar a terapia intensiva e o programa de shadowing onde faz-se o acompanhamento do aluno à escola para uma integração mais fácil e rápida. A sessão normalmente é individual, em situação de um-para-um, e a maioria das intervenções precoces seguem uma agenda de ensino em período integral – entre 30 a 40 horas semanais. O programa concentra-se na premiação do comportamento desejado.

O plano de intervenção do ABA a ser seguido é amplo, depende de cada criança abrangendo competências habilidades académicas, linguagem, sociais, autonomia, motoras e jogo simbólico, como uma pizza circular.

O Ensino por Tentativas Discretas (Discrete Trial Teaching – DTT) é uma das metodologias de ensino pelo ABA. Tem um formato estruturado, comandado pelo terapeuta, e caracteriza-se por dividir sequências complicadas e aprendizagem em passos muito pequenos ensinado um de cada vez durante uma série de tentativas, junto com o reforço positivo, e o grau de ajuda que for necessário para que o objectivo seja alcançado.

O Condicionamento operante é o processo que é usado para ajudar a modificar o comportamento que é indesejável, ou para reforçar um comportamento desejável. Um comportamento seguido de um estímulo reforçador (positivo ou negativo), resulta num aumento da probabilidade daquele comportamento se repetir no futuro.

Por exemplo: O sinal ficou amarelo. Você acelera. Você é multado. Você ficará menos propenso a passar o sinal amarelo no futuro. As consequências positivas ou negativas do seu comportamento determinam se você vai repeti-lo ou não. Os métodos e técnicas envolvidas em modificar comportamentos são o foco do ABA.

Observar e medir comportamentos é uma característica chave do comportamento, é que ele é observável e mensurável. Existem também os comportamentos não observáveis, que são os

comportamentos como o pensar, criar imagens mentais, sentir, etc. Um comportamento é geralmente medido com base na sua duração, frequência e intensidade. Geralmente quando se quer substituir um comportamento, é porque se considera que há excesso ou deficits. A primeira coisa a fazer é recolher dados para determinar o ponto de partida em relação ao qual se vão medir as mudanças.

Os métodos para a recolha de dados que são usados no ABA são:

- 1) Observação directa: observar e registar o comportamento identificado como ele ocorre.
- 2) Métodos de contagem: colocação de marcas de verificação.
- 3) Avaliação indirecta: recorrer a entrevistas ou a listas de verificação, questionários ou escalas de classificação.
- 4) Experiências: criar condições para testar o comportamento.

O Reforço é um processo no qual um comportamento é fortalecido pela consequência imediata que seguramente segue a sua ocorrência. Quando um comportamento é fortalecido é mais provável que aconteça no futuro. Todos precisamos de reforço, e todos trabalhamos para esse reforço. Para reforçar é essencial descobrir o que é suficientemente poderoso para causar o comportamento desejado acontecer de novo. Com o tempo, o reforço deve ser administrado de forma intermitente, passando este comportamento a fazer parte do repertório da criança sem a necessidade do reforço contínuo do mesmo (Mello, 2007).

As consequências de um comportamento podem ser positivas ou negativas. Quando as consequências são positivas, tendem a reforçar o comportamento que seguem e quando são negativas, tendem a diminuir esse comportamento.

Existem vários tipos de reforços: positivo, secundário, extrínseco, intrínseco, automático, social, generalizado, apoio e negativo.

O Controlo do Comportamento indesejável pode emergir quando uma criança com autismo está cansada, com fome, frustrada, aborrecida, desocupada, excitada ou numa situação nova ou difícil. Para lidar adequadamente com comportamentos, deve observar-se e entender-se as suas funções. O que fazer para lidar com os comportamentos dependerá da função que eles

têm para cada criança. Por exemplo: bater pode ser um gesto agressivo, de cumprimentar ou de dizer 'não'.

O comportamento de fuga é quando um comportamento é realizado com a intenção de atrasar ou evitar um exigência ou tarefa requerida. Como agir: Ir até ao fim com exigência; Tentar dar atenção mínima; Ensinar à criança linguagem funcional apropriada; Antecipar e evitar; Bloquear e redimensionar.

O Comportamento auto-estimulatório pode ser calmamente ou excitante, torna-se um problema quando é excessivo e interfere com a aprendizagem ou interacção adequada com pessoas ou objectos. Ele é tradicionalmente o mais difícil de controlar porque é automático e auto-reforçador. É necessário achar um reforçador maior do que o desenvolvido pela criança. Como agir: Controlar a quantidade e o momento; Redireccionar o comportamento para um substituto mais apropriado; Interromper a ecolália; Manter a criança muito ocupada.

O comportamento de busca de atenção, com este comportamento a criança visa ganhar a atenção do outro. Como agir; Ignorar ou prestar o mínimo de atenção ao comportamento negativo; Ensinar como obter atenção adequadamente; Reforçar por obter atenção adequadamente; reter ou remover o que está a reforçar o comportamento negativo.

A extinção do comportamento acontece quando o reforço é retido. Porém, pode acontecer que, quando um comportamento não está a ser reforçado, ele aumente em frequência, duração ou intensidade. Assim podem surgir comportamentos novos e mais desafiadores do que os anteriores.

Para ajudar o processo de aprendizagem, usam-se vários níveis de pistas. Que é o estímulo extra que ajudará o comportamento desejado a ocorrer sob o estímulo correcto. A meta é usar o menor nível possível de pista necessário para conseguir o efeito desejado e esvanecer as pistas o mais rapidamente possível, de maneira a que a criança possa fazer tudo sozinha.

Directrizes para o uso de pistas

1. Quando se ensinam novas competências, devem utilizar-se os níveis mais altos de pistas.
2. Quando se ensinam novas competências, não se deve haver demora entre a apresentação do estímulo e da pista.

3. Quando a criança já tiver consolidado uma nova competência, deve esperar 2 segundos entre a apresentação do estímulo e a pista para se a criança responde correctamente.
4. Aumente e diminua o nível de pistas, conforme for necessário para que a criança responda correctamente todas as vezes.
5. As ajudas devem ser esvanecidas o mais rapidamente possível. Devem se evitadas pistas não planeadas.

Anexo 4

Fases do PECS

(Fonte de consulta: Revista Autismo, 1 em 110, Guia Brasil (2010), n.0, ano 1.)

Valorizar o Reforço: Diz-se que um objecto é preferido, se a criança de uma forma segura o alcançar em lapso de tempo de 5 segundos ou se é seleccionado pela criança em 3 ocasiões distintas. PECS após a definição de objectos que possam servir como reforçadores, existem seis fases com objectivos específicos:

Fase 1: O Intercâmbio Físico

Objectivo: Ensinar a troca inicial. O terapeuta faz uma lista de itens favoritos de crianças (alimentos). Selecciona-se um desses itens e faz uma imagem de uma maçã em um cartão. Se a criança parece interessado na maçã, o terapeuta dá o cartão de imagem e a criança entrega o cartão de volta para o terapeuta. Ao fazer isto, a criança inicia um acto comunicativo para obter um resultado concreto dentro de um contexto social. O PECS deve ser utilizado junto com a fala e a linguagem de sinais.

Pontos Chaves:

1. Nesta etapa são necessários dois terapeutas. Um que estará atrás da criança e outro estará em frente.
2. Não haverá incentivos verbais.
3. A resposta tem que ser como se a criança houvesse dado.
4. Deverá ser organizado pelo menos 30 oportunidades ao longo do dia para que o estudante possa solicitar.

Passo A) Intercâmbio Completamente Assistido

- A criança deverá alcançar o objecto desejado e o terapeuta, fisicamente ajudará a criança a apanhar o cartão de imagem.
- Uma vez que a criança toque o cartão de imagem no segundo terapeuta, a criança deverá ser imediatamente recompensada!

Alinea Gonçalves: Os Modelos de Intervenção são eficazes para melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo.

- O terapeuta assim que recebe o cartão de imagem, o pedido é falado em voz alta “Oh, queres comer uma maçã! Vou dá-te uma maçã!” O item solicitado é dado à criança.
- Não serão utilizadas estimulações directas nesta etapa, por exemplo: “O que queres?”, “O que foi?”, “Dê-me o cartão de imagem”, “ Pegue o cartão de imagem”.
- A mão aberta do terapeuta é a pista para a criança.

Passo B) Reforço Gradual

- Inicie evitando o elogio verbal, para em seguida elogiar a criança quando entregar o cartão de imagem.
- Uma vez que a criança entregar o cartão de imagem, a criança é imediatamente reforçado.

Armazenamento de dados:

- Repetir até que a criança deixe o cartão de imagem na mão do terapeuta, sem incentivo, de 8 a 10 sucessos.

Passo C) Problemas ao iniciar

- Algumas crianças podem irritar-se, portanto garanta que o terapeuta esteja com o objectivo desejado em sua mão livre (não a mão usada para receber o cartão de imagem).
- Revisar as “ferramentas”. O terapeuta deverá posicionar-se em frente à criança para manter contacto visual.

Reforço imediato (importantíssimo).

- O terapeuta enquanto reforça um intercâmbio apropriado, gira o cartão de imagem diante da criança quando estiver a falar, para manter a atenção e aumentar o reconhecimento da imagem.

Fase 2: Desenvolvimento a Espontaneidade

Objectivo: Dirigir-se para um o terapeuta para iniciar uma solicitação, desenvolvendo a espontaneidade. O terapeuta move-se ligeiramente longe da criança, para que a criança tenha

que mover-se em sua direcção, para entregar-lhe o cartão de imagem. Deve-se aumentar a distância entre a criança e o terapeuta e posteriormente entre a criança e a imagem.

Preparação: Uma fotografia de um objecto preferido é fixada com velcro em um quadro de comunicação. A criança e o terapeuta estarão sentados frente a frente.

Pontos Chaves:

- Novamente, nenhuma estimulação verbal.
- Treinar com um grupo de imagens, uma a uma.
- Trabalhar com vários terapeutas (alternando)
- O terapeuta deverá fazer provas de treinamento estruturado, criar pelo menos 30 oportunidades para pedidos espontâneos (terapia Física, Terapia Ocupacional, Descanso, Lanche, etc.)

Passo A- Permitir a criança uma brincadeira de 10 a 15 segundos com o objecto desejado ou que coma a parte do gelado. O terapeuta deverá apanhar o objecto e mostrar o quadro de comunicação com a imagem. Se a imagem for solicitada, a criança deverá ser ajudada fisicamente a apanhar a imagem do quadro de comunicação.

Passo B- Aumentar a distância entre a criança e o terapeuta.

- A criança iniciará o intercâmbio ao apanhar a imagem.

Fase 3: Discriminação de Imagem

Objectivo: Discriminar imagem. A criança recebe cartões diversos de imagem, apresenta-se inicialmente um objecto desejável e um que a criança não prefira. A criança deve escolher qual representa um objecto desejado, e dar o cartão para o terapeuta, fornecer o reforço desejado e tecer elogios perante a escolha correcta (repetir diversas vezes). Para que a criança aprenda a fazer escolhas pode-se aumentar o número de imagens.

Preparação: O estudante e o terapeuta estarão sentados em uma mesa, frente a frente (contacto visual). Disponibilidade de várias imagens de objectos desejados ou contextualmente apropriados, imagem de objectos irrelevantes ou não preferidos e os objectos correspondentes.

Pontos Chave:

- Nenhuma estimulação verbal.
- Actividades organizadas de forma estruturada, durante pelo menos 20 oportunidades aleatórias.
- Varie a posição das imagens no quadro de comunicação até que a discriminação seja alcançada.

Passos A

- O terapeuta deverá iniciar com um objecto altamente desejável, não preferido.
- O terapeuta deverá depois reforçar com o objecto que a criança escolha. Elogiar verbalmente se a criança escolher o objecto desejado e não demonstrar qualquer reacção se a criança escolher o objecto não desejado.
- Continuar até que 8 a 10 sucessos sejam alcançados apropriadamente.

Passo B- O terapeuta deverá acrescentar imagens e manipular o valor do reforço das imagens “não preferidas”, para que a criança aprenda a fazer escolhas entre fotografias que são igualmente desejadas.

* Nesta etapa o terapeuta poderá começar a reduzir o tamanho da imagem.

Problemas para iniciar:

- Enquanto ensina-se a discriminação de imagens, o terapeuta deve-se assegurar de trocar a localização das imagens no quadro de aprendizagem, para que o estudante não habitue a apanhar uma imagem em um lugar específico.
- Assegurar de que o quadro de imagem tenha um título “não desejado” em algum lugar entre as demais imagens. Se a criança escolher uma imagem e em seguida reagir negativamente ao objecto, o terapeuta deverá saber que a criança não está discriminando adequadamente.
- Se a criança cometer um erro em sua escolha, não responder com um “Não” de maneira alguma. Em vez disso, diga o que o estudante falou, “Queres a maçã?”. Em seguida diga, “Se quiser a maçã, precisa pedir a maçã”.

Fase 4: Estrutura da Oração

Utilizar frases em tiras, estrutura da oração. É entregue à criança um cartão com a frase “Eu quero...” nesta fase a criança já solicita artigos presentes e não presentes usando uma frase longa, que observa num livro. O cartão de imagem “Eu quero” é colocado em uma tira de velcro, pela criança, depois coloca uma imagem do que deseja na fita e entrega toda a tira de velcro ao terapeuta. A ideia é que a criança vá aprender a se comunicar com frases completas, mesmo as que ainda não sabem ler podem aprender a identificar as palavras como imagem das cartas. É extremamente importante que se criem oportunidades para que a criança solicite objectos que não estão a vista.

Preparação: O que deverá estar disponível:

1. Quadro de comunicação
2. Tira de frases
3. “Eu quero”
4. Imagem e objectos/actividades de reforço

Passos A- Cartão de imagem da frase “Eu quero”

O cartão de imagem “Eu quero” é fixada no canto superior esquerdo do quadro de comunicação. Quando a criança desejar um objecto/actividade, oriente-a a colocar a imagem de “Eu quero”, coloque-a ao lado esquerdo da tira de frase, tome e coloque a imagem do objecto desejado junto a criança na tira de frase. A criança aproxima-se do terapeuta e lhe entrega a tira de frase. Com o passar do tempo, elimine todas as pistas.

* Considera-se atingido 80% do objectivo, com pelo menos 3 terapeutas e sem ajuda.

Passo B- Movendo a imagem “Eu quero”

Mover a imagem “Eu quero” para o canto superior direito do quadro de comunicação. Quando a criança quiser um objecto deverá ser orientada a tomar a imagem “Eu quero”, situando-a à esquerda da tira de frases, tome e situe a imagem do objecto desejado próximo da criança na tira de frases. A criança, em seguida, se aproximará do terapeuta para entregar a tira. Com o passar do tempo, as pistas vão sendo eliminadas.

* Considera-se atingido 80% do objectivo, com pelo menos 3 terapeutas e sem ajuda.

Passo C- Referências que não estão a vista

Criar oportunidades para que a criança solicite objectos/oportunidades que não estão à vista.

Fase 5: Respondendo a Pergunta “O que queres”

Objectivo: Utilizar imagens para responder “O que queres?”. Nesta fase, o terapeuta pede a criança e aguarda para entregar a criança uma imagem de cartão. A criança poderá espontaneamente solicitar uma variedade de objectos e responder a esta questão. Posteriormente se vá aumentando a comunicação quando o terapeuta precisar saber os desejos da criança.

Preparação: Ter disponível quadro de comunicação com imagem “Eu quero”, a tira de velcro e imagem de objectos. Ter vários objectos de reforço disponíveis, mas guardados (ocultos).

Passos A- Atraso de ZERO segundos

Com um objecto desejado presente, e a frase “Eu quero” no quadro de comunicação, o terapeuta simultaneamente aponta a frase “Eu quero” e pergunta, “O que queres”, a criança deverá tomar a imagem de “Eu quero” e completar o intercâmbio.

Passo B- Aumentando o intervalo de atraso

Começar aumentando o tempo entre perguntar “O que você quer?” e sinalizar a frase de “Eu quero”.

Passo C- Não dar ao estudante nenhuma pista de sinalizar.

Uma vez que a criança conseguir dominar simultaneamente a ordem “O que queres?”, então, de forma sistemática, misture para criar oportunidades de pedidos e respostas espontâneas.

Fase 6: Resposta e Comentário Espontâneo

Objectivo: Utilizar imagens para comentar algo tanto espontaneamente como de modo responsabilizador, resposta e comentário espontâneo. A criança é ensinada a comentar algo sem observar. O terapeuta mostra um objecto interessante e a criança responde de modo apropriado as questões como “o que queres?”, “O que vês?”, “O que tens?” ao mesmo tempo

a apontar o cartão, a criança é então solicitada a colocar o cartão de imagem que representa o objecto ao lado do cartão de ver. O terapeuta faz comentários sobre a carta. Desta forma a criança aprende a comunicar as observações. Desta forma o PECS reafirma que é um método bem estruturado e de fácil aplicação que não requer materiais complexos nem implica qualquer sofrimento para a criança com autismo. Podendo ser usado em vários contextos e idade e aplicado por qualquer pessoa desde que possuam os conhecimentos necessários.

Passos A- “O que queres Vê?”

Passo B- “O que vê?” versus “O que queres?”

Passo C- “Ver”, versus “Querer” versus “Ter”

O treino de competência social é feito através de técnicas específicas é baseado no modelo cognitivo-comportamental, utilizado para a avaliação e intervenção.

Role-Play: A criança representa papéis sociais diferentes, em uma situação do dia a dia, sem a interferência do facilitador. Quando usado como intervenção há a interferência do facilitador;

Role Reversal: o facilitador exige que a criança com autismo experimente o outro lado do papel social;

Modelagem: O terapeuta assume uma forma possível de comportamento.

Shaping: Técnica feita por etapas, a criança recebe uma recompensa, quando alcança um objectivo;

Prompting: O terapeuta tem uma participação intensiva na intervenção a utilizar com novas estratégias;

Brainstorming: Utilizada na primeira fase, o terapeuta faz um registo de comportamento sem feedback.

Anexo 5

Modelo D.R.I. / FLOORTIME

(Fonte de consulta: <http://amigosdoautismo.blogspot.com/2011/02/o-que-e-dirfloortime.html>, em 20/06/2011).

A parte **D** (*desenvolvimento*) do modelo descreve os blocos de construção desta fundação. Compreensão que a criança está desenvolvendo é fundamental para planejar um programa de tratamento. O Seis Marcos Desenvolvimentais descreve os marcos de desenvolvimento que cada criança deve dominar para o crescimento emocional e intelectual saudável. Isto inclui ajudar as crianças a desenvolver capacidades para participar e manter a calma regulamentada, envolver e relacionar com os outros, iniciar e responder a todos os tipos de comunicação com início emocionais e sociais afectam gestos com base, se envolver em comportamento social compartilhada de resolução de problemas e intencional envolvendo um fluxo contínuo de interacções em uma linha, use ideias para comunicar necessidades e pensar e jogar de forma criativa, e construir pontes entre as ideias de maneira lógica que levam a capacidades de nível superior na área de pensar, multicausal cinza e formas reflexivas. Essas capacidades de desenvolvimento são essenciais para as relações espontâneas e empática, bem como o domínio das competências académicas.

A parte **I** (*diferenças individuais*) do modelo descreve as únicas maneiras de base biológica de cada criança recebe, regula, responde, e compreende as sensações, como som, toque, eo planeamento e sequenciamento de ações e ideias. Algumas crianças, por exemplo, são muito hiper sensível ao toque e som, enquanto outros estão sub-reactiva, e outros ainda procuram estas sensações. Desafios Biológica descreve os problemas de processamento de vários que compõem as diferenças individuais de uma criança e que podem estar interferindo sua capacidade de crescer e aprender

A peça **R** (*Relação-base*) do Modelo descreve as relações de aprendizado com os cuidadores, educadores, terapeutas, colegas e outros que afectam adequar as suas interacções com base nas diferenças individuais da criança e capacidades de desenvolvimento para permitir o progresso em dominar os fundamentos essenciais.

A diferença entre o DIR e Floortime e como eles estão relacionados: o principal para o modelo DIR / Floortime é o papel das emoções naturais da criança e interesses que tem se

mostrado essencial para a aprendizagem interações que permitem que as diferentes partes da mente e cérebro para trabalhar juntos e construir níveis sucessivamente mais altos de sociais, capacidades emocionais e intelectuais. Floortime é uma técnica específica para ambos seguem a criança é natural interesses emocionais (chumbo) e no desafio mesmo tempo a criança para o domínio cada vez maior das capacidades sociais, emocionais e intelectuais (leitura adicional: Floortime, O que é e o que não é). Com crianças pequenas essas interações lúdicas podem ocorrer no "pisso", mas passar a incluir conversas e interações em outros lugares. O modelo DIR / Floortime, no entanto, é um quadro global que permite que médicos, pais e educadores para a construção de um programa sob medida para desafios únicos da criança e pontos fortes. Que muitas vezes inclui, além de Floortime, vários exercícios de resolução de problemas e, normalmente, envolve uma abordagem de equipe com fonoterapia, terapia ocupacional, programas educacionais, de saúde mental (desenvolvimento-psicológica) de intervenção e, onde a intervenção, apropriados aumentativa e biomédica. O modelo DIR / Floortime enfatiza o papel fundamental dos pais e outros membros da família devido à importância de seus relacionamentos emocionais com a criança.

Anexo 5

Modelo SON-RISE

(Fonte de consulta: www.autismtreatment.org, em 20/06/2011).

Como fazer o curso

Depois de várias famílias perguntarem como é que os pais de Ruan Kaufman, Barry Neil e Samahria Lyte Kaufman conseguiram reverter o quadro de autismo de seu filho. Então acharam por bem que deveriam passar essa abordagem técnica para outros pais. Assim criaram aquele espaço, nos EUA. Durante o curso é dado um quite inicial, que é três DVD'S, O primeiro é onde está a história da família, o filme *Son-Rise: A Miracle of Love*. Digamos assim, o *getting started with the son-rise program*, que é o início de que se pode fazer, o que é o Son-Rise, quais são os métodos que se pode aplicar. O terceiro, *Inspiring Journeys of Son-Rise Program Families and Their Children*, é várias famílias que contam as histórias das crianças, que já aplicaram o método. Crianças que foram e/ou que estão a ser revertidas. Junto vem um documentário que é uma família e a história até angariarem fundos e irem passar uma semana no intensivo. O intensivo é um curso com a duração de cinco dias, com os pais e a criança. Quem dá a formação é o casal, William e a Bryan, que é a irmã de Ruan Kaufman, que tem uma filha com autismo. O curso é um pacote no valor de 2.500,00 euros, com duração de cinco dias.

O Son-Rise é a busca sem dar nada em troca, a única coisa que dá-se em troca é o incentivo “Boa” “ Estás aqui a olhares para mim...”. É a criança perceber que realmente fez alguma coisa, mas que aquela coisa que a criança fez foi muito boa para o aplicador, para todos.

Anexo 6

Guião de Entrevistas

Temática: Os Modelos de intervenção são eficazes para o melhoramento da inclusão de uma criança com autismo.

Entrevistado: Especialistas

Designação dos blocos	Objectivos específicos	Tópicos	Observações
Bloco A Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	Conseguir que a entrevista se torne necessária, oportuna e pertinente Motivar o entrevistado	. Apresentação entrevistador/ entrevistado . Motivos da entrevista . Objectivos	. Entrevista semi-directiva . Uso de linguagem agradável, correcta e adaptada ao entrevistado . Local de entrevista convidativo . Solicitar para gravar a entrevista
Bloco B Perfil do entrevistado	. Caracterizar o entrevistado	. Habilitações académicas e profissionais . Profissão	. Estar atento às reacções e anotá-las . Mostrar total disponibilidade e abertura, para a compreensão das situações apresentadas.
Bloco C Autismo	. Definir o conceito de Autismo . Caracterização	. Aprendizagem . Comportamento . Expectativas	. Estar alerta aos comportamentos em geral.
Bloco D Intervenção Precoce	. Importância da intervenção precoce	. Importância . Apoio . Reabilitação . resultados	Estar atento aos resultados da intervenção precoce
Bloco E Modelos de	. Fazer o	. Eficácia . Reabilitação	Estar atento aos resultados da aplicação e eficácia dos

intervenção	levantamento de modelos de intervenção	. Melhoramento para a inclusão . Resultados	modelos de intervenção
Bloco F Problemática Inclusão	. Levantamento de propostas de inclusão	. Objectivos a atingir . Expectativas . Problemáticas	Prestar atenção ao posicionamento da escola relativamente a criança com autismo

Anexo 7

Protocolo de Entrevista

Entrevista a Especialista do:

Centro de Intervenção:

Ano Lectivo: 2010/2011

Data: ___/___/2011

Entrevistadora:

Especialista:

Objectivo da entrevista

- . Recolher informação para caracterizar o entrevistado
- . Recolher informação para caracterizar o autismo
- . Recolher informação sobre a intervenção precoce para criança com autismo.
- . Recolher informação para fazer o levantamento de modelos de intervenção ao nível cognitivo comportamental, se são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com autismo.

Entrevistadora (A) Especialista (B)

Entrevistadora (A) – Sou estudante do 2º ano de Mestrado em Educação Especial, no domínio cognitivo e motor, Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Gostaria que concedesse esta entrevista, pois sendo uma pessoa sensível aos aspectos relacionados com a educação especial e sendo a Dr(a). Especialista em NEE, com crianças com Autismo, pareceu-me importante. O meu objectivo é recolher informações sobre crianças com autismo, os modelos de intervenção, teoria cognitiva-comportamental, e a Inclusão Escolar, em particular com o aluno autista. A partir do pressuposto que, os programas de intervenção ao nível cognitivo comportamental são eficazes para a criança autista, e na inclusão escolar da mesma?

Total de 22 perguntas.

1. (A) Quais são as suas habilitações académicas e profissionais?
(B)
2. (A) Como caracteriza-se o autismo. O autismo é uma deficiência mental?
(B)
3. (A) É possível que uma criança com autismo se desenvolva e ‘normalize’ através da intervenção precoce (com o tempo perca o diagnóstico)? E tem casos que não tem nenhum resultado?
(B)
4. (A) A Intervenção Precoce é importante?
(B)
5. (A) O Estado apoia a intervenção precoce de crianças com autismo em Portugal?
(B)
6. (A) Como é feito o encaminhamento para a Educação Especial? É fácil para uma criança com autismo ser incluída?
(B)
- 7.(A) A aplicação de um modelo de intervenção, possa reabilitar uma criança com autismo?
(B)
8. (A) O modelo de intervenção, Sala de Ensino Estruturado, que o Estado adoptou é eficaz?
(B)
9. (A) Os pais acreditam na eficácia das salas estruturadas?
(B)
- 10.(A) Os docentes que trabalham nas unidades, acreditam na eficácia da Sala Estruturada (Sentem-se a vontade em trabalhar com a filosofia TEACCH)?
(B)
11. (A) Os modelos de intervenção são ecléticos?
(B)
- 12.(A) O que pensa sobre a metodologia dos modelos de intervenção para a reabilitação da criança com autismo para melhorar a sua inclusão?
(B)
- 13.(A) Conhece outros modelos de intervenção para crianças com autismo?
(B)

14.(A) Os modelos de intervenção têm alguma evidência científica?

(B)

15. (A) Os modelos de intervenção foram feitos para as crianças com autismo?

(B)

16. (A) Qual é a intensidade do tratamento intensivo para ser suficiente para uma criança com autismo?

(B)

17.(A) Para si qual é o melhor tratamento especializado de intervenção que é usado para quebrar esse fechamento (isolamento), da criança com autismo? O que tem melhor resultado.

(B)

18. (A) Para si, qual modelo o Estado deveria adoptar?

(B)

19. (A) Os pais quando procuram um modelo de intervenção, eles já vêm com o diagnóstico da criança?

(B)

20. (A) A Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser aplicada com crianças com autismo com sucesso?

(B)

21. (A) A aplicação dos modelos de intervenção pode reabilitar uma criança com autismo para ser incluída em uma sala de aula com seus pares. Acompanhar o currículo escolar?

(B)

22. (A) As escolas regulares estão preparadas para receber estas crianças reabilitadas? Acredita na inclusão dessas crianças com autismo?

(B)

Anexo 8

Protocolo de Entrevista 1

Entrevista 1

Centro de Intervenção (Escola): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ano Lectivo: 2010/2011

Data: 04/01/2011

Entrevistadora: Alinea D'Ascensão Gonçalves

Especialista (professora): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Objectivo da entrevista

- . Recolher informação para caracterizar o entrevistado
- . Recolher informação para caracterizar o autismo
- . Recolher informação sobre a intervenção precoce para criança com autismo.
- . Recolher informação para fazer o levantamento de modelos de intervenção ao nível cognitivo comportamental, se são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com autismo.

Entrevistadora (A) Especialista (B)

Entrevistadora (A) – Sou estudante do 2º ano de Mestrado em Educação Especial, no domínio cognitivo e motor, Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Gostaria que concedesse esta entrevista, pois sendo uma pessoa sensível aos aspectos relacionados com a educação especial e sendo a Dr(a). Especialista em NEE, com crianças com Autismo, pareceu-me importante. O meu objectivo é recolher informações sobre crianças com autismo, os modelos de intervenção, teoria cognitiva-comportamental, e a Inclusão Escolar, em particular com o aluno autista. A partir do pressuposto que, os programas de intervenção ao nível cognitivo comportamental são eficazes para a criança autista, e na inclusão escolar da mesma?

Total de 22 perguntas.

1. (A) Quais são as suas habilitações académicas e profissionais?

(B) Sou licenciada em Educação Especial e Reabilitação. Fiz estágio curricular na APPACDM de Lisboa com jovens/adultos com deficiência mental e outras deficiências associadas e seminário em intervenção precoce e formação parental. Tenho especialização em Reabilitação Aquática e Natação Adaptada. Sou desde 2008 professora de natação adaptada, essencialmente tenho alunos com autismo. Em Setembro de 2008 iniciei o projecto do Centro ABCReal-Portugal, tendo formação para ser técnica de intervenção ABA.

2. (A) Como caracteriza o autismo. O autismo é uma deficiência mental?

(B) O autismo é um distúrbio do comportamento. O autismo é uma doença mental.

3. (A) É possível que uma criança com autismo se desenvolva e ‘normalize’ através da intervenção precoce (com o tempo perca o diagnóstico)? E tem casos que não tem nenhum resultado?

(B) A cura não existe, mas a reabilitação para uma vida independente é possível. Muitas crianças com autismo têm défices cognitivos que não permitem evoluir como uma criança normal, em termos comportamentais também depende de cada criança e do grau de “gravidade”.

4. (A) A Intervenção Precoce é importante?

(B) A intervenção precoce é bastante importante porque se pode moldar todos os comportamentos e aprendizagens desde pequenos sendo mais fácil a reabilitação e até mais rápida.

5. (A) O Estado apoia a intervenção precoce de crianças com autismo em Portugal?

(B) Infelizmente não apoia.

6. (A) Como é feito o encaminhamento para a Educação Especial? É fácil para uma criança com autismo ser incluída?

(B) Não é fácil uma criança com autismo ser incluída.

7.(A) A aplicação de um modelo de intervenção, possa reabilitar uma criança com autismo?

(B) Sim.

8. (A) O modelo de intervenção, Sala de Ensino Estruturado, que o Estado adoptou é eficaz?

(B) Não acredito na eficácia da sala de ensino estruturado.

9. (A) Os pais acreditam na eficácia das salas estruturadas?

(B) Não acreditam, pelo menos o pai que conheço não acredita.

10.(A) Os docentes que trabalham nas unidades, acreditam na eficácia da Sala Estruturada (Sentem-se a vontade em trabalhar com a filosofia TEACCH)?

(B) Bom, são eles que estão a aplicar o modelo, penso eu que têm que da o melhor deles.

11. (A) Os modelos de intervenção são ecléticos?
(B) Sim. O ABA é o único modelo que não é um eclético.
- 12.(A) O que pensa sobre a metodologia dos modelos de intervenção para a reabilitação da criança com autismo para melhorar a sua inclusão?
(B) Não acredito na eficácia dos outros modelos de intervenção. Acredito sim na eficácia do ABA.
- 13.(A) Conhece outros modelos de intervenção para crianças com autismo?
(B) Sim. DIR- Floortime, Son-Rise, PECS, Teacch, etc. Existe muitos outros modelos de intervenção para crianças com autismo.
- 14.(A) Os modelos de intervenção têm alguma evidência científica?
(B) O ABA é o único modelo de intervenção com evidências científica.
15. (A) Os modelos de intervenção foram feitos para as crianças com autismo?
(B) O ABA foi feito exclusivamente para crianças com autismo. Os outros modelos parecem que não.
16. (A) Qual é a intensidade do tratamento intensivo para ser suficiente para uma criança com autismo?
(B) 25 horas semanais.
- 17.(A) Para si qual é o melhor tratamento especializado de intervenção que é usado para quebrar esse fechamento (isolamento), da criança com autismo? O que tem melhor resultado.
(B) O modelo ABA. Que tem como o principal objectivo conseguir integrar a criança numa classe regular ou numa sociedade com a maior autonomia possível.
18. (A) Para si, qual modelo o Estado deveria adoptar?
(B) O modelo ABA. Nos Estados Unidos o ABA já está dentro das escolas.
19. (A) Os pais quando procuram um modelo de intervenção, eles já vêm com o diagnóstico da criança?
(B) Sim. Tem que ser assim.
20. (A) A Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser aplicada com crianças com autismo com sucesso?
(B) Sim. O pensamento (cognitivo) é que influência a mudança do comportamento.
21. (A) A aplicação dos modelos de intervenção pode reabilitar uma criança com autismo para ser incluída em uma sala de aula com seus pares. Acompanhar o currículo escolar?
(B) Inicialmente poderá ser necessário algum acompanhamento específico, mas depois consegue se acompanhar os seus pares (cada caso é um caso).

22. (A) As escolas regulares estão preparadas para receber estas crianças reabilitadas? Acredita na inclusão dessas crianças com autismo?

(B) Infelizmente nem todas... Acredito quando existe uma intervenção precoce e quando uma escola com pessoas formadas e abertas a este tipo de situações, a inclusão é obrigada a existir a integração é que é preciso ser feita correctamente, o que nem sempre acontece...

Anexo 9

Protocolo de Entrevista 2

Entrevista 2

Centro de Intervenção (Escola) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ano Lectivo: 2010/2011 - Data: 19/07/2011

Entrevistadora: Alinea D'Ascensão Gonçalves

Especialista (professora): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Objectivo da entrevista

- . Recolher informação para caracterizar o entrevistado
- . Recolher informação para caracterizar o autismo
- . Recolher informação sobre a intervenção precoce para criança com autismo.
- . Recolher informação para fazer o levantamento de modelos de intervenção ao nível cognitivo comportamental, se são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com autismo.

Entrevistadora (A) Especialista (B)

Entrevistadora (A) – Sou estudante do 2º ano de Mestrado em Educação Especial, no domínio cognitivo e motor, Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Gostaria que concedesse esta entrevista, pois sendo uma pessoa sensível aos aspectos relacionados com a educação especial e sendo a Dr(a). Especialista em NEE, com crianças com Autismo, pareceu-me importante. O meu objectivo é recolher informações sobre crianças com autismo, os modelos de intervenção, teoria cognitiva-comportamental, e a Inclusão Escolar, em particular com o aluno autista. A partir do pressuposto que, os programas de intervenção ao nível cognitivo comportamental são eficazes para a criança autista, e na inclusão escolar da mesma?

Total de 22 perguntas.

1. (A) Quais são as suas habilitações académicas e profissionais?
(B) Psicologia Clínica. Fundadora do Centro ABCReal Portugal, o primeiro pólo português vocacionado para a Análise Comportamental Aplicada (ABA), em 2008.
2. (A) Como caracteriza-se o autismo. O autismo é uma deficiência mental?
(B) O autismo é um distúrbio do comportamento. Atenção... a deficiência mental e o autismo são coisas diferentes. Infelizmente penso eu que 60% dos casos, em grande número de casos a deficiência mental está associado.
3. (A) É possível que uma criança com autismo se desenvolva e ‘normalize’ através da intervenção precoce (com o tempo perca o diagnóstico)? E tem casos que não tem nenhum resultado?
(B) Sim. É possível com uma intervenção ter casos que se perde o diagnóstico, mas não é uma cura, infelizmente. Mas em casos graves acontece de não ter nenhum resultado.
4. (A) A Intervenção Precoce é importante?
(B) Sim. Quanto mais cedo melhor a reabilitação da criança.
5. (A) O Estado apoia a intervenção precoce de crianças com autismo em Portugal?
(B) Trabalhar com a saúde mental em Portugal, não é fácil. E muito mais nesta área do autismo. Aqui não há nenhum tipo de apoio, os pais aqui para pagar as terapias têm que trabalhar o dobro, não é?
6. (A) Como é feito o encaminhamento para a Educação Especial? É fácil para uma criança com autismo ser incluída?
(B) O encaminhamento não é fácil para a criança com autismo. Se for um caso grave ela não pode ser incluída.
- 7.(A) A aplicação de um modelo de intervenção, pode reabilitar uma criança com autismo?
(B) Sim, uma intervenção eficaz. Quanto mais cedo reabilitada a criança pode frequentar o ensino regular.
8. (A) O modelo de intervenção, Sala de Ensino Estruturado, que o Estado adoptou é eficaz?
(B) Eu penso que varia muito das salas. E varia muito..., agora e há umas salas que com certeza de que funcionam melhor do que as outras. Agora é evidente que o trabalho intensivo de uma sala de ensino estruturado eu penso que não é possível, não é?
9. (A) Os pais acreditam na eficácia das salas estruturadas?
(B) O que oiço dos pais é que as salas não funcionam da melhor maneira. Ninguém parece muito contente sobre essa situação.

10.(A) Os docentes que trabalham nas unidades, acreditam na eficácia da Sala Estruturada (Sentem-se a vontade em trabalhar com a filosofia TEACCH)?

(B) Não é uma questão de acreditar ou não. Não tem alternativas como sabe é obrigatório.

11. (A) Os modelos de intervenção são ecléticos?

(B) O Ensino estruturado, Teacch é eclético. Estudos dizem que os ecléticos não saem muito bem, não tem evidências científicas. E como é que pode avaliar um programa eclético? Se é um pouco de cada programa... um pedaço daqui...um pedaço dali. É o que soma é a sua opinião. A pessoa soma porque acha bem.

12.(A) O que pensa sobre a metodologia dos modelos de intervenção para a reabilitação da criança com autismo para melhorar a sua inclusão?

(B) Bom. Todos os métodos em princípio deverão (...) penso eu, eu acredito se os métodos existem é porque tiveram apoio dos pais e eu não acredito que não haja pai que não pense na integração do seu filho... portanto em último caso acho que não é por aí penso eu pode haver um com mais integração que os outros não é. O Teacch tenta sempre... a ideia que eu tenho do Teacch é que tenta sempre respeitar muito a situação da criança com autismo. O Floortime vem da psicanálise e como não acredito na psicanálise, não acredito na eficácia desse modelo. O sonRise é semelhante ao Floortime, e é mais um comércio, cursos para pais de crianças com autismo a preços altíssimos. O Pecs é interessante para aprender a falar. Bom daquilo que eu vejo o mais eficiente é o ABA. Ter amanhã um outro melhor é evidente que eu mudarei para aquele que é melhor. A ciência está sempre a evoluir e busca métodos novos e mais eficazes. Se calhar o teacch possa ser daqui a uma determinada época mais eficaz. Não é.

13.(A) Conhece outros modelos de intervenção para crianças com autismo?

(B) Sim. Existem muitos outros modelos de intervenção.

14.(A) Os modelos de intervenção têm alguma evidência científica?

(B) O ABA é o único modelo de intervenção que tem evidência científica, actualmente nenhum outro modelo tem evidência científica. Podem vir a ter daqui a anos, mas nesse momento nenhum tem.

15. (A) Os modelos de intervenção foram feitos para as crianças com autismo?

(B) Penso que sim. O ABA foi feito exclusivamente para crianças com autismo, agora sabemos que o Teacch não é exclusivo para crianças com autismo.

16. (A) Qual é a intensidade do tratamento intensivo para ser suficiente para uma criança com autismo?

(B) Para ser suficiente, estudos comprovam que o mínimo é entre 20h a 25 horas semanais.

17.(A) Para si qual é o melhor tratamento especializado de intervenção que é usado para quebrar esse fechamento (isolamento), da criança com autismo? O que tem melhor resultado.

(B) O ABA prepara a criança para que ela possa ser integrada com sucesso. Não é colocá-los lá simplesmente, elas precisam de ter competências trabalhadas para integrar com sucesso. Não é?

18. (A) Para si, qual modelo o Estado deveria adoptar?

(B) O ABA lá fora em parte o ABA é ajudado pelo Estado. Aqui em Portugal infelizmente temos que contentarmos com a filosofia Teacch, Sala Estruturada.

19. (A) Os pais quando procuram um modelo de intervenção, eles já vêm com o diagnóstico da criança?

(B) Sim.

20. (A) A Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser aplicada com crianças com autismo com sucesso?

(B) Sim. O modelo a ser aplicado tem que tentar que esses comportamentos que interferem com aprendizagem deixem de existir para que as competências comecem a ser ganhas e ser áreas fortes da criança.

21. (A) A aplicação dos modelos de intervenção pode reabilitar uma criança com autismo para ser incluída em uma sala de aula com seus pares. Acompanhar o currículo escolar?

(B) Claro, se não, não fazia sentido.

22. (A) As escolas regulares estão preparadas para receber estas crianças reabilitadas? Acredita na inclusão dessas crianças com autismo?

(B) Eu não percebo o que é inclusão, levar uma criança uma vez ou duas vezes em uma sala de aula. Isso para mim não é nada.

Anexo 10

Protocolo de Entrevista 3

Entrevista 3

Centro de Intervenção (Escola): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ano Lectivo: 2010/2011 - Data: 12/07/2011

Entrevistadora: Alinea D'Ascensão Gonçalves

Especialista (professora): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Objectivo da entrevista

- . Recolher informação para caracterizar o entrevistado
- . Recolher informação para caracterizar o autismo
- . Recolher informação sobre a intervenção precoce para criança com autismo.
- . Recolher informação para fazer o levantamento de modelos de intervenção ao nível cognitivo comportamental, se são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com autismo.

Entrevistadora (A) Especialista (B)

Entrevistadora (A) – Sou estudante do 2º ano de Mestrado em Educação Especial, no domínio cognitivo e motor, Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Gostaria que concedesse esta entrevista, pois sendo uma pessoa sensível aos aspectos relacionados com a educação especial e sendo a Dr(a). Especialista em NEE, com crianças com Autismo, pareceu-me importante. O meu objectivo é recolher informações sobre crianças com autismo, os modelos de intervenção, teoria cognitiva-comportamental, e a Inclusão Escolar, em particular com o aluno autista. A partir do pressuposto que, os programas de intervenção ao nível cognitivo comportamental são eficazes para a criança autista, e na inclusão escolar da mesma?

Total de 22 perguntas.

1. (A) Quais são as suas habilitações académicas e profissionais?

(B) Psicologia Clínica. Trabalho na APPDA há 17 anos (trabalhei cá 3 vezes). Pá... me identifica mais com pessoas com autismo. Depois foi sempre acompanhando esses projectos (...). Eu trabalho com muitas crianças e é tipo meia hora para seis crianças. Vou para uma escola das 9h às 12h. Tenho que ver seis crianças e tenho meia hora para cada uma.

2. (A) Como caracteriza-se o autismo. O autismo é uma doença mental?

(B) O autismo é visto como um contínuo que vai do grau leve ao severo. Está classificado como doença mental no DSM-IV.

3. (A) É possível que uma criança com autismo se desenvolva e 'normalize' através da intervenção precoce (com o tempo perca o diagnóstico)? Tem casos que não tem nenhum resultado?

(B) Não é suposto aqui nos curarmos, tirar o autismo, estamos aqui a aceitar o autismo da pessoa. As pessoas com autismo podem aprender durante uma vida inteira e se calhar, pronto! O que elas podem aprender autonomias, lavar as mãos, comer com o garfo isso é uma aprendizagem que elas fazem a vida inteira, entre essas elas podem aprender a fazer música e/ou praticar, aprender a fazer ginástica, há áreas que eles podem desenvolver a vida inteira e a música é a área preferida delas, normalmente. Quanto aos casos graves não acredito que tenha resultados.

4. (A) A Intervenção Precoce é importante?

(B) Sim. É fundamental para a reabilitação da criança com autismo. Quanto mais cedo melhor.

5. (A) O Estado apoia a intervenção precoce de crianças com autismo em Portugal?

(B) O Estado para fazer a inclusão das crianças no Ensino Regular criou a Sala de Ensino Estruturado e pediu a APPDA e várias instituições para serem parceiros para que levassem a criança com autismo para a escola.

A começar por participarmos na formação dos professores e agora somos os terapeutas. O programa de intervenção que fazemos com as crianças com autismo é mais no controlo da atenção, estimulação da motricidade fina.

6. (A) Como é feito o encaminhamento para a Educação Especial?

(B) O resultado é que... só é autorizado o encaminhamento para uma instituição de Ensino Especial, uma criança que tenha deficiência, ausência de comunicação, de movimentos e perigo para a saúde, só nesses casos tendo tudo isso junto, ou seja, Pá! um autista muito agressivo muito angustiado na escola tem que ficar, não poderá ser incluído.

É muito raro uma criança com autismo ser encaminhado. Os pais têm que lutar muito para conseguir...

7. (A) A aplicação de um modelo de intervenção, possa reabilitar uma criança com autismo?

(B) Sim.

8. (A) O modelo de intervenção, Sala de Ensino Estruturado, que o Estado adoptou é eficaz, para a criança com autismo?

(B) É assim... Há uma grande diferença entre o TEACCH e o ABA só que o TEACCH aceita a pessoa com autismo ou seja isso agora, depende muito... eu não consigo tomar partido, sinceramente eu mudo muito às vezes aquilo que acho. Pronto... e também as pessoas são tão diferentes, não é, precisava de um modelo para cada pessoa. Eu pessoalmente acho que o decreto é ao extremo...

9. (A) Os pais acreditam na eficácia das Salas de Ensino Estruturado?

(B) Não. Não é pressuposto para o Ministério, nas escolas seguir outro modelo de intervenção, nas escolas públicas não há ABA ou outro modelo, somente o TEACCH. Portanto um pai que acredita na metodologia ABA tem que pagar, do seu bolso.

10. (A) Os docentes que trabalham nas unidades, acreditam na eficácia da Sala de Ensino Estruturado? Sentem-se a vontade em trabalhar com esse modelo?

(B) Sim. É claro que os professores que estão nas unidades não basta ter somente a filosofia TEACCH, precisam de ter lá técnicos comportamentais, tem sempre problemas, como comportamentais grandes e portanto a parceria do APPDA serve um pouco para isso às vezes mais no início, pois depois os professores começam a sentir-se mais a vontade com seus alunos.

11. (A) Os modelos de intervenção são ecléticos?

(B) A grande maioria sim. Pelo que eu saiba o ABA não é eclético.

12. (A) O que pensa sobre a eficácia da metodologia dos modelos de intervenção para a reabilitação da criança com o autismo para melhorar a sua inclusão?

(B) A metodologia ABA é muito eficaz e vai... funciona mais ou menos o que é excesso na pessoa com autismo, portanto a estereotipia normalmente é excesso, isolamento é excesso e para todos esses comportamentos problemas o que é excesso. Pronto qual é o objectivo do ABA é baixar os excessos, os comportamentos problemas e aumentar os comportamentos que estão em falta, como olhar nos olhos e dizer bom dia e aumentar a boa interacção social. Portanto posso dizer que ... O ABA vai aos sintomas centrais no autismo, vai atacar o autismo em si. Agora o TEACCH não. O TEACCH digamos que é um veículo para a

inclusão. E sobre tudo no caso do autismo, o que, que a metodologia TEACCH vai fazer, ora... as pessoas com autismo tem problemas de isolamento, comunicação, cognitivo, não planeiam e tem défices nas funções executivas. Então... tudo que é tomar decisão, planeamento as mudanças de atenção e controlo da função da atenção, todo esse tipo de processo cognitivo-comportamental estão comprometidos, portanto nós vamos como costumam dizer, vamos fazer um “boneco”, vamos fazer um horário visual, por na parede para o miúdo poder consultar, aquele horário são muitos marcadores visuais e só para facilitar o acesso daquela pessoa a sociedade. Pronto, mas aqui a grande diferença é essa...

13.(A) Conhece outros programas de intervenção?

(B) Sim. O PECS, processo de imagem por meio de troca, o miúdo não sabe falar, mas se quer uma bolacha, é um ABA verbal, ele aprende que se disser aquilo ele ganha uma bolacha, pronto. O FLOORTIME e o SONRISE (...) tem o filme que chama-se “ O milagre do Amor”, que toda gente conhece o autismo através desse filme, em Portugal. Embora essa metodologia tem alguns pontos de contacto, mas o Ruan foi diagnosticado com autismo (...) considerado ineducável e impossível para ir para a escola (...) o que a mãe começa a fazer com a criança é o que a psicologia se faz provavelmente na educação, quando há uma educação individualizada. A mãe começa a criar relação com o filho que é a base de tudo.

O DIR- Floortime vem da teoria da psicanálise, embora eu não acreditar na psicanálise, é uma boa terapia para os miúdos pequeninos, fica a falta só a parte académica. O FLOORTIME é assim só brincadeiras, mas é o modelo DIR e portanto também tem integração sensorial, terapia ocupacional e terapia da fala. Markaton (gestos e imagens, ao mesmo tempo). No FLOORTIME, “eu quero” é que o miúdo mexe com o olhar, para ele começar a fazer pontes lógicas que pense que é segura. Para o modelo é fazer relação e pronto! Não acredito na eficácia do modelo SON-RISE parece um esquema de pirâmide. A gente tem que ganhar uma bolsa e ir lá, não sei quantos mil euros e vender para mais 3 amigos (...). Mas de qualquer forma eu acho que o modelo SON-RISE começa no FLOORTIME, começa com a base da relação é um modelo eclético por excelência e eu vejo que isso no FLOORTIME só que aquilo é porque se nós quisermos chamar nomes e ter conceitos ali pelo meio é muito difícil há isso é verdade, mas é isso que é um modelo eclético e eu revejo muito mais nesse modelo porque há miúdos que apetece-me rolar no chão e há miúdos que tem patologia emocional do autismo e há miúdos que tem outras patologias associadas ao autismo se calhar a parte o comportamento (...). Para mim todos os modelos são eficazes a sua maneira.

14. (A) Os modelos de intervenção têm alguma Evidência Científica?

(B) O modelo ABA tem vários artigos onde analisam resultados, mas não publicados.

15. (A) Estes modelos de intervenção foram feitos para crianças com autismo?

(B) Sim. O ABA, SON-RISE e o DIR-Floortime.

16. (A) Qual é a intensidade do tratamento intensivo para ser suficiente para uma criança com autismo?

(B) 25 horas semanais.

17. (A) Qual é o melhor tratamento especializado de intervenção que é usado para quebrar esse fechamento (isolamento), da criança autista? O que tem melhor resultado.

(B) Eficaz...Eficaz... declarar guerra ao autismo sim, é o ABA. O modelo ABA é mais eficaz. No ABA os miúdos estão ali sempre a aprender. Tudo está controlado e é em períodos curtos de meia hora e passam por diferentes contextos e tudo está muito bem previsto.

Desculpe-me lá se eu fosse mãe de uma criança autista ia para o ABA.

18. (A) Qual o modelo de intervenção que o Estado deveria adoptar?

(B) A metodologia TEACCH, pois se for bem utilizada eu penso que ela é capaz, mas não chega é preciso de saber um bocadinho de ABA. É por isso que os professores são os melhores comprovadores de prevenção nesta área.

19. (A) Os pais quando procuram um modelo de intervenção, eles já vêm com o diagnóstico da criança?

(B) Sim.

20. (A) A Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser aplicada em crianças com autismo com sucesso?

(B) Com autista? Há... Eu acho que sim, porque o próprio Shopper, o pai do TEACCH, a teoria dele é um bocadinho eclética. A grande arma do autismo é a educação, não é a medicina, não é a medicação é a educação. E que a educação em multidisciplinaridade com contributos a estimulação total do desenvolvimento humano, assim é que os docentes passam a maior parte do dia e são os grandes agentes de estimulação deles. Então... mas Shopper foi buscar a teoria dele, o modelo dele, foi buscar na educação. Sim os modelos educativos, a psicologia, a teoria cognitiva, ele era cognitivista, e a teoria do comportamento, que é um bocadinho o ABA, para minimizar os comportamentos das crianças de falta de atenção e está ali as balizas estruturadas...

Agora o ataque de pânico é onde a teoria cognitivo-comportamental dá mais resultado, característico do Asperger e dá mais resultado que a psicanálise porque é mesmo a exposição, treino de relaxamento, uma coisa hiper objectiva. Não é? Agora no autista onde é que eu ...

diria que se pode aplicar uma coisa cognitiva... “Vá (...)” e o autista está a fazer qualquer coisa e Tu diz “Tu consegues (...) Tu consegues (...)” ao terceiro dia diz “Tu consegues...” é da motivação.

21. (A) A aplicação dos modelos de intervenção reabilita uma criança com autismo para ser incluída em uma sala de aula com seus pares. Acompanhar o currículo da escola?

(B) Eu acho que depende de quem está a volta da criança com autismo. Sim... Sim. Isso é feito porque a criança começa a fazer algumas tarefas de inclusão. Vamos lá a ver está a falar em ter acesso ao currículo? Do aluno fazer o quarto ano com adaptações e tal isso só é possível para o Asperger. Um autista não verbal com défice cognitivo grande acho que está errado a DGDC querer que esse miúdo tenha que está 50%, em turma pode ter uma turma má ou uma professora que não presta, acontece a todos, não é? Pronto, mas portanto está errado. Pode ser um miúdo que tenha problemas enormes e que não esteja a fazer nada porque não gosta de estar ali, em uma turma e que esteja a boicotar a aprendizagem dos outros vinte. Pode não fazer sentido aqui, não é, mas em todo o caso é assim, se o aluno tem sempre um trabalho no individual com o docente na zona do aprender é isso que ele vai levar para a turma do regular. Portanto a professora no 3º ano, quer dizer isso que se chama, planificação possível inclusão. A planificação é assim, nós sabemos que o miúdo não consegue e se todos estiverem a olhar para a professora e a professora estiver a dar uma explicação qualquer não é o momento para a inclusão e essa professora se vir o autista como aluno dela em vez de fazer o trabalho de manhã porque é nesse horário que o miúdo autista consegue participar. O professor da unidade quando fica com ele e nesse dia ele faz a inclusão à tarde para participar daquele, isso é a inclusão. E portanto eu acho que sim, que é possível não a tempo inteiro, não é benéfico para o aluno.

22. (A) As escolas regulares estão preparadas para receber estas crianças reabilitadas? Acredita na inclusão dessas crianças com autismo?

(B) Infelizmente nem todas as escolas estão preparadas para os alunos com autismo. Claro eu acredito na inclusão das crianças com autismo. Elas precisam disso.

Anexo 11

Protocolo de Entrevista 4

Entrevista 4

Centro de Intervenção (Escola): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ano Lectivo: 2010/2011

Data: 21/07/2011

Entrevistadora: Alinea D'Ascensão Gonçalves

Especialista (professora): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Objectivo da entrevista

- . Recolher informação para caracterizar o entrevistado
- . Recolher informação para caracterizar o autismo
- . Recolher informação sobre a intervenção precoce para criança com autismo.
- . Recolher informação para fazer o levantamento de modelos de intervenção ao nível cognitivo comportamental, se são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com autismo.

Entrevistadora (A)

Especialista (B)

Entrevistadora (A) – Sou estudante do 2º ano de Mestrado em Educação Especial, no domínio cognitivo e motor, Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Gostaria que concedesse esta entrevista, pois sendo uma pessoa sensível aos aspectos relacionados com a educação especial e sendo a Dr(a). Especialista em NEE, com crianças com Autismo, pareceu-me importante. O meu objectivo é recolher informações sobre crianças com autismo, os modelos de intervenção, teoria cognitiva-comportamental, e a Inclusão Escolar, em particular com o aluno autista. A partir do pressuposto que, os programas de intervenção ao nível cognitivo comportamental são eficazes para a criança autista, e na inclusão escolar da mesma?

Total de 22 perguntas.

1. (A) Quais são as suas habilitações académicas e profissionais?
(B) Socióloga - Base com crianças com autismo, pois fiz uma formação nos EUA, para trabalhar com crianças com autismo.
2. (A) Como caracteriza-se o autismo. O autismo é uma deficiência mental?
(B) O autismo é uma síndrome. Caracteriza-se por desvios qualitativos na comunicação, interacção social e imaginação. O autismo não é uma doença mental, pode está relacionada a doença mental.
3. (A) É possível que uma criança com autismo se desenvolva e ‘normalize’ através da intervenção precoce (com o tempo perca o diagnóstico)? E tem casos que não tem nenhum resultado?
(B) Assim... Eu adoraria que fosse possível, neste momento é utopia, mas já existe muitos trabalhos feitos a volta, portanto quem sabe (...). Pode ser revertida no máximo possível a nível das competências sociais e conseguir interagir com outras pessoas, já é excepcional. Agora, conheço crianças que não evoluem por ser casos graves.
4. (A) A Intervenção Precoce é importante?
(B) Sim. A intervenção precoce quanto mais cedo é melhor para a criança com autismo.
5. (A) O Estado apoia a intervenção precoce de crianças com autismo em Portugal?
(B) Infelizmente não. Temos as salas de ensino estruturado, mas não é uma intervenção precoce, pois as crianças só vão quando entram para o ensino regular.
6. (A) Como é feito o encaminhamento para a Educação Especial? É fácil para uma criança com autismo ser incluída?
(B) O encaminhamento para criança com autismo é complicado. É muito difícil uma criança com autismo ser encaminhada, pois só aceitam quando são casos leves.
- 7.(A) A aplicação de um modelo de intervenção, possa reabilitar uma criança com autismo?
(B) Sim. Se for um modelo sério feito para crianças com autismo.
8. (A) O modelo de intervenção, Sala de Ensino Estruturado, que o Estado adoptou é eficaz?
(B) Infelizmente não acredito na eficácia das salas de ensino estruturado. Pronto, se fosse um modelo completo... aí sim.
9. (A) Os pais acreditam na eficácia das salas estruturadas?
(B) Na maioria não... Eu sou uma mãe de uma criança com autismo. Não acredito.

10.(A) Os docentes que trabalham nas unidades, acreditam na eficácia da Sala Estruturada (Sentem-se a vontade em trabalhar com a filosofia TEACCH)?

(B) Sim. Vejo que eles acreditam. Afinal é o trabalho deles.

11. (A) Os modelos de intervenção são ecléticos?

(B) Sim. Para ser um modelo eficiente tem que ser eclético.

12.(A) O que pensa sobre a metodologia dos modelos de intervenção para a reabilitação da criança com autismo para melhorar a sua inclusão?

(B) Bom, o ABA para mim não faz sentido. Não gosto do ABA. Porque eu não gosto do ABA, para já acho que, pedir as crianças para fazer determinada acção em troca de outra coisa não está correcto. Porque em qualquer altura eu posso ter que ir para outro sítio, para outro local, onde não tenha nada para dar a criança e depois como é que eu faço. Fica um bocadinho nas teorias o ABA fica a dever. O modelo TEACCH vamos dizer que já está um bocadinho mais associado, já se acompanha um bocadinho melhor, mas de qualquer das formas não vejo (...) da parte da minha filha via ela estar em uma sala TEACCH, pronto em um ensino estruturado. O Floortime é muito idêntico ao Son-rise, também. Não é. Embora também tenha essa teoria de dar algo em troca, um bocadinho.

13.(A) Conhece outros modelos de intervenção para crianças com autismo?

(B) Sim.

14.(A) Os modelos de intervenção têm alguma evidência científica?

(B) Tem o ABA, com vários artigos com resultados de evidências científicas.

15. (A) Os modelos de intervenção foram feitos para as crianças com autismo?

(B) O ABA, Son-Rise e o Floortime. O Teacch não foi feito para a educação especial no geral.

16. (A) Qual é a intensidade do tratamento intensivo para ser suficiente para uma criança com autismo?

(B) 25 horas por semana é o suficiente para uma criança com autismo.

17.(A) Para si qual é o melhor tratamento especializado de intervenção que é usado para quebrar esse fechamento (isolamento), da criança com autismo? O que tem melhor resultado.

(B) O modelo Son-Rise. O Son-Rise é brincar sem dar nada em troca. A única coisa que dá-se em troca é o incentivo “BOA” “ Estás aqui a olhares para mim...” e a criança percebe que realmente fez alguma coisa para nós (...).

18. (A) Para si, qual modelo o Estado deveria adoptar?

(B) O modelo Teacch que é um modelo pedagógico se for bem aplicado é eficaz, mas o modelo Son-Rise já está a tentar entrar nas escolas.

19. (A) Os pais quando procuram um modelo de intervenção, eles já vêm com o diagnóstico da criança?

(B) Sim.

20. (A) A Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser aplicada com crianças com autismo com sucesso?

(B) Sim. Quando o modelo aplicado tenta entrar no mundo da criança. Digamos assim... está a ver como é que conseguimos que a criança nos aceite naquilo que está a fazer. E depois dela nos aceitar da maneira como ela está, nos fazemos a mesma coisa, não é. Estamos lá para ela, aí sim ela vai mudar o comportamento que tem.

21. (A) A aplicação dos modelos de intervenção pode reabilitar uma criança com autismo para ser incluída em uma sala de aula com seus pares. Acompanhar o currículo escolar?

(B) Depende. Se estivesse a falar do Asperger com certeza. Dependendo do autista pode integrar-se a um horário integral.

22. (A) As escolas regulares estão preparadas para receber estas crianças reabilitadas? Acredita na inclusão dessas crianças com autismo?

(B) Os professores não interagem com a criança com autismo da melhor maneira. Eles não sabem lidar com a criança com autismo. Eu acredito na inclusão.

Anexo 12

Protocolo de Entrevista 5

Entrevista 5

Centro de Intervenção: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ano Lectivo: 2010/2011

Data: 05/08/2011

Entrevistadora: Alinea D'Ascensão Gonçalves

Especialista (professora): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Objectivo da entrevista

- . Recolher informação para caracterizar o entrevistado
- . Recolher informação para caracterizar o autismo
- . Recolher informação sobre a intervenção precoce para criança com autismo.
- . Recolher informação para fazer o levantamento de modelos de intervenção ao nível cognitivo comportamental, se são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com autismo.

Entrevistadora (A) Especialista (B)

Entrevistadora (A) – Sou estudante do 2º ano de Mestrado em Educação Especial, no domínio cognitivo e motor, Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Gostaria que concedesse esta entrevista, pois sendo uma pessoa sensível aos aspectos relacionados com a educação especial e sendo a Dr(a). Especialista em NEE, com crianças com Autismo, pareceu-me importante. O meu objectivo é recolher informações sobre crianças com autismo, os modelos de intervenção, teoria cognitiva-comportamental, e a Inclusão Escolar, em particular com o aluno autista. A partir do pressuposto que, os programas de intervenção ao nível cognitivo comportamental são eficazes para a criança autista, e na inclusão escolar da mesma?

Total de 22 perguntas.

1. (A) Quais são as suas habilitações académicas e profissionais?

(B) Pedopsiquiatra da Infância e da Adolescência

2. (A) Como caracteriza-se o autismo. O autismo é uma deficiência mental?

(B) A Perturbação Espectro Autismo é uma doença mental. Está incluída nos diagnósticos de perturbação mentais. É uma doença mental crónica. Há muitas definições, onde dizem que o autismo é uma incapacidade, não é uma doença. Mas isso tem a ver com a possibilidade de receber subsídios da Segurança Social e de ter apoio da Educação (são questões políticas).

3. (A) É possível que uma criança com autismo se desenvolva e ‘normalize’(com o tempo perca o diagnóstico) E tem casos que não tem nenhum resultado?

(B) Sim, acontece... pode-se dizer que é uma cura, sim. O que nos acabamos por fazer é facilitar o desenvolvimento e há crianças que têm perturbações mais ligeiras e pode vir a ficar sem problemas, sim. Há muitos casos que se passam aqui que as crianças têm quadros aparentemente muito comprometidos ou ao princípio depois que tem admissão positiva (...) Não é todos os dias, mas muito frequentemente acontece aqui. Não é nenhum milagre, não é. Há uma percentagem de crianças que tem quase aparentemente... e evoluem bem.

Claro, com certeza que tem casos que não tem resultados, 1/3 dos casos graves que temos que está no programa de intervenção não tem boa evolução, isso é das melhores séries que há.

4.(A) A Intervenção Precoce é importante?

(B) Sim. Quanto mais cedo melhor.

5. (A) O Estado apoia a intervenção precoce de crianças com autismo em Portugal?

(B) O Estado não reconhece o autismo como uma doença e não é lucrativo, não têm máquina, são só pessoas, não tem indústria farmacêutica, são coisas que não favorecem para que o Estado reconheça esse tipo de intervenção. Em Portugal há poucos sítios em que o Estado paga completamente, nós aqui no Hospital Estefânia temos um programa de intervenção intensiva, que o hospital aceitou que o fizesse, mas não paga os profissionais. Onde os pais quem pagam tudo em relação ao programa DIR (Floortime). Onde está tudo organizado, que o estado paga é no Algarve, todos têm formação e equipas completas, terapeutas ocupacionais, terapia da fala, psicólogo... e no centro de desenvolvimento do Funchal. E depois o resto são coisas privadas, porque o Estado não paga.

6. (A) Como é feito o encaminhamento para a Educação Especial? É fácil para uma criança com autismo ser incluída?

(B) O Estado faz uma parceria com as instituições e só é autorizado o encaminhamento se for um caso leve. É muito raro uma criança com autismo ser encaminhada.

7. (A) A aplicação dos modelos de intervenção, pode reabilitar uma criança com autismo?

(B) sim. Mas depende do modelo aplicado.

8. (A) Acredita que o modelo de intervenção, Sala de Ensino Estruturado, que o estado adoptou é eficaz?

(B) Se a sala de Ensino Estruturado funciona bem.

7. (A) Os pais acreditam na eficácia das salas estruturadas?

(B) Há crianças que vão para o Ensino especial e prometer o contrário é enganar as pessoas.

Dar a ideia de que há um método milagroso que cura toda a gente é enganar as pessoas.

10.(A) Os docentes que trabalham nas unidades, acreditam na eficácia desse modelo (Sentem-se a vontade em trabalhar com a filosofia TEACCH)?

(B) Depende da unidade, se for bem organizada. Acredito que sim.

11. (A) Os modelos de intervenção são ecléticos?

(B) Sim.

12.(A) O que pensa sobre a eficácia da metodologia dos modelos de intervenção para a reabilitação da criança com autismo para melhorar a sua inclusão?

(B) Bom. O Teacch é um modelo pedagógico, que é muito importante e eficaz, quando é bem organizado. Muitas das nossas crianças quando vão para a escola primária e vão para a sala de ensino estruturado. Muito bem, sou completamente de acordo, mas isso não é terapêutico, isso é pedagógico, não façamos confusão; O Floortime trabalha com brincadeiras, qualquer tipo de brinquedos, não tem nada de especial, são brinquedos variadíssimos, que a criança escolha a actividade. O brinquedo principal é a pessoa, que se passa a relação. O resto são objectos que são usados para mediar essa relação. Não ensina-se nada a criança, aquilo que a criança vai aprender é na relação, que é afectar o outro, como comunica, como se pode zangar, como se pode tirar proveito, tomar iniciativa, como se pode ter ideias na cabeça, resolver problemas, pensar o que o outro vai fazer, buscar conforto, a partilhar novidades, ter saudades (...); O Son-rise tem semelhanças com o Floortime, sobretudo na parte de integração sensorial. O Son-rise é um pacote de marketing que se está embrulhado e a principal diferença é que o Floortime é feito por profissionais e não se tira a criança do seu meio natural... é mais barato. Os princípios do son-rise são semelhantes aos princípios do Floortime, modelo DIR. Não tenho que acreditar ou deixar de acreditar é um pacote comercial; O ABA deixa a criança robotizada. Dirige apenas aos comportamentos de superfície aos comportamentos do parece e não se dirige a aquilo que é genuíno, que é interno da pessoa, que são as emoções, não é. Posso dar o exemplo no ABA, a criança aprende que para cumprimentar uma pessoa tem-se

que esticar a mão e olhar. Lançar talvez um sorriso, sem que isso tenha um significado para ela, então ela faz isso. O cumprimento é um comportamento de superfície, mas não tem introdução interna, portanto se o objectivo é apenas para as crianças que parece está adestrada é importante, não tem problemas, estão bem treinadas. OK, mas no ponto de vista ético... pessoa humana por adestrar (...); O PECS Não dá resultado, só serve para acabar com a comunicação.

13.(A) Conhece outros modelos de intervenção para crianças com autismo?

(B) Sim. SIERIS, RDI. Há mais de 40 modelos, modelos das dietas, suplementos vitamínicos, das intoxicações, desintoxicações, há o modelo da câmara hiperbarica, modelo da vitamina B12. Enfim há um vasto campo comercial a volta a explorar as pessoas que estão em dificuldades com doenças que são muito graves e que tem evoluções muito incertas.

14.(A) Os modelos de intervenção têm alguma evidência científica?

(B) Não existe nenhuma evidência nos modelos de intervenção. O ABA não tem evidências. O ABA tem uma revista que tem graves problemas metodológicos e nomeadamente selecção de amostra de maneira como a amostra foi seleccionada e como eram os casos mais favoráveis no grupo experimental que teve o ABA. E nunca foi publicado esses estudos e nunca houve mais ninguém que conseguisse reduzir esses resultados, e esses resultados são casos inferiores é o que temos aqui por exemplo. Só que nós não fizemos estudos e não temos comparação que são grandes problemas com o autismo. Como as perturbações são muito variadas nós não conseguimos da partida, prevê quais são os pontos que vão evoluir bem ou não. As pessoas mudam muito e fica difícil fazer uma amostra emparelhada ou grupos homogéneos com o diagnóstico apenas não define a pessoa. As pessoas são muito mais do que o diagnóstico. Portanto, é muito difícil nós conseguirmos grupos e depois dizer exacto foi por causa do tratamento. Portanto as questões em relação ao (...) não tem a ver com (...) ficam a achar que é mais eficaz ou menos eficaz por um lado saber que essa prova científica é um arquivo, mas olhando com... para quem sabe ler artigo não é um artigo válido, não tem critérios científicos dados suficientes. Os estudos que tentam replicar essa experiência, não apresentam os mesmos resultados (...).

15. (A) Os modelos de intervenção foram feitos para as crianças com autismo?

(B) Sim. Mas muitos podem ser aplicados em crianças com Asperger.

16. (A) Qual é a intensidade do tratamento intensivo para ser suficiente para uma criança com autismo?

(B) 30 minutos. Seria 3h por semana é o suficiente.

17.(A) Para si qual é o melhor tratamento especializado de intervenção que é usado para quebrar esse fechamento (isolamento), da criança autista? O que tem melhor resultado.

(B) O modelo DIR (Floortime) por ter a característica típicas de basicamente ser destinada a criança, ao interesse da criança. E depois através da ajuda para a criança fazer aquilo que quer fazer, ou da colocação de obstáculo (...). Os programas que temos aqui são feitos por profissionais muito experimentados.

18. (A) Para si, qual modelo o Estado deveria adoptar?

(B) As Unidades de Ensino Estruturado vão se encaixando, funcionam bem, são completas teoricamente e têm intervenções terapêuticas também, as crianças vão a natação especial, têm terapia da fala, vão aos cavalos, têm psicomotricidade, podem ter apoio psicológico isso tudo está previsto nas unidades de ensino e os apoios individuais. Mas agora não existe, está bem, mas o modelo está certo. Mas tudo isso é muito raro de acontecer.

19. (A) Os pais quando procuram um modelo de intervenção, eles já vêm com o diagnóstico da criança?

(B) Sim.

20. (A) A Terapia Cognitivo Comportamental pode ser aplicada com crianças com autismo com sucesso?

(B) Não há nenhum programa adaptado, que seja terapia cognitivo comportamental para crianças com autismo. Há programas comportamentais, pois não há nenhum programa que se inspire directamente na prática cognitivo comportamental. Agora nessas coisas o modelo DIR-Floortime tem cognição cognitivo comportamental. Há imensas coisas, agora essas divisões são ligas (classificação) da psiquiatria. Está aí a confundir conceito de esquemas, não se aplicam aqui na nossa área. As coisas da psicanálise cognitiva, estão diluídas aqui, percebe. São coisas mais próximas da religião e da ciência. Considerando todo o Espectro, metade das crianças com autismo tem défice cognitivo.

21. (A) A aplicação dos modelos de intervenção pode reabilitar uma criança com autismo para ser incluída em uma sala de aula com seus pares. Acompanhar o currículo da escolar?

(B) A criança com autismo diagnosticado mesmo, tenho minhas dúvidas, porque conheço algumas. Agora a criança com autismo mesmo precisão dessas unidades de Ensino Estruturado que há nas escolas. A criança na Sala Estruturada, não fica inclusa 100% na sala regular, naturalmente porque não pode. Se a sala de Ensino Estruturado funciona bem, se a escola funciona bem e já vão aparecendo escolas que funcionam bem, as crianças aos poucos

e na medida das suas competências e das actividades e das professoras vão sendo incluídas na sala regular.

22. (A) As escolas regulares estão preparadas para receber estas crianças reabilitadas? Acredita na inclusão dessas crianças com autismo?

(B) Se a criança não tem problemas cognitivos e se tem comportamento controlado e se há um ambiente de compreensão de alguma bizarrice de comportamento que a criança tem. Há crianças com autismo que conseguem funcionar muito bem na escola, aprender, e há crianças que são melhores na aula... algumas são inteligentes outras não. Há algumas características... não há nada universal nas crianças com autismo. São todas diferentes.

Anexo 13

Protocolo de Entrevista 6

Entrevista 6

Centro de Intervenção (Escola): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Ano Lectivo: 2010/2011

Data: 23/06/2011

Entrevistadora: Alinea D'Ascensão Gonçalves

Especialista (professora): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Objectivo da entrevista

- . Recolher informação para caracterizar o entrevistado
- . Recolher informação para caracterizar o autismo
- . Recolher informação sobre a intervenção precoce para criança com autismo.
- . Recolher informação para fazer o levantamento de modelos de intervenção ao nível cognitivo comportamental, se são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com autismo.

Entrevistadora (A) Especialista (B)

Entrevistadora (A) – Sou estudante do 2º ano de Mestrado em Educação Especial, no domínio cognitivo e motor, Escola Superior de Educação Almeida Garrett.

Gostaria que concedesse esta entrevista, pois sendo uma pessoa sensível aos aspectos relacionados com a educação especial e sendo a Dr(a). Especialista em NEE, com crianças com Autismo, pareceu-me importante. O meu objectivo é recolher informações sobre crianças com autismo, os modelos de intervenção, teoria cognitiva-comportamental, e a Inclusão Escolar, em particular com o aluno autista. A partir do pressuposto que, os programas de intervenção ao nível cognitivo comportamental são eficazes para a criança autista, e na inclusão escolar da mesma?

Total de 22 perguntas.

1. (A) Quais são as suas habilitações académicas e profissionais?

(B) Psicólogo Clínico. Trabalho na APPDA há 30 anos, com autistas.

2. (A) Como caracteriza-se o autismo. O autismo é uma deficiência mental?

(B) O autismo é um distúrbio do comportamento. Dificuldade de comunicação, socialização e imaginação. O autismo é uma Perturbação mental.

3. (A) É possível que uma criança com autismo se desenvolva e ‘normalize’ através da intervenção precoce (com o tempo perca o diagnóstico)? E tem casos que não tem nenhum resultado?

(B) Se for um bom modelo de intervenção intensiva e precoce.

4. (A) A Intervenção Precoce é importante?

(B) Sim. É muito importante a intervenção precoce.

5. (A) O Estado apoia a intervenção precoce de crianças com autismo em Portugal?

(B) Infelizmente não. Se o Estado apostasse na reabilitação destas crianças com autismo toda a sociedade ganhava, pois iria investir muito dinheiro, mas recuperaria esse valor porque não precisava de gastá-lo no ensino especial, em auxiliares, em instituições.

6. (A) Como é feito o encaminhamento para a Educação Especial? É fácil para uma criança com autismo ser incluída?

(B) Para uma criança com autismo receber o encaminhamento é muito raro. Casos graves não são encaminhados para o Ensino especial.

7.(A) A aplicação de um modelo de intervenção, possa reabilitar uma criança com autismo?

(B) Sim.

8. (A) O modelo de intervenção, Sala de Ensino Estruturado, que o Estado adoptou é eficaz?

(B) Sim. Quando bem estruturada.

9. (A) Os pais acreditam na eficácia das salas estruturadas?

(B) Infelizmente a maioria não acreditam.

10.(A) Os docentes que trabalham nas unidades, acreditam na eficácia da Sala Estruturada (Sentem-se a vontade em trabalhar com a filosofia TEACCH)?

(B) Os docentes têm que acreditar, pois são eles que estão nas salas estruturadas.

11. (A) Os modelos de intervenção são ecléticos?

(B) a maioria sim. O ABA não é um modelo eclético.

12.(A) O que pensa sobre a metodologia dos modelos de intervenção para a reabilitação da criança com autismo para melhorar a sua inclusão?

Para mim o único modelo que foi feito para a criança com autismo é o ABA. Os outros modelos não são eficazes. Não têm evidências científicas.

13.(A) Conhece outros modelos de intervenção para crianças com autismo?

(B) Sim. O DIR-Floortime, Son-Rise, Teacch, etc.

14.(A) Os modelos de intervenção têm alguma evidência científica?

(B) Somente o modelo ABA.

15. (A) Os modelos de intervenção foram feitos para as crianças com autismo?

(B) Somente o modelo ABA.

16. (A) Qual é a intensidade do tratamento intensivo para ser suficiente para uma criança com autismo?

(B) 25 horas semanais.

17.(A) Para si qual é o melhor tratamento especializado de intervenção que é usado para quebrar esse fechamento (isolamento), da criança com autismo? O que tem melhor resultado.

(B) O modelo ABA. É o modelo que apresenta o melhor resultado, baseado em evidências científicas.

18. (A) Para si, qual modelo o Estado deveria adotar?

(B) A filosofia Teacch para a escola é eficaz, mas o modelo ABA já está nas escolas nos EUA e tem muitas respostas positivas. Aqui em Portugal está a começar a ser reconhecido.

19. (A) Os pais quando procuram um modelo de intervenção, eles já vêm com o diagnóstico da criança?

(B) Sim.

20. (A) A Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser aplicada com crianças com autismo com sucesso?

(B) Sim.

21. (A) A aplicação dos modelos de intervenção pode reabilitar uma criança com autismo para ser incluída em uma sala de aula com seus pares. Acompanhar o currículo escolar?

(B) Não 100%. Acompanhar o currículo é impossível para uma criança com autismo que tenha um défice cognitivo.

22. (A) As escolas regulares estão preparadas para receber estas crianças reabilitadas? Acredita na inclusão dessas crianças com autismo?

(B) Infelizmente não. Mas acredito na inclusão parcial, em horários quando o professor não está a explicar matéria.