

ANDREIA MANUELA MARTINS SOARES

*“Caraterização do apoio à criança com Perturbação de Espectro do  
Autismo”*



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2014



ANDREIA MANUELA MARTINS SOARES

*“Caraterização do apoio à criança com Perturbação de Espectro do  
Autismo”*



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2014

ANDREIA MANUELA MARTINS SOARES

*“Caraterização do apoio à criança com Perturbação de Espectro do Autismo”*

Atesto a originalidade do trabalho:

-----  
(Andreia Manuela Martins Soares)

“Trabalho apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos  
para a obtenção do grau de licenciatura em  
Terapêutica da Fala, sob a orientação da  
Mestre Vânia Peixoto.”

## RESUMO

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) consiste num distúrbio do neurodesenvolvimento, que se caracteriza por dificuldades de comunicação, imaginação, interação social, assim como pouca flexibilidade do pensamento e interesses restritos, desde idades muito precoces.

Com base na consulta bibliográfica, construiu-se um questionário designado “Caracterização do apoio à criança com PEA” que foi enviado via *online* através do *Google Docs* para profissionais de saúde nomeadamente a Terapeutas da Fala (T.F), Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Professores, Educadores e Professores/Educadores de Ensino Especial, Psicopedagogos e psicomotricistas. A nossa amostra é constituída por 70 profissionais, maioritariamente, do género feminino. De acordo com os nossos resultados, a maioria não beneficiou de formação de base específica na PEA. O profissional mais referido como participando na avaliação e intervenção foi o terapeuta da fala. O acolhimento/anamnese foi a opção que reuniu mais consenso no processo de avaliação A Childhood Autism Rating Scale (CARS) foi o instrumento que os respondentes referiram como o mais utilizado na avaliação. Quanto ao tipo de avaliação e de intervenção que as crianças com PEA usufruem, a interdisciplinar foi a referida pela maioria dos inquiridos. Sobre os programas de intervenção, verificou-se que o Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH) é do conhecimento da grande maioria dos inquiridos, apresentando quase a percentagem máxima, ao invés do Learning Experiences and Alternate Program for Preschoolers and their Parents (LEAP), Responsive Education and Prelinguist Milieu Teaching (RPMT) e Early Start Denver Model (EDSM). Relativamente à frequência com que os inquiridos utilizam na sua experiência profissional a comunicação aumentativa e alternativa (CAA) em crianças com PEA, observou-se que estes utilizam algumas vezes, maioritariamente signos gráficos, do sistema pictográfico de comunicação (SPC), sendo o contexto mais utilizado as terapias. No que diz respeito, ao tipo de apoios que as crianças com PEA usufruem, as respostas foram quase unânimes em relação às terapias, comparando com outro tipo de terapias alternativas.

**Palavras-Chave:** Perturbação do Espectro do Autismo, Metodologias de Avaliação e de Intervenção, Terapia da Fala e Autismo.

## **ABSTRACT**

The Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopment disorder, which is characterized by difficulties in communication, imagination, social interaction as well as lack of flexibility of thought and restricted interests, from very early ages. Based on the bibliographic consultation, was been constructed a questionnaire "Support characterization of children with ASD" which was made available online through Google Docs for health professionals including Speech Therapists, Occupational Therapists, Psychologists, Teachers, Educators and Special Education Teachers / Educators, educational psychologists and psychomotor specialists. Our sample is constituted by 70 professionals, mostly female. According to our results, the majority of respondents did not receive special basic training in ASD. The professional that had more frequently mentioned as participating in assessment and intervention was the speech therapist. The reception/anamnesis was the option that gathered more consensuses in the evaluation process. The Childhood Autism Rating Scale (CARS) was the instrument that respondents mentioned as the most used in the evaluation process. Regarding the type of assessment and intervention towards children with ASD, the interdisciplinary was mentioned by the majority of respondents. On intervention programs, it was found that the Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH) is known by the vast majority of respondents, with almost the maximum percentage, instead the Learning Experiences and Alternate Program for Preschoolers and Their Parents (LEAP), Responsive Education and Prelinguist Milieu Teaching (RPMT) and the Early Start Denver Model (EDSM) that obtained the lowest percentage. Regarding the frequency with which respondents use augmentative and alternative communication (AAC) in children with ASD, it was observed that they use mostly graphics signs, namely pictographic communication system (SPC), in respect of the context the most commonly used is in therapies. Regarding to the type of support used by children with ASD, the answers were almost unanimous and therapies were the most common, when comparing with other alternative therapies.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorder, Methodologies for Evaluation and Intervention, Speech Therapy and Autism.

## **AGRADECIMENTOS**

Uso este espaço para agradecer ao conjunto de pessoas fantásticas que de uma forma ou de outra me ajudaram a ter força para concluir este curso.

Quero desde já, agradecer à minha orientadora Vânia Peixoto pela orientação e disponibilidade enquanto docente e orientadora, sempre com um sorriso estampado na cara e uma palavra amiga. Também pelo modo humano como me apoiou nas situações de maior fragilidade.

Também quero agradecer à professora Eva Antunes, pelo conhecimento que me passou ao longo destes anos e pela prontidão em ajudar, que sempre demonstrou.

À professora Daniela que já apareceu a meio do meu percurso de estudante, mas que contribui em muito para os conhecimentos que detenho hoje, uma professora dedicada, interessada em ajudar os alunos, sempre pronta em ajudar no que lhe era pedido. O meu muito obrigado!

A todos os docentes com quem contactei durante este percurso na Universidade Fernando Pessoa, que em muito contribuíram para o meu conhecimento e crescimento enquanto pessoa e futura profissional de Terapêutica da Fala.

A todos os profissionais de saúde que colaboraram no meu estudo, que sem eles nada teria sido concretizado, o meu muito obrigado.

Aos meus pais que tudo fizeram para contribuir para a minha educação e formação e, em tornar-me na pessoa que sou hoje.

Ao meu marido Leandro, que sem dúvida foi um pilar muito importante para que eu chegasse a esta etapa. A ele agradeço todo o seu carinho, dedicação, ajuda, paciência, motivação e compreensão.

A todos os que de algum modo deram o seu contributo para a realização do presente estudo, os meus maiores agradecimentos.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
LISTA DE ABREVIATURAS	X
INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	2
1. DEFINIÇÃO DE AUTISMO	2
2. TIPOS DE AVALIAÇÃO	4
3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	5
4. PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO	11
5. COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA NA PEA	22
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	25
1. TIPO DE ESTUDO	25
2. OBJETIVOS DO ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	26
3. INSTRUMENTO E MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS	27
4. MÉTODOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	29
5. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO	29
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	35
III. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	48
IV. CONCLUSÃO	52
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
VI. ANEXOS	62

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico n.º 01 – Distribuição por género</i>	30
<i>Gráfico n.º 02 – Histograma de distribuição de idades</i>	31
<i>Gráfico n.º 03 – Distribuição percentual por profissão</i>	31
<i>Gráfico n.º 04 – Histograma de distribuição de experiência profissional</i>	32
<i>Gráfico n.º 05 – Histograma de distribuição de experiência profissional na intervenção com crianças com PEA</i>	33
<i>Gráfico n.º 06 – Distribuição percentual do contexto profissional de intervenção com crianças com PEA</i>	34
<i>Gráfico n.º 07 – Distribuição percentual do grau académico</i>	35
<i>Gráfico n.º 08 – Distribuição percentual da formação de base específica na PEA</i>	35
<i>Gráfico n.º 09 – Distribuição percentual dos elementos que habitualmente participam na avaliação das crianças com PEA</i>	36
<i>Gráfico n.º 10 – Distribuição percentual do(s) momento(s) que fizeram parte do processo de avaliação</i>	37
<i>Gráfico n.º 11 – Distribuição percentual do(s) instrumento(s) utilizado(s) na avaliação</i>	38
<i>Gráfico n.º 12 – Distribuição percentual do tipo de avaliação</i>	38
<i>Gráfico n.º 13 – Distribuição percentual dos elementos que habitualmente participam na intervenção</i>	39
<i>Gráfico n.º 14 – Distribuição percentual do conhecimento sobre programas de intervenção</i>	40
<i>Gráfico n.º 15 – Distribuição percentual da utilização dos programas de intervenção</i>	41
<i>Gráfico n.º 16 – Distribuição percentual do tipo de intervenção</i>	41
<i>Gráfico n.º 17 – Distribuição percentual da frequência de utilização na experiência profissional de CAA</i>	42
<i>Gráfico n.º 18 – Distribuição percentual da utilização do tipo de sistemas de CAA</i>	43
<i>Gráfico n.º 19 – Distribuição percentual no contexto em que é utilizada a CAA</i>	45
<i>Gráfico n.º 20 – Distribuição percentual do principal intuito na utilização de CAA</i>	46
<i>Gráfico n.º 21 – Distribuição percentual da categoria de apoio que as crianças usufruem</i>	47

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

No decorrer deste trabalho irão surgir algumas abreviaturas, nomeadamente:

PEA- Perturbação do Espectro do Autismo

CPLOL- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de L' Union

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV traduzido para português como Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV

CID-10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

TF – Terapeuta da Fala

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UFP – Universidade Fernando Pessoa

CAA- Comunicação Aumentativa e Alternativa

SPC- Sistema Pictográfico de Comunicação

OMS- Organização Mundial da Saúde

ASHA- American Speech-Language-Hearing Association

ADIR- Entrevista no diagnóstico de autismo

ADOS - Escala de observação no diagnóstico de autismo

REYNELL- Escalas de Linguagem Expressiva e Compreensão Verbal

TALC- Teste de Avaliação da Linguagem na Criança

BATTELLE - Inventário de desenvolvimento Battelle

GRIFFITHS- Escalas de desenvolvimento Mental

CARS- Escala de classificação de autismo na infância

AQ- Quociente do Espectro do Autismo

VINELAND- Escala de comportamento adaptativo

CHAT- Checklist for Autism in Toddlers

M-CHAT- Modified Checklist for Autism in Toddlers

SCERTS- Social communication emotion regulation and transacional support

TEACCH- Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children

PECS- Picture Exchange Communication System

ABA- Applied Behavior Analysis

Dir- FLOOR-TIME- Developmental Individual-difference Relationship-based model

PEER PLAY- Integrated Play Groups

SON RISE- Son-Rise Program

MAKATON- Programa de desenvolvimento de linguagem

ESDM- Early Start Denver Model

RPMT- Responsive Education and Prelinguist Milieu Teaching

LEAP- Learning Experiences and Alternate Program for Preschoolers and their Parents

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da disciplina Projeto de Graduação, do curso de Terapêutica da Fala, da Universidade Fernando Pessoa, surge como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura, a execução do presente trabalho de investigação. Posto isto, torna-se possível a passagem e aperfeiçoamento dos métodos e técnicas inerentes à investigação científica, bem como realizar uma pesquisa mais pormenorizada acerca de conceitos relacionados com a evidência em estudo.

Os objetivos deste trabalho de investigação apontam concretizar um meio de avaliação, admitindo adquirir o grau de licenciatura em Terapêutica da Fala e aprofundar conhecimentos relacionados com o tema em estudo e auferir aptidões na área da investigação que proporcionem, futuramente, enveredar por outros trabalhos de pesquisa.

Perante um campo abrangente de temáticas, decidiu-se seguir pelo tema “Caracterização do apoio à criança com PEA” e pretende caracterizar, como o título indica, quais as metodologias de avaliação e intervenção que a amostra selecionada utiliza, e quais os tipos de apoio que as crianças com PEA usufruem.

A escolha deste tema deve-se, ao interesse da investigadora pela PEA e ao facto de existir uma escassez de estudos nesta temática, assim achou-se pertinente aprofundar este tema.

Para se conseguir atingir os objetivos pretendidos neste trabalho, foi necessário elaborar um questionário, dirigido a profissionais de saúde como: terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores, educadores e professores/educadores de ensino especial, psicomotricistas e psicopedagogos, que trabalhassem ou já tenham trabalhado com crianças com PEA. Através das respostas dadas ao inquérito analisaram-se os resultados obtidos e tiraram-se algumas conclusões. Posto isto, pretende-se, com este trabalho apresentar a realidade na avaliação e intervenção tal como os tipos de apoio que estas crianças utilizam.

Relativamente à organização deste projeto, pode dizer-se que este trabalho se encontra dividido em quatro capítulos. No capítulo I é feito um enquadramento teórico que esteve na base desta investigação, em que se definem as PEA, tipos de avaliação, instrumentos de avaliação, programas de intervenção e CAA na PEA também é descrita neste capítulo. No capítulo II é apresentada a metodologia utilizada nesta investigação com a descrição do desenho de investigação como o tipo de estudo, os objetivos do estudo e questões de

investigação, para além disto, faz-se referência ao instrumento e método de recolha de dados, os métodos de análise e tratamento de dados, a caraterização da amostra do estudo, bem como, a apresentação e análise de resultados. O capítulo III é composto pela discussão de resultados obtidos, sendo que no IV capítulo é efetuada a conclusão, apresentando as principais conclusões e encontram-se descritos alguns constrangimentos do projeto e projetos futuros.

## **I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

No primeiro capítulo é feita uma abordagem teórica sobre áreas de conhecimento relacionadas com a temática deste trabalho. Desta forma, pretende-se abordar, neste capítulo, temas fundamentais como: definição de autismo; quais os tipos de avaliação; caracterizar instrumentos presentes na avaliação e programas de intervenção e definir comunicação aumentativa na PEA.

### **1. DEFINIÇÃO DE AUTISMO**

Hoje em dia, ainda existem muitas dúvidas no que está na origem do autismo. Contudo, está em concordância na literatura que o autismo é consequência de uma disfunção orgânica e tem uma base biológica (Frith, cit. in Correia, 2006).

O psiquiatra norte-americano, Leo Kanner em 1943, desenvolveu uma investigação com 11 crianças, que ostentavam um conjunto de comportamentos semelhantes, caracterizando a perturbação que originava essa patologia como Síndrome do Autismo. Nesse ano, Kanner começa o estudo científico, editando “Autistic Disturbances of Affective Contact”, querendo confirmar ao autismo uma identidade distinta.

Segundo Siegel, 2008 a PEA, inclui-se num grupo de perturbações denominadas como perturbações globais do desenvolvimento. Estas perturbações são caracterizadas por alterações graves, em diversas áreas do desenvolvimento, como: competências sociais, competências de comunicação ou pela presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas (APA, 1996).

A PEA consiste num distúrbio severo do neuro-desenvolvimento, que se caracteriza por dificuldades de comunicação, de empregar a imaginação, de interação social, de aceitar alterações de rotinas e em controlar comportamentos estereotipados e restritos, desde idades muito precoces (Jordan, 2000, Mello, 2004).

Alguns autores, defendem que a PEA tem uma origem genética, sendo a possibilidade entre irmãos de 20 a 80 vezes superior em relação à população em geral (Levy et al., 2009, O'roak et al., 2008). Verifica-se uma grande percentagem de familiares de crianças com PEA, com atrasos no desenvolvimento da linguagem social, movimentos estereotipados e comportamentos sociais desadequados, embora de forma mais moderada (Jordan, 2000, Levy et al., 2009, Piven et al., 1997).

Em 1979, Lorna Wing e Judith Gould publicaram os resultados dos seus estudos, onde observam que, embora as crianças com autismo apresentem várias dificuldades, há três áreas de incapacidade facilmente identificáveis: comunicação, socialização e imaginação, atualmente estas ainda são as áreas que regulam todos os critérios de diagnóstico referente ao espectro das perturbações ligadas ao autismo (Jordan, 2000).

*"É hoje geralmente aceite que as perturbações incluídas no espectro do autismo, perturbações globais do desenvolvimento nos sistemas de classificação correntes internacionais, são perturbações neuropsiquiátricas que apresentam uma grande variedade de expressões clínicas e resultam de disfunções do desenvolvimento do sistema nervoso central multifatoriais "* (Barthélemy et al, 2000, p.162).

Existem vários sistemas para a classificação do autismo. As mais comuns são a CID-10 - Classificação Internacional das Doenças e Problemas relacionados à Saúde, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1992, na sua décima versão, o DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das perturbações Mentais, publicado em 1994. (APA, 1996, Mello, 2004), e mais recentemente publicado em Maio de 2013 o DSM-5.

Segundo o manual de diagnóstico DSM-IV, (1996), inclui nas perturbações globais do desenvolvimento a perturbações do espectro do autismo, a perturbação de rett, a perturbação desintegrativa da segunda infância, a perturbação de asperger e a perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação. As PEA têm como características a presença de um desenvolvimento anormal ou deficitário, acentuado, da interação e comunicação social e as suas atividades e interesses são limitadas. Estas perturbações alteram muito de acordo com o nível de desenvolvimento e da idade cronológica do individuo.

Segundo APA (2002), a perturbação do espectro do autismo é algumas vezes mencionada como autismo infantil precoce, autismo infantil ou autismo de Kanner. O mesmo manual de diagnóstico, refere que "As perturbações globais do desenvolvimento são caracterizadas por

um défice grave e global em diversas áreas do desenvolvimento: competências sociais, competências de comunicação ou pela presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas” e “(...) são geralmente evidentes nos primeiros anos de vida”.

Em Maio de 2013, a APA publicou a quinta edição do DSM (DSM-5), após um processo de revisão que durou 14 anos, uma das mais controversas mudanças do DSM-IV para o DSM-5 foram os diversos tipos de autismo (síndrome de asperger, autismo clássico/transtorno autista, transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação e transtorno desintegrativo infantil), foram excluídos desta classificação, passando a existir apenas um diagnóstico comum a todas as características nomeadamente, a PEA, uma vez que todos os distúrbios são apenas uma condição com vários níveis de gravidade dos sintomas. Esta patologia encontra-se agora, nesta classificação, dentro das neurodesenvolvimentais, enquanto na classificação anterior, se encontravam dentro dos transtornos invasivos do desenvolvimento. Os indivíduos que apresentem défices na comunicação social, mas os sintomas não se enquadram dentro dos critérios, das perturbações do espectro do autismo, devem ser diagnosticados com perturbação de comunicação social (pragmática).

Houve uma grande evolução no estudos e intervenção nos últimos 20 anos, atualmente existem vários instrumentos de avaliação e vários programas de intervenção, em todos eles referem a importância da intervenção em equipa, da deteção precoce, da intensidade e da intervenção em ambientes naturais.

## **2. TIPOS DE AVALIAÇÃO**

De acordo com Quill, Bracken & Fair (2002), existem dois tipos principais de avaliação: 1) as formais, são testes referenciados a cada tipo de patologia, que são referentes a uma amostra considerada normal e fundamentados em fases específicas de desenvolvimento; e 2) informais, são testes não padronizados, ou seja o desempenho da criança não é comparado com o de outras ditas neurotípicas ou com desenvolvimento normal, mas é analisado e usado para elaborar um plano individual adequado de intervenção.

Para avaliar o desenvolvimento comunicativo e social, os testes formais podem apresentar algumas desvantagens relativamente às crianças com autismo (Garcia & Rodriguez, 1997; Paul & Wetherby, 2005 e Quill, Bracken & Fair, 2002). Pois estas crianças podem até demonstrar habilidades no seu ambiente natural, mas no entanto em situação de avaliação poderão não conseguir ter o mesmo tipo de desempenho. Existem, por outro lado, indivíduos com PEA com grandes capacidades cognitivas, o que lhes permite “esconder” as suas

dificuldades nos testes, no entanto, constantemente, apresentam dificuldades mais relacionadas com a funcionalidade, tais como, nas interações sociais do dia-a-dia e no funcionamento em ambientes de sala de aula. O desenvolvimento das habilidades comunicativas e sociais destas crianças não está patenteado em medidas padronizadas pois segue uma via divergente daquela das crianças típicas.

As checklists são uma forma de avaliação rápida de delimitar em que etapa do desenvolvimento a criança se enquadra, assim como indica quais as suas habilidades e competências adquiridas, através das atividades de vida diária, contudo não pretendem descrever o desenvolvimento da criança (Greenspan & Lewis, 2005).

Os relatos ou questionários aos pais/cuidadores, são importantes para o diagnóstico, para perceber quais as preocupações em relação a comunicação da criança. Pois estes passam-nos informações importantes como os hábitos, autonomia, comportamentos, estereotípias, a forma como a crianças comunica e interage, tipo de linguagem e a sua funcionalidade (Fay, 2002; Perissinoto, 2003; Garcia & Rodriguez, 1997).

A observação através do jogo, é uma forma de avaliação onde se criam brincadeiras espontâneas e com regras, brinquedos com e sem ligação, jogos interativos, livros de figuras com e sem enredo, papel e lápis, materiais e atividades comuns, e estruturando atividades que solicitem as capacidades em questão (Quill, Bracken & Fair, 2002).

### **3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Existem vários instrumentos úteis para a avaliação de diagnóstico. Todavia, serão mencionados de seguida os instrumentos que são normalmente mais utilizados.

De acordo com Aguiar e Ribeiro (2006), os instrumentos de diagnóstico para autismo referem duas fontes fundamentais de informação: os relatos dos pais sobre o percurso de desenvolvimento e padrões de comportamentos atuais do indivíduo e as informações da observação direta do comportamento do indivíduo.

#### **ADIR**

A ADIR foi desenvolvida por M. Rutter, A. Le Couteur y C. Lord, consiste numa entrevista estruturada, tem como objetivo principal ser aplicada aos pais ou cuidadores das crianças com idade superior a 2 anos, com PEA, e obter uma descrição pormenorizada dos comportamentos requeridos para o diagnóstico. A entrevista incide sobre 3 domínios de maior relevância são eles: linguagem/comunicação; interação social; comportamentos / interesses restritos

repetitivos e estereotipados. É constituída por seis partes. A primeira é sobre a orientação geral, para obter informação sobre os antecedentes da criança e da família, e que foi delineada de forma a permitir ao entrevistador formular melhor as questões seguintes. Esta parte inicial está delineada apenas para orientação e não pretende fornecer dados abrangentes sobre a família.

A segunda parte recolhe dados sobre o desenvolvimento precoce, e sobre as várias etapas do desenvolvimento, tentando assim identificar as idades em que ocorreram estas etapas. As três partes seguintes da entrevista incidem sobre o comportamento da criança nos primeiros anos de vida. Cada uma destas partes é dirigida a uma área diferente ou a combinação de áreas relacionadas com o diagnóstico do autismo, nomeadamente: comunicação e linguagem, desenvolvimento social e jogo, interesses e comportamentos inadequados. A última parte diz respeito a dificuldades de comportamento não específicas, capacidades especiais e algumas questões para completar a entrevista. (M. Rutter, A. Le Couteur y C. Lord, 2000)

## **ADOS**

Autism Diagnostic Observation Schedule foi desenvolvido por um grupo de investigadores, tendo um líder que foi autora do ADOS, a Catherine Lord em 1989, construiu assim um protocolo padronizado de observação e avaliação dos comportamentos sociais e da comunicação verbal da criança e do adulto com autismo. A observação comportamental aponta dois objetivos, o primeiro é ser possível fazer o diagnóstico diferencial de autismo de outras perturbações o segundo é poder estudar diretamente a qualidade dos comportamentos sociais e comunicativos associados ao autismo. O examinador para avaliação seleciona o módulo adequado ao indivíduo, conforme o seu nível de linguagem expressiva e idade cronológica. Posto isto, existem quatro domínios importantes para a avaliação neste instrumento: Interação social; comunicação/linguagem; comportamentos estereotipados/restritivos; humor e comportamentos incomuns não específicos. Os módulos mencionados em cima, envolvem atividades estruturadas e simples, como contar histórias ou jogar o faz-de-conta, tarefas que permitem uma observação específica de competências e comportamentos relevantes para a avaliação no autismo. Algumas das competências avaliadas, poderão ser avaliadas em mais que um módulo (Lord et al, 2000).

As habilidades que são analisadas devem ser acompanhadas através do manual, embora o examinador pode intercalar a ordem e o ritmo das tarefas, sendo adaptadas às necessidades de cada indivíduo a ser avaliado. O examinador enquanto avalia deverá tirar notas das

observações, para posteriormente poder codificá-las, e assim apresentar o diagnóstico, sendo a classificação total feita numa gradação de três pontos: 0 = dentro dos marcos normais; 1 = anormalidade rara ou possível; 2 = anormalidade clara/distinta. A pontuação 7 é eventualmente usada para indicar comportamento anormal, mas que não é abrangido pela codificação (Le Couteur et al., 1989).

### **REYNELL**

A Escala de Desenvolvimento da Linguagem de Reynell (Reynell Developmental Language Scales Record Form), foi concebida por Joan K. Reynell, é uma avaliação usada para se identificar os atrasos na fala e na linguagem, por profissionais de saúde. A primeira edição, numa versão experimental, ocorreu em 1969, tendo sido revista por Edwards, Flechter, Garman, Hughes, Letts e Sinka, da University of Reading do Reino Unido. Esta escala proporciona uma avaliação dos essenciais recursos de linguagem. Esta melhoria na última edição teve por base as pesquisas mais recentes sobre a aquisição da linguagem e os indicadores de comprometimento da linguagem.

Embora permita avaliar as crianças com dificuldades em termos de linguagem, fornece também algumas orientações básicas quanto a uma futura intervenção.

Esta escala detém duas escalas distintas: uma analisa os aspetos de compreensão da criança de um vocabulário selecionado e questões gramaticais (escala de compreensão), e outra investiga a produção das mesmas características de linguagem por parte da criança (escala de produção). Ao longo do tempo esta escala foi uma das mais usadas pelos profissionais devido ao seu aspeto prático, de se ter revelado de fácil aplicação provocando uma cooperação voluntária por parte das crianças, por ter sido padronizada através de estudos de larga escala e por permitir uma avaliação da linguagem tanto a nível da compreensão como da produção (Reynell & Gruber 1990).

### **TALC**

O teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC) foi criado por Sua-Kay e Tavares. É um teste que tem como finalidade despistar e/ou confirmar eventuais alterações da linguagem, possibilitando o profissional, nomeadamente, o T.F, identificar quais as áreas fortes e fracas da criança.

De acordo com as autoras, este permite definir um plano de intervenção terapêutica no caso de serem afirmadas limitações. Apesar disso, trata-se de um teste para a população portuguesa

apto para fornecer médias e desvios padrões para todas as faixas etárias, nomeadamente, dos 2A6M aos 6A00M. O TALC é composto por um conjunto de objetos e pranchas com imagens representativas de objetos, ações e situações do dia-a-dia. Possibilita avaliar as componentes de compreensão e expressão da linguagem ao nível dos domínios: morfossintático, semântico e pragmático.

Este é composto em duas partes, a primeira avalia os aspetos que se referem à compreensão de linguagem, através de três subtestes como: (i) vocabulário – identificação de objetos e imagens; (ii) relações semânticas – relações semânticas de duas e três palavras de conteúdo; (iii) frases complexas (relativas, passivas e correlativas). Em relação à segunda componente, esta é constituída por quatro subtestes que possibilitam avaliar as áreas da expressão de linguagem, especialmente: (i) vocabulário – nomeação de objetos e imagens; (ii) frases absurdas – reconhecimento e justificação de uma frase semanticamente irregular; (iii) constituintes morfossintáticos – uso de morfemas gramaticais tais como, preposições conjunções, pronome reflexo, flexões nominais e verbais e as funções sintáticas de objeto direto e indireto e por fim a (iv) funções comunicativas – aplicação das regras de delicadeza e subtilidade (Sua-Kay e Tavares, 2011).

## **BATTELLE**

O Inventário de desenvolvimento Battelle, é um instrumento de avaliação, foi elaborado por J. Newborg, J. R. Stock y L. Wnek. Poderá ser utilizado por equipas de profissionais ou de forma individualizada. É destinado a crianças desde o nascimento até aos 8 anos, pode ser aplicado a crianças com diferentes incapacidades, colabora no diagnóstico de forma a identificar crianças com deficiência, na avaliação de grupos de crianças com deficiência em programas de educação precoce, na avaliação dentro dos parâmetros no desenvolvimento da criança, na avaliação ou monitorização da preparação das escolas e na avaliação do programa de responsabilidade. Faculta informações sobre os pontos fortes e fracos em diversas áreas do desenvolvimento da criança, a fim de facilitar o desenvolvimento de programas de intervenção individualizada. O Battelle carece de cinco domínios, o início do processo para cada subdomínio, são determinados pela idade ou pelo nível de capacidade ou incapacidade da criança. Os domínios e os respetivos subdomínios são eles:

<b>Domínio Sócio Pessoal</b>	<b>Domínio Adaptativo</b>	<b>Domínio Motor</b>	<b>Domínio Comunicativo</b>	<b>Domínio Cognitivo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interação com Adultos</li> <li>• Autoconceito e crescimento social</li> <li>• Interação entre pares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade Pessoal</li> <li>• Auto proteção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motricidade fina</li> <li>• Perceção Motora</li> <li>• Motricidade Grosseira</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação Recetiva</li> <li>• Comunicação Expressiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminação percetiva / Desenvolvimento Conceitual</li> <li>• Raciocínio e habilidades académicas</li> <li>• Atenção e Memória</li> </ul>

Os avaliadores procedem à intervenção através de cada um dos subdomínios para determinar o nível de desenvolvimento da criança (Newborg, Stock, j e Wnek, 1996).

### **GRIFFITHS**

A “Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths”, foi desenvolvida por D. Luiz, A. Barnard, N. Knosen, N. Kotras, S. Horrocks, P. McAlinden, D. Challis & R. O'Connell. Esta escala destina-se a crianças entre os 2 e 8 anos. Avalia as etapas do desenvolvimento indicativas do crescimento mental. É composta por seis escalas: Motricidade grossa e fina; autonomia; linguagem; realização e cognição verbal (Luiz *et al.*, 2007).

### **CARS**

A CARS é uma escala de avaliação por observação, desenvolvida pelos autores Schopler, E; Reichler, RJ; Renner, BR, que tem como objetivo identificar crianças com autismo e diferencia-las de crianças com atraso no desenvolvimento sem autismo. Destina-se a crianças a partir dos 2 anos. É composta por quinze itens comportamentais: relação com as pessoas; imitação; resposta emocional; utilização de objetos; movimentos do corpo; adaptação à mudança; resposta visual e auditiva; resposta ao paladar, cheiro e tato; medo ou ansiedade; comunicação verbal; comunicação não-verbal; nível de atividade; nível e consistência de resposta intelectual e impressões gerais. Estas avaliações podem ser realizadas a partir de distintas fontes de observação como por exemplo: participação em sala de aula; descrição dos pais; registos históricos, desde que incluam a informação necessária para todos os itens. A avaliação, propriamente dita é realizada após a aquisição de todos os dados. A pontuação é da seguinte forma: 1 ponto – normal, 2 pontos – levemente anormal, 3 pontos – moderadamente anormal e 4 pontos – severo, permitindo-se intervalos de 0,5 ponto. A soma da pontuação dos

quinze itens permite o diagnóstico de acordo com o seguinte critério: < 30 pontos = normal, > 30 < 36,5 pontos = autismo leve a moderado, > 37 pontos = autismo severo. (Arima, 2009; A&R, 2011; Marques, 2000; Ozonoff, 2003; Pereira, 2007).

### **AQ**

Simon Baron-Cohen foi quem desenvolveu o Quociente do Espectro do Autismo é um questionário que contém 50 itens numa escala de quatro pontos, para ser respondido por pais e tem como objetivo quantificar traços de transtorno autista entre crianças de quatro a onze anos. Este questionário foi ajustado da versão para adultos e adolescentes (AQ-Adult e AQ-Adol) e está dividido em cinco áreas: habilidades sociais; atenção compartilhada; atenção para detalhes; comunicação e imaginação (Auyeung *et al*, 2008).

### **VINELAND**

É uma escala de avaliação de comportamento adaptativo, desenvolvida por Sara S. Sparrow, David A. Balla e Domenic V. Cicchetti que se destina a pais e professores de crianças até aos 17 anos e adultos com défice cognitivo. Tem como objetivo avaliar a autonomia pessoal e social de indivíduos desde o nascimento até à idade adulta. Avalia o comportamento adaptativo em quatro áreas do desenvolvimento, são elas: comunicação; atividade da vida diária; socialização e motricidade, esta última área destina-se apenas a crianças até 5 anos (Sparrow, Balla e Cicchetti, 1984).

### **CHAT**

Checklist for Autism in Toddlers foi desenvolvida em 1992, por Simon Baron-Cohen, Sally Wheelwright. É um instrumento de avaliação com o objetivo de despistar perturbações da relação e comunicação do espectro do autismo por volta dos 18 meses de idade. Esta checklist é de fácil aplicação, divide-se em dois segmentos, um composto por 9 questões de sim/não, destinado aos pais e um segundo para o médico que deverá responder a 5 questões através da observação. Os itens a ser avaliados são os seguintes: jogo intencional; apontar protodeclarativo; atenção partilhada; interesse social e jogo social (Marques, 2000; Ozonoff *et al.*, 2003).

## **M-CHAT**

O “M-CHAT” é uma versão estendida do CHAT, foi concebido por Diana Robins, Deborah Fein, Marianne Barton. É um breve questionário de rastreio referente ao desenvolvimento e comportamento, destina-se aos pais com filhos dos 18 aos 24 meses, com o intuito de rastrear as PEA. Pretende avaliar o comportamento, a interação e comunicação. Pode ser aplicado tanto numa avaliação periódica de rotina, como por profissionais especializados em casos de suspeita. Por vezes nestes testes de rastreio poderá existir um grande número de falsos positivos, porém as crianças com valores de cotação dentro dito “anormal” neste questionário, não irão ser diagnosticadas com esta perturbação. No entanto estes resultados podem indicar para a existência de outras irregularidades do desenvolvimento, sendo por isso essencial a avaliação por profissionais desta área (Robins *et al.*,2001).

## **4. PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO**

Segundo Jordan (2000) ter autismo pode ser verdadeiramente incapacitante, caso não se utilize metodologias de intervenção adequadas para esta problemática, pois esta perturbação encaminha a um padrão que compromete o contacto e a comunicação com o meio. As crianças com PEA necessitam de uma intervenção adequada, por parte de quem as rodeia. A intervenção pretende minimizar os défices destas crianças maximizando as competências existentes e dar resposta às áreas que se encontram alteradas.

As abordagens devem ser adaptadas a cada criança de acordo com as suas necessidades. Posto isto, foram desenvolvidos alguns programas de intervenção, que segundo George (2009), permitem auxiliar estas crianças para que sejam compreendidas.

## **SCERTS**

É um modelo educacional, foi concebido Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent e Rydell em 2007, para trabalhar com crianças e pessoas adultas com PEA e com as suas famílias. Este modelo possui uma gama de habilidades de desenvolvimento, incluindo também os indivíduos verbais e não-verbais. Pode ser utilizado a partir do diagnóstico inicial, ao longo dos anos escolares, e mais além. Pode ser adaptado para atender às necessidades específicas de diferentes contextos sociais para os indivíduos mais jovens e mais velhos, também em contextos como em casa, na escola, na comunidade. Este modelo proporciona orientações específicas para ajudar a criança a tornar-se um comunicador competente e confiante, evitando problemas de comportamento que interferem com a aprendizagem e o

desenvolvimento de relacionamentos. Foi também concebido para ajudar as famílias, educadores e terapeutas a trabalhar cooperativamente como uma equipa, de uma forma cuidadosa e coordenada, para maximizar o progresso no apoio a estes indivíduos. O nome do modelo tem um significado como as siglas "SC" - Comunicação Social - o desenvolvimento de comunicação espontânea funcional, expressão emocional, e as relações seguras e de confiança com as crianças e adultos; "ER" - Regulação emocional - o desenvolvimento da capacidade de manter um estado emocional bem regulado para lidar com o nervosismo diário, e para ser mais disponível para aprender e interagir; "TS" - Apoio Transacional - o desenvolvimento e implementação de suportes para ajudar os parceiros a responder às necessidades e interesses da criança, modificar e adaptar o ambiente, e fornecer ferramentas para melhorar a aprendizagem. Também são desenvolvidos planos específicos para proporcionar apoio educacional e emocional para as famílias e promover o trabalho em equipa entre os profissionais. O SCERTS tem como objetivo ajudar a criança com PEA nos desafios mais significativos e às suas famílias. Este trabalho é feito entre profissional e família, e dando prioridade as habilidades e apoios que levam a resultados positivos a longo prazo, como está referenciado em, *National Research Council*, (2001). Este modelo inclui um processo de avaliação, bem coordenado para ajudar os profissionais a avaliar o progresso da criança e delimitar os apoios necessários. Este processo de avaliação assegura que, metas e objetivos funcionais, estejam a ser significativos e adequados ao desenvolvimento da criança; a cultura e estilo de vida da família são compreendidos e respeitados; a criança está envolvida em atividades significativas e intencionais ao longo do dia; os suportes são desenvolvidos e utilizados de forma consistente entre os parceiros, atividades e ambientes; o progresso de uma criança é delineado de forma sistemática ao longo do tempo e a qualidade do programa é medida com frequência para assegurar a responsabilização (Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent, & Rydell, 2006).

**O Modelo TEACCH** (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) foi concebido em 1971 por Eric Schopler. É um programa de tratamento e educação destinado a crianças de todas as idades com problemas referidos com a comunicação e autismo. Foi desenvolvido a partir do projeto de uma investigação feita em 1966 que se destinava a instruir aos pais, técnicas comportamentais e métodos de educação especial que respondessem às necessidades dos seus filhos (Lima, 2012).

Baseia-se na intervenção direta com as crianças, num programa curricular centrado nas áreas fortes e emergentes, tendo em conta tanto os pontos fortes como os fracos da criança e da

respetiva família. É fundamental a colaboração entre pais e educadores a fim de que a criança ultrapasse as suas dificuldades com vista à sua adaptação à comunidade.

O TEACCH tem como foco principal auxiliar a criança com autismo a crescer da melhor forma possível, a melhorar os seus desempenhos e habilidades adaptativas, de forma atingir o máximo de independência na idade adulta e ao longo da sua vida (Ministério da Educação, normas orientadoras, 2008).

Este programa pode ser adaptado a necessidades individuais e diferentes níveis de funcionamento, visto que se baseia na avaliação individualizada das áreas fortes e fracas de cada indivíduo (Lima, 2012).

Entre os seus conceitos e princípios orientadores determina-se:

- Melhoria das competências adaptativas das crianças
- Colaboração de pais/profissionais
- Avaliação individual para a intervenção
- Fortalecimento de capacidades
- Teoria cognitiva e comportamental
- Modelo generalista de formação dos profissionais envolvidos
- Ensino estruturado

## **PECS**

Picture Exchange Communication System foi desenvolvido em 1985, por Bondy e Frost, como um sistema alternativo e aumentativo para ensinar crianças e adultos com autismo e com dificuldades de comunicação. O Sistema PECS consiste na comunicação através de troca de imagens, e foi procriado para ser utilizado numa diversidade de contextos, como por exemplo em sala de aula, na comunidade e situações do dia-a-dia. Começa-se por ensinar ao utilizador a entregar a imagem do elemento desejado ao interlocutor, esse, por sua vez, reforça imediatamente a interação comunicativa satisfazendo esse desejo. O sistema prossegue com o treino da discriminação de imagens e como conjugá-las para construir uma frase. Numa fase posterior ensina-se a responder a perguntas e a fazer comentários.

Este sistema recorre a estratégias de estímulo e reforço positivo, como por exemplo, dar à criança a maçã, se esta mostrar a imagem da maçã, e deve ser ela a verbalizar para que não fique dependente da ajuda do interlocutor. Poderão ser usadas imagens de fotos dos verdadeiros objetos, ou extraídas do programa Boardmaker, um programa que constitui inúmeros símbolos em suporte informático que possibilita produzir tabelas de comunicação.

Este sistema resulta em seis fases:

Fase I- Ensina os alunos a iniciarem a comunicação desde o início por meio da troca de uma figura por um item muito desejado;

Fase II- Ensina os alunos a serem comunicadores persistentes, irem à procura das suas figuras e irem até alguém, fazer um pedido;

Fase III- Ensina os alunos a discriminar figuras e selecionar uma figura que represente um objeto que eles solicitam;

Fase IV- Ensina os alunos a usarem uma estrutura na frase para fazer um pedido na forma de “ Eu quero”;

Fase V- Ensina os alunos a responder à pergunta ”O que queres?”;

Fase VI- Ensina os alunos a comentarem sobre coisas no ambiente deles, tanto voluntariamente como resposta a uma pergunta, “o que vês?”, “o que ouves?”, ”o que é isso?”. (Frost & Bondy, 2002)

**O Modelo ABA** (Applied Behavior Analysis) ou seja, Análise Aplicada ao Comportamento foi concebido por Burrhus Frederic Skinner. Pode melhorar, aumentar, diminuir, criar ou eliminar comportamentos precocemente analisados e identificados, de acordo com critérios de funcionalidade para um indivíduo em relação ao meio ambiente. O método ABA, é empregado para aumentar e manter comportamentos adaptados, pretendidos e generalizar esses comportamentos a novas situações e ambientes (Lima, 2012). À resposta dada pela criança é dado algo agradável, que funciona como reforço positivo, o que faz com que vá repetir o mesmo comportamento. Estes que a criança apresenta, não devem ser reforçados, mas antes observados em profundidade, retificados ou direcionados, procurando comportamentos funcionais para a criança poder repetir, detetando o que poderá ser usado como reforço ou recompensa para os comportamentos negativos. Ao longo do tempo o reforço deve ser dado de forma intercalar, fazendo com que o comportamento faça parte do repertório da criança, sem ser preciso o reforço continuado do mesmo (Mello, 2005). A criança é dirigida a trabalhar de forma positiva para que esses comportamentos inconvenientes, não voltem a acontecer. Uma das críticas que surge é a de supostamente a criança ficar um robot, o que não é de todo verdade, visto que a ideia é intervir o mais cedo possível para promover o desenvolvimento da criança, e assim poder tornar-se autónoma o mais precocemente.

Esta teoria tem sido julgada por ser difícil generalizar comportamentos, a outros ambientes e por condicionar o comportamento ao ponto de dificultar a sua naturalidade e a manutenção dos mesmos em ambientes estruturados (Lima, 2012).

**O Modelo Dir- FLOOR-TIME** (Developmental Individual-difference Relationship-based model) ou seja Desenvolvimento nas Diferenças Individuais e na Relação. Este é um modelo de intervenção intensiva e global, com diversas abordagens terapêuticas e o envolvimento e participação da família (Silva et al, 2003). Foi concebido por Stanley Greenspan nos EUA. Assenta em sessões com tarefas de jogo tendo como objetivo, promover a interação emocional e social, ligação e contacto visual entre ambos sendo um modelo de intervenção interativa e não orientada (Lima, 2012). Quem toma o comando nas primeiras brincadeiras é a criança, de acordo com os seus interesses e a partir daqui ela é inserida em atividades mais complicadas e tem como objetivo envolver a criança numa relação afetiva.

Os princípios essenciais que orientam esta abordagem são (Greenspan et al, 2006; Silva et al, 2003):

- Acompanhar a atividade ou iniciativa da criança
- Introduzir-se na atividade e auxiliar as suas intenções
- Ampliar a gama de experiências interativas através do jogo
- Dirigir a criança a envolver-se e a interagir com o educador, fazendo comunicação recíproca
- Ampliar a gama de capacidades sensoriais e motoras
- Adequar as intervenções às diferenças de cada criança
- Tentar movimentar os diversos níveis funcionais de desenvolvimento (reciprocidade, atenção, envolvimento, comunicação, aplicação de sequências de ideias e pensamento lógico emocional).

Este modelo de intervenção não separa ou destaca as diferentes aptidões da fala, habilidades motoras ou cognitivas, mas guia essas habilidades, enfatizando o desenvolvimento emocional. Algumas são as críticas que indicam que há falta de pesquisas que comprovem os efeitos terapêuticos do modelo e que não são estimuladas as aprendizagens cognitivas e escolares principais para o desenvolvimento da criança com autismo.

### **Integrated Play Groups “PEER PLAY”**

O modelo Integrated Play Groups “PEER PLAY” concebido pela autora Pamela Wolfberg, retrata uma mistura de abordagens para promover a interação social, comunicação, jogos e imaginação em crianças com PEA. (Wolfberg, 2003). Este modelo integra especificamente uma abordagem transacional (Prizant et al, 2000, Schuler e Wolfberg, 2000) dentro de um quadro sociocultural com base na obra de Vygotsky. Segundo Vygotsky (1978), o jogo é uma atividade social e cultural fundamental através da qual as crianças alcançam capacidades simbólicas, habilidades interpessoais e conhecimento social. Alargando as suas teorias, Rogoff (1990) sugere que as crianças maximizam a sua capacidade de desenvolvimento, com o apoio e desafio de parceiros sociais experientes através da participação dirigida em atividades culturalmente valorizadas. O PEER PLAY abrange essa noção, conduzindo as crianças com autismo para a aprendizagem de formulário com os pares mais capazes, dentro do contexto de uma cultura lúdica construída em conjunto (Rogoff, 1990).

**O Modelo SON-RISE** foi desenvolvido no início dos anos 70 pelo casal Barry e Samahria Kaufman, após lhe terem comunicado que não haveria recuperação para o seu filho, este diagnosticado com autismo severo, procuraram uma maneira de o ajudarem e desenvolveram este método, acreditando na ilimitada capacidade humana para o desenvolvimento e a cura.

Este modelo é centrado na criança, ou no adulto com autismo, isto é, a intervenção parte do desenvolvimento inicial de uma profunda compreensão e autêntica avaliação da criança, ou do adulto com autismo, de como ela se comporta, interage e comunica, assim como os seus interesses. Este programa descreve isto como, o “ir até o mundo da criança”, tentando fazer de intermediário entre o mundo convencional e o desta criança.

A criança com autismo é visto como um ser único e maravilhoso e procura responder à questão “como eu me posso relacionar melhor com essa criança?”, sendo um objetivo de fazer sentir a criança segura, para reciprocidade face ao adulto.

Os pais têm um papel essencial no tratamento com a implementação de um programa domiciliar encaminhado pelos pais, que deverão contar com o apoio de um grupo multidisciplinar de profissionais. As sessões individuais do programa são concretizadas no ambiente da criança ou adulto com autismo, geralmente na sua casa, num espaço com poucas distrações auditivas e visuais, incluindo brinquedos e materiais motivadores para o autista, como forma a promover a interação e aprendizagem (Tolezani, 2010).

O modelo Son-Rise, *“oferece uma abordagem educacional prática e abrangente para inspirar as crianças, adolescentes e adultos com autismo a participarem ativamente em interações divertidas, espontâneas e dinâmicas com os pais, outros adultos e crianças”* (Tolezani, 2010, p. 8).

## **MAKATON**

Segundo Prata (1991), o MAKATON é um programa de vocabulário elaborado no ano de 1972 em Inglaterra, por Margareth Walker. Pretende proporcionar um meio de comunicação, promovendo o desenvolvimento da linguagem, em indivíduos com graves dificuldades de comunicação e problemas na linguagem.

Inicialmente, este programa foi pensado para adultos com deficiência mental e alguns surdos. Numa posterior fase, foi revisto sofrendo modificações sendo adequado também para crianças e adolescentes, sendo assim *“...delineado numa perspetiva evolutiva ou de desenvolvimento, tendo como padrão o processo normal de aquisição da linguagem”* (p.157).

O programa regula-se por alguns parâmetros são eles:

- 1- Diminuir a dificuldade do processo linguístico tanto no que respeita à compreensão como à expressão;
- 2- Esclarecer o significado de que é representado recorrendo a quaisquer meios disponíveis;
- 3- Limitar o número de palavras de entre os largos milhares existentes numa língua a um conjunto reduzido segundo um critério de prioridades que tenha em consideração a sua assiduidade de ocorrência e, essencialmente, o contentamento das necessidades básicas.

Este vocabulário é composto por trezentos e cinquenta palavras, noções básicas e funcionais, fragmentadas em oito níveis de dificuldade, que se ensinam de forma gradual. Conforme se inicia cada conceito do vocabulário, este é usado em diversos contextos. É de salientar também, para o facto de se *“...selecionar o vocabulário que melhor se adapta às necessidades de cada indivíduo e à sua situação específica”* (Prata, 1991, p.159).

É através do uso da fala e de gestos em simultâneo, que se ensina este vocabulário, em Portugal, os gestos usados são retirados da Língua Gestual Portuguesa (Tetzchner & Martinsen, 2000). Nas fases primárias são introduzidos os vocábulos essenciais para expressar ideias básicas, sendo os conceitos mais elaborados e a combinação dos vocábulos em frases inseridas numa fase mais avançada. Quando se introduz a palavra, o gesto é trabalhado com a

criança, bem como o seu olhar, compreensão e realização do gesto. Desta forma, ela tem a oportunidade de aprender a respeitar também as regras de um diálogo (Prata, 1991).

Também foram concebidos signos gráficos correspondentes ao vocabulário de acordo com os distintos níveis. Os signos gráficos são usados de forma a anular dificuldades na produção e articulação do discurso ou do gesto. O programa oferece ainda, para o ensino do vocabulário, a aplicação de técnicas estruturadas de ensino. Quando se concede um auxílio e são usados signos gestuais, deverá existir um “... dicionário individual de signos que deve acompanhar o individuo pelo menos em todos os contextos habituais” (Tetzchner & Martinsen, 2000, p.194). Posto isto, os cuidadores ou pessoas próximas com quem a criança por norma está podem, identificar os signos gestuais (são acompanhados de desenhos ou imagens) e os que são compreendidos pela mesma.

A aplicação deste programa tem como “...propósito principal, promover a compreensão e o uso da fala, funcionando como trampolim para o seu desenvolvimento.” (Tetzchner & Martinsen, 2000, p.71). O Makaton oferece a utilização de signos gráficos ou gestuais, ou a combinação dos dois que acompanham em simultâneo a fala.

### **HANEN PROGRAM**

O programa Hanen foi elaborado por Pepper e Weitzman no Canadá, é dirigido para instruir os pais através de estratégias para ajudar os seus filhos a comunicar com os outros. Este programa usa uma variedade de intervenções e é um dos programas de formação para pais de crianças com PEA mais utilizado. Os pais podem beneficiar das oportunidades diárias para desenvolver as competências linguísticas da criança de uma forma agradável. Os pais aprendem a estabelecer rotinas previsíveis para ajudar o seu filho a desenvolver habilidades de comunicação, conhecem também como a PEA afeta o comportamento, aprendem a usar palavras impressas e imagens para desenvolver a compreensão do seu filho, a desenvolver habilidades de jogo de forma a promover a aprendizagem da fala e ajuda a instruir os pais na interação do seu filho com as outras crianças, promove aos pais como usar atividades, brinquedos, livros e musica para desenvolver habilidades de comunicação. Este programa utiliza uma combinação de intervenções como, modelo social-Pragmatic Developmental, análise do comportamento aplicada e ensino naturalista (Sussman, F., 1990).

## RELATION DEVELOPMENT INTERVENTION

Este programa é voltado para a Intervenção do Desenvolvimento do relacionamento, foi desenvolvido pelo psicólogo Steven Gutstein e é baseado na teoria de que "a inteligência dinâmica" é a chave para melhorar a qualidade de vida de indivíduos com autismo, este psicólogo caracteriza a inteligência dinâmica como a capacidade de pensar de forma flexível, isto pressupõe avaliar diferentes perspectivas, como saber lidar com a mudança e integrar informações de varias fontes, como por exemplos as imagens e o som. Este programa foi pensado para uso de casa, embora também é usado por professores e terapeutas. A formação tipicamente começa com os pais ou outro cuidador através de sessões com um consultor certificado do programa (Gutstein, S., & Sheely, R.,y 2002).

Este programa proporciona ajudar os indivíduos com autismo a criar relações pessoais e sociais. Este modelo tem seis objetivos: **referência emocional:** A capacidade de aprender com as experiências emocionais e subjetivas dos outros; **coordenação social:** a capacidade de observar e controlar o comportamento de participar com sucesso nas relações sociais; **linguagem declarativa:** A aptidão de usar a linguagem e comunicação não-verbal para expressar a curiosidade, convidar interações, compartilhar percepções e sentimentos; **pensamento flexível:** A capacidade de se adaptar e alterar os planos conforme mudam as circunstâncias; **processamento relacional da informação:** A capacidade de colocar as coisas em contexto e resolver problemas que não têm soluções bem definidas e **prospetiva e retrospectiva:** A capacidade de antecipar possibilidades futuras com base em experiências passadas (Gutstein, Burgess, & Montfort, 2007).

## EARLY START DENVER MODEL “ESDM”

O modelo Early Start Denver Model (ESDM), foi desenvolvido pelos psicólogos Rogers e Dawson, é uma abordagem de intervenção precoce comportamental ampla para crianças com autismo, com idades entre 12 a 48 meses. O programa contém um currículo de desenvolvimento que define as competências a serem ensinadas num determinado momento e um conjunto de procedimentos de ensino. É um programa de intervenção precoce que abrange e foi validado num estudo clínico diversificado para uso com crianças com autismo tão jovem quanto 12 meses de idade. Ele foi desenvolvido para ser eficaz nas crianças com PEA, numa ampla e variedade série de estilos de aprendizagem e habilidades. Este programa de

intervenção precoce integra um modelo de desenvolvimento com foco no relacionamento com as práticas de ensino validadas de Análise do Comportamento Aplicada (ABA). As suas características principais incluem o seguinte: comportamento natural aplicado a estratégias analíticas, é sensível à sequência normal de desenvolvimento, envolvimento profundo dos pais, foco em troca interpessoal e afeto positivo, compromisso compartilhado com atividades conjuntas, linguagem e comunicação treinada dentro de uma relação afetada positiva (Rogers e Dawson, 2009).

### **Responsivity Education and Prelinguist Milieu Teaching “RPMT”**

O programa de intervenção “RPMT” foi concebido pelos autores Yoder e Warren, tem como objetivo ampliar a assiduidade e dificuldade das ações comunicativas intencionais não verbais, fornecendo um apoio para a aprendizagem linguística verbal futura. O “RPMT” é um programa pré-verbal para crianças entre os 12 e os 18 meses de idade, que até ao momento não apresentem comunicações pré-linguísticas intencionais claras e regulares. Podem ser crianças com alterações de desenvolvimento da linguagem ou crianças incluídas em meios linguísticos escassos em estímulos (Warren et al, 2006, cit in. Peixoto & Rocha, 2009). Posto isto, o foco inicial deste programa é determinar se a criança e a família é selecionável e se beneficia com este tipo de intervenção. De acordo com Yoder (2002), cit in. Peixoto & Rocha (2009), este programa apresenta dois fatores: Prelinguistic Milieu Teaching (PMT) que representa na intervenção direta do profissional com a criança, e Responsivity Education (RE) elemento do programa orientada para os pais. O intuito é que a criança amplie os atos comunicativos intencionais ou passe a utilizar atos comunicativos mais complicados através do PMT, através do RE pretende-se que os pais passam a responder a esses atos de maneira a estimular a sua reprodução e mesmo revisão por parte da criança, este segundo módulo refere á preparação dos pais para lidar com as tentativas de comunicação da criança (Thiemann, 2004, cit in. Peixoto & Rocha, 2009). Este programa guia-se por quatro processos primordiais: acompanhar o foco atencional e iniciativa da criança; criar jogos de rotina social; utilizar ajudas como espera estruturada e fornecer consequências naturais aos atos da criança (Warren et al, 2006, cit in. Peixoto & Rocha, 2009). Algumas investigações referem que cuidadores poucos responsivos às atividades da criança, podem patentear um fator de risco para o desenvolvimento emocional, social e comunicacional da criança (Landy et al, 2006, cit in. Peixoto & Rocha (2009). Deste modo, seja qual for o tipo de intervenção esta, está

dependente de cuidadores sensíveis e responsivos, que estão atentos e auxiliam o crescimento e desenvolvimento da criança (Guralnick, 2005, cit in. Peixoto & Rocha, 2009).

## **LEAP**

O Learning Experiences and Alternative Programs for Preschoolers and their Parents (LEAP), foi desenvolvido por Phillip Strain, é um programa que usa intervenções da análise comportamental aplicada, o LEAP proporciona educação e apoio as crianças da pré-escola com autismo, bem como na instrução dos pais. Este programa foi desenvolvido ao longo de 18 anos (Strain & Hoyson, 2000). A intervenção apoia-se na interação com pares assim como pretende ensinar aos pais habilidades comportamentais. Posto isto, os pares da criança operam como intervenientes indiretos na modificação do comportamento, exemplos comportamentais e agentes diretos no treino (Erba, 2000, cit in. Peixoto & Rocha, 2009). O principal objetivo deste programa é o desenvolvimento social da criança, e apresenta fatores importantes como: as crianças ostentarem de ambientes inclusivos; as crianças com PEA deterem uma intervenção integrada e sólida em todas as situações; as crianças com PEA demonstram resultados mais positivos quando a intervenção é realizada em conjunto com os pais e os profissionais; estas crianças podem instruir-se com outras da mesma idade com desenvolvimento dito “normal”; a intervenção necessita ser delineada, estruturada e individualizada e as crianças com ou sem modificações de desenvolvimento detém de atividades desenvolvimentalmente adequadas, deste modo, é essencial ter conhecimento do estilo e aprendizagem da criança bem como, os seus interesses e carências os seus pontos robustos e ter conhecimento sobre o contexto social e cultural da criança (Erba, 2000, cit in. Peixoto & Rocha, 2009).

Em pesquisas de 30 estudos, verificou-se que os participantes do programa LEAP: evidenciam reduções significativas nos sintomas autistas após dois anos de intervenção, enquanto as crianças que não participam na intervenção LEAP não; que existe um progresso no desenvolvimento de níveis intelectuais e de linguagem, enquanto as crianças que não usufruem na intervenção LEAP não; estas crianças são mais socialmente integrados e adequados; e manter a evolução, sem sinais de regressão do desenvolvimento (Strain & Hoyson, 2000).

## 5. COMUNICAÇÃO AUMENTATIVA E ALTERNATIVA NA PEA

Quando a aquisição das capacidades comunicativas da criança não ocorre de forma espontânea, ou não esteja ao nível das etapas do desenvolvimento de linguagem, é necessário recorrer a instrumentos alternativos que possibilitem as suas capacidades comunicativas, referimo-nos então a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA). Nesta linha de pensamento a *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA, 2010) define que a CAA inclui todas as formas de comunicação, exceto a fala, que são usadas para expressar pensamentos, necessidades, desejos e ideias, a mesma associação refere ainda que a CAA é composta por um conjunto de técnicas para o desenvolvimento da oralidade de sujeitos que apresentam deficits de linguagem.

Santarosa *et al.* (2010) descreve a CAA como a inclusão de símbolos, por exemplo: gestos, sinais, imagens; de recursos como: pranchas, álbuns, softwares; de técnicas como: apontar, acompanhar, segurar e de estratégias como: o uso de histórias, brincadeiras e imitações no estímulo à comunicação.

*A mesma autora supracitada refere ainda que a CAA:*

*“centra-se na comunicação como processo cognitivo e social e pretende suplementar, complementar, aumentar ou dar alternativas para processos de comunicação de pessoas com déficits na comunicação (seja oral ou escrita)”* (p.319)

Na verdade, todos nós de um modo ou de outro usamos no nosso dia-a-dia esta forma de comunicar quando por exemplo fazemos gestos, expressões faciais, usamos imagens e mesmo quando escrevemos. Desta forma, será importante, clarificar o que se entende então por Comunicação Aumentativa e Comunicação Alternativa, baseada nas definições ostentadas por Tetzchner e Martinsen (2000):

*Comunicação Aumentativa* indica “comunicação complementar ou de apoio. A palavra aumentativa salienta o facto de o ensino das formas alternativas de comunicação ter um duplo objetivo como: promover e apoiar a fala e garantir uma forma de comunicação alternativa se a pessoa não for capaz de aprender a falar” (p.22). *Comunicação Alternativa* “é qualquer forma de comunicação diferente da fala e usada por um indivíduo em contexto de comunicação frente a frente. Os signos gestuais e gráficos, o código Morse, a escrita, etc” (p.22). Assim a CAA vem ajudar os indivíduos que ostentam dificuldades a nível da comunicação, no sentido de complementar ou substituir a sua linguagem, tornando-a funcional, que por sua vez, vai

aumentar o seu potencial quer a nível de autonomia, educativo e social. Para Glennen e Decoste, (1997) quando o individuo não dispõe de outra forma de comunicação, pode utilizar de Comunicação Alternativa. Quando se trata apenas de um deficit parcial, onde a pessoa dispõe de meios para a comunicação, contudo estes são insuficientes para criar trocas sociais, pode usufruir de Comunicação Aumentativa. Tanto na comunicação aumentativa como alternativa, esta tem como principal objetivo proporcionar aos indivíduos vários meios para estabelecer a comunicação, de acordo com as necessidades de cada um.

Para Tetzchner e Martinsen (2000) a CAA auxilia pessoas de todas as idades, contendo três grupos principais:

**Grupo com necessidade de um meio de expressão:** ostentam uma grande diferença na capacidade de compreender e consequentemente na produção da fala. **Grupo com necessidade de uma linguagem de apoio:** este grupo subdivide-se em duas partes, sendo a primeira constituída por indivíduos que empregam a CAA como um passo para a aquisição da linguagem num processo transitório. O outro subgrupo inclui crianças e adultos que, embora tenham aprendido a falar, em certos momentos não conseguem se fazer compreender. **Grupo com necessidade de uma linguagem alternativa:** neste grupo a CAA é vista como um recurso permanente, e substitui definitivamente a linguagem falada. As pessoas que se inserem neste grupo caracterizam-se por usar muito pouco ou por não utilizar a fala como meio de comunicação.

Na temática do autismo, o uso de signos gestuais como CAA, sendo estes menos transitórios do que as palavras, existem autores que referem que os gestos requerem menos aptidões de memória auditiva e de compreensão abstrata, e apresentam maior hipótese de simplificação do que as vocalizações (Goldstein, 2002, Howlin, 2006, cit in. Peixoto & Rocha, 2009).

Capovilla e Nunes (2003) declaram que, na medida em que a CAA passa a fazer parte das interações sociais do individuo, estes sistemas passam a influenciar no desenvolvimento da sua linguagem. É importante salientar que os recursos de CAA não são destinados com o propósito de substituir a fala, mas sim promover o apoio à comunicação de forma a estimular a oralidade, posto isto, estes recursos não devem ser vistos de alguma forma como sinal de renúncia da linguagem oral ou escrita. Jordan e Powel (1995) declaram que existem algumas evidências de que indivíduos com autismo apresentam dificuldades em alcançar a informação a partir mais de que um canal em simultâneo, portanto alguns profissionais

decidem trabalhar meios de CAA de forma separada do trabalho com a oralidade do indivíduo. Apesar de haver uma escassez de estudos nesta área, existe alguma clareza que o uso de signos gestuais como CAA em simultâneo com a fala auxilia o desenvolvimento da linguagem e fala, relativamente com a utilização isolada da fala por parte dos interlocutores (Goldstein, 2002).

Independentemente da abordagem com CAA que o profissional decidir implementar, é essencial fazer com que esta abordagem constitua um instrumento de socialização, promovendo não só a comunicação com o profissional, mas sim aumentando a possibilidade de comunicação do indivíduo com outras pessoas, ou seja a CAA deve começar a fazer parte de todos os contextos que o indivíduo se encontra inserido. (Orrú, 2007; Walter, 2000, 2006).

De acordo, com Wetherby et al, 2000; Charman et al, 2006, cit in. Peixoto & Rocha, 2009, para que um programa seja eficaz deve ser orientado não apenas à obtenção de formas de comunicação mais eficientes, mas juntamente com o desenvolvimento da compreensão tanto verbal como não verbal.

Segundo Orrú (2007), antes de inserir a CAA na pessoa com autismo, devemos ter alguns aspetos importantes a ser analisados:

- a) O perfil da pessoa com autismo, o contexto e a história da sua vida;
- b) Deve-se ter em consideração quais as necessidades essenciais para o indivíduo, quem serão os principais comunicadores e quais os contextos em que será utilizada;
- c) Necessitam ser incluídos os aspetos referentes às implicações emocionais das relações.

Ao analisar estes aspetos, antes de dar início à abordagem com CAA, é importante definir quais os objetivos cruciais para o contexto do indivíduo. Orrú (2007) refere também que o profissional deve estar atento para as reais possibilidades comunicativas do indivíduo, tentar não ultrapassar estes limites, para que o indivíduo não se sinta frustrado. De acordo com Browning (2008), a CAA deve ser introduzida o mais cedo possível, se possível logo que seja detetado o défice na linguagem do indivíduo, devem-se tomar precauções, procurando outras formas de comunicação.

Existem estudos que evidenciam que a intervenção será mais eficaz quando o vocabulário optado focaliza as tentativas comunicativas voluntárias da criança já existentes, promovendo-lhes assim um melhor controlo de ambiente (Rogers, 2006 cit in. Peixoto & Rocha, 2009).

Para introduzir a CAA, Verzoni (2009) menciona também algumas considerações a ter em conta:

- a) Antes de se introduzir a comunicação alternativa, estabelecer quais as habilidades que devem ser desenvolvidas no individuo;
- b) É importante selecionar um repertório básico e qual vai ser introduzido;
- c) É importante selecionar o sistema de comunicação mais adequado;
- d) Delinear a rapidez com que podem ser introduzidos os símbolos.

Segundo Anzini e Deliberato (2006), referem a importância de se determinar registos sobre as competências do individuo, para que se possa implementar o sistema de CAA de acordo com as dificuldades do individuo. Estes registos devem ser construídos a partir de perguntas sobre a pessoa e o ambiente em que ela vive, devem atingir o nível de autonomia do individuo, da interação social, problemas de comportamento e de comunicação.

Embora não exista consenso no que refere ao tipo de abordagem mais indicada na intervenção com crianças com PEA, a opinião na maioria dos estudos, neste tipo de casos a intervenção o mais prematura possível, conduz alterações positivas e há uma melhoria no prognóstico e consequentemente no futuro destas crianças (Peixoto & Rocha, 2009).

## **II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

Neste capítulo é referido a estrutura de investigação, sendo feita referência o tipo de estudo, os objetivos gerais e específicos do estudo, também é descrito o instrumento e método de recolha de dados, bem como o método de análise e tratamento de dados e a caracterização da amostra do estudo são, também, igualmente abordados neste capítulo.

### **1. TIPO DE ESTUDO**

Para Fortin, o trabalho de investigação envolve dois componentes: o paradigma do investigador, que diz respeito à visão do investigador acerca do mundo e às suas crenças a partir das quais ele coloca uma questão de investigação, um fenómeno; e a estratégia utilizada para conseguir o objetivo relativo à metodologia que o investigador utiliza para estudar o

fenómeno, uma questão. Assim, o sentido de uma investigação pode seguir um método quantitativo ou qualitativo (Fortin, 2009).

Relativamente à modalidade de investigação, este estudo classifica-se como quantitativo quanto à abordagem, visto ser o que vai de encontro aos objetivos determinados. Outra evidência que leva a este tipo de estudo deve-se ao uso de um método de recolha de dados por questionário, que deste modo, só faz sentido quando os resultados são analisados unicamente de forma quantitativa, permitindo a comparação de categorias de resposta, bem como analisar as suas correlações (Quivy e Campenhoudt, 1998).

No método quantitativo existem vários tipos de investigação, sendo que este estudo caracteriza-se por ser descritivo quanto ao nível, visto utilizar-se para recolha dos dados um questionário, tendo como principal objetivo caracterizar a população ou um fenómeno (Fortin, 2009).

## **2. OBJETIVOS DO ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

Ao pretender ampliar a compreensão sobre as metodologias de avaliação e intervenção e que tipos de apoio utilizam as crianças com PEA, tornou-se necessário delimitar o campo de análise, de forma a obter um conhecimento mais restrito e orientado, para a obtenção de respostas pretendidas. Assim, definiu-se como objetivos gerais e específicos para este estudo os seguintes:

1. Caracterizar a avaliação desenvolvida pelos inquiridos;
  - 1.1. Identificar que momentos que fizeram parte do processo de avaliação nas crianças com PEA;
  - 1.2. Caracterizar os instrumentos utilizados na avaliação nas crianças com PEA;
  - 1.3. Identificar que tipo de avaliação utilizam nas crianças com PEA;
2. Caracterizar a intervenção realizada pelos inquiridos;
  - 2.1. Identificar os elementos que participam na intervenção das crianças com PEA;
  - 2.2. Identificar os programas de intervenção que conhecem e os que utilizam;
  - 2.3. Identificar que tipo de intervenção utilizam nas crianças com PEA;

2.4. Identificar se as crianças com PEA utilizam comunicação aumentativa e alternativa (CAA) e qual o tipo de sistema;

2.5. Caracterizar qual o contexto onde é utilizada a CAA;

3. Identificar que tipo de apoio as crianças com PEA usufruem.

Esta investigação pretendeu responder às três questões de estudo que se seguem, sendo estas orientadas pelos três objetivos gerais e respetivos objetivos específicos acima mencionados:

1. Como é realizada a avaliação pelos inquiridos em crianças com PEA?
2. Qual a intervenção desenvolvida pelos inquiridos em crianças com PEA?
3. Caracterizar quais os tipos de apoio que as crianças com PEA utilizam?

Este estudo quanto ao nível é predominantemente, descritivo, assim foi necessário apresentar os diferentes tipos de variáveis. Estas são consideradas as unidades de base de um estudo e são reconhecidas conforme o papel que praticam numa investigação (Pestana e Gageiro, 2000; Hill e Hill, 2002; Fortin, 2009). Neste trabalho, para se fazer a caracterização da amostra, foram usadas variáveis de atributo tais como: idade; género; profissão; grau académico; anos de profissão. As variáveis que caracterizam os profissionais são: a experiência profissional na intervenção com crianças com PEA; contexto profissional na intervenção com crianças com PEA; formação académica de base; elementos que participaram na avaliação; momentos que fizeram parte da avaliação; instrumentos usados na avaliação; tipo de avaliação; elementos que participaram na intervenção; programas de intervenção que conhecem e que utilizam; tipos de intervenção; utilização de CAA; tipos de sistemas de CAA; contexto a utilização de CAA; principal intuito na utilização de CAA; tipos de apoio.

### **3. INSTRUMENTO E MÉTODO DE RECOLHA DE DADOS**

De modo a obter-se um trabalho coerente, é indispensável que a investigação a realizar, bem como a sua metodologia e os instrumentos usados estejam em concordância.

Neste sentido, para poder recolher a informação necessária, na elaboração deste estudo, considerou-se que um inquérito por questionário estruturado seria o método mais indicado. Posto isto, desenvolveu-se um questionário que foi aplicado a vários profissionais de saúde nomeadamente a Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Professores, Educadores e Professores/Educadores de Ensino Especial, Psicopedagogos e psicomotricistas, durante o período de Março a Abril de 2014, via e-mail através do *Google Docs* por ser uma

forma rápida, económica e simples de obter respostas. Para a divulgação do mesmo, para além disso, colocou-se, na página Web “Fórum da Terapia da Fala” bem como na rede social Facebook e Twitter (em grupos restritos relativos a Terapia da Fala ou por mensagem a pessoas que reunissem os critérios).

Para a elaboração do mesmo, inicialmente, identificaram-se os principais aspetos a focar, tendo em conta os objetivos deste estudo, e trocas de informação realizadas, com a orientadora deste trabalho. Foi utilizada informação contida na revisão bibliográfica, e em estudos realizados anteriormente na área da PEA.

Inicialmente, na fase de elaboração do questionário, procedeu-se a uma pesquisa exaustiva de modelos de questionários, tipos de escalas, benefícios das questões abertas ou fechadas. De acordo com as recomendações de Quivy e Campenhoudt (1998), sendo o carácter quantitativo deste estudo, as respostas presentes neste instrumento foram antecipadamente codificadas, sendo estas então de seleção fechada, em que os participantes necessitariam, obrigatoriamente, escolher uma das opções de resposta propostas. Apresentam vantagens como a fácil aplicação de análises estatísticas ou outras análises mais avançadas nas respostas e como desvantagens a informação limitada em algumas situações e, ainda, o facto de poderem conduzir a conclusões demasiado simples. (Hill e Hill, 2000) Como escala de medida agrupada às respostas utilizou-se uma escala de Likert, e escolha múltipla.

O questionário utilizado foi elaborado pela autora do trabalho com ajuda da orientadora. A versão resultante deste trabalho foi apresentada a um painel de peritos (3 terapeutas da fala, 1 professora de ensino especial e a 2 estudantes finalistas de terapêutica da fala) com o propósito de averiguar as dificuldades inerentes ao preenchimento do mesmo, quer a nível da compreensão das perguntas, quer ao nível das respostas. De acordo com os comentários dos peritos chegamos a uma versão consenso. Essa versão foi usada como pré-teste a 10 inquiridos, chegando então à versão final do instrumento.

Foram tidas as considerações éticas necessárias a um estudo de investigação, pelo que o nosso instrumento apresenta no início um texto introdutório onde se explica o objetivo de estudo e a quem se destina, como também, a garantia do anonimato de que todos os dados recolhidos só estarão disponíveis para a realização deste estudo.

Este questionário é dividido em quatro domínios, sendo estes selecionados em conformidade com a informação considerada relevante para o estudo. São eles:

- Caracterização Socioprofissional (idade; género; profissão; experiência profissional na intervenção com crianças com PEA; contexto profissional na intervenção com crianças com PEA; grau académico; anos de profissão)
- Avaliação (elementos que participaram na avaliação; momentos que fizeram parte da avaliação; instrumentos usados na avaliação; tipo de avaliação)
- Intervenção (elementos que participaram na intervenção; programas de intervenção que conhecem e que utilizam; tipos de intervenção; utilização de comunicação aumentativa e alternativa (CAA); tipos de sistemas de CAA; contexto a utilização de CAA; principal intuito na utilização de CAA; tipos de apoio)
- Formação (formação académica de base)

De modo a ordenar o questionário e simplificar, posteriormente, a análise dos resultados, os itens foram devidamente agrupados por domínios em função do objeto de estudo. Para a realização desta investigação foram entregues os pedidos de consentimento informado e descrição do estudo aos participantes para colaboração do presente estudo, através do preenchimento do questionário.

#### **4. MÉTODOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS**

Para a análise e tratamento dos dados recorreu-se ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.

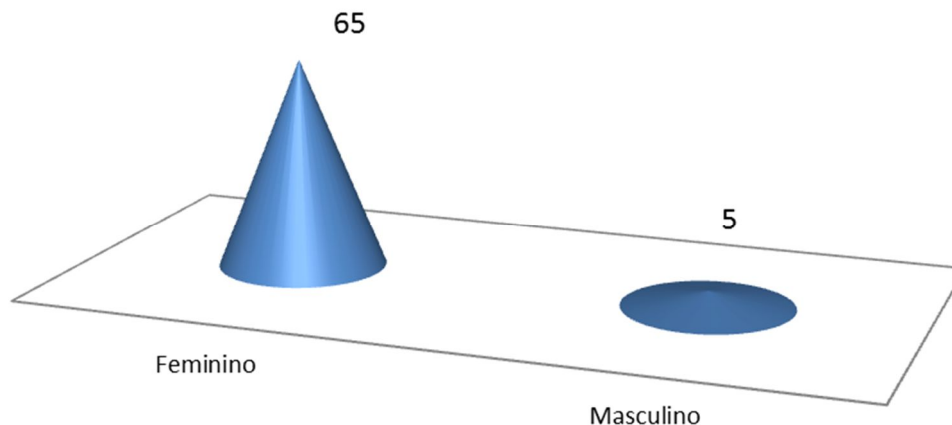
Na análise descritiva, pretendeu-se descrever os pormenores da amostra e encontrar soluções às questões de investigação (Pestana e Gageiro, 2000; Fortin, 2009), foram utilizadas medidas de localização e tendência central (média, mediana e moda) e medidas de dispersão (desvio padrão e variância) para se fazer essa análise.

#### **5. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO**

Para a concretização deste trabalho de investigação, que incide nos apoios que as crianças com PEA usufruem, vai ser estudada uma população, que Fortin (2009) define como um “conjunto de elementos que têm caraterísticas comuns (...) estabelecidas por critérios de seleção de elementos que a irão compor”. É, também, constituída por todos os elementos que satisfaçam os critérios de seleção definidos pelo autor do estudo, e através dos quais se fará generalizações, a esta se denomina de população-alvo.

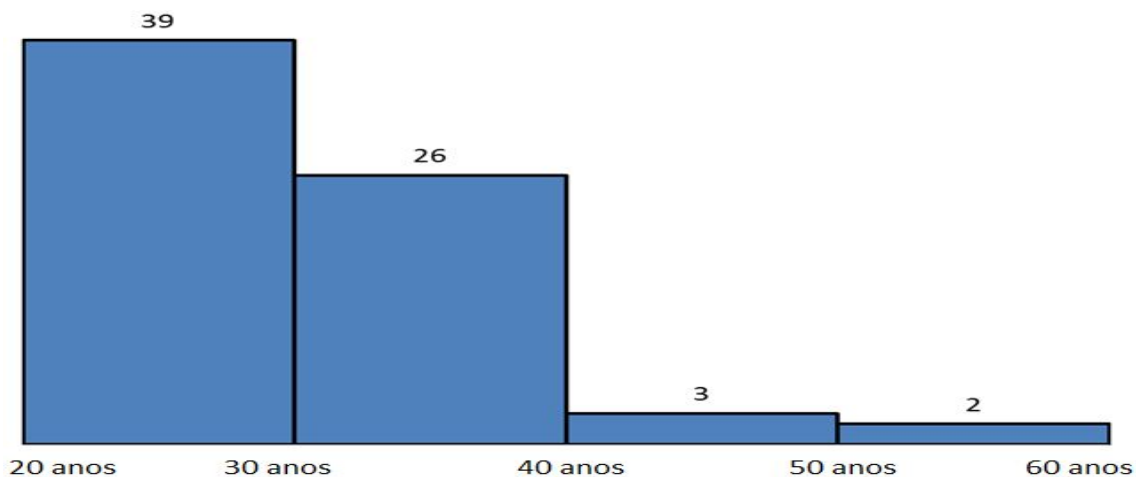
Fizeram parte deste estudo 70 inquiridos que intervêm com crianças com PEA, em Portugal Continental. Um dos critérios de inclusão corresponde ser, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, psicólogos, professores, educadores, professores e educadores de ensino especial, psicopedagogos e psicomotricista que trabalhem ou trabalharam com crianças com PEA. Por outro lado, como critérios de exclusão serão todos os restantes profissionais de saúde, ou os seleccionados não terem trabalhado na sua carreira profissional até ao momento com crianças com PEA. A amostra utilizada neste trabalho é considerada de conveniência uma vez que apenas responderam aquelas pessoas que tinham acesso à internet. Neste tipo de amostra os dados são obtidos através de um método rápido, económico e simples. Porém, apresenta como desvantagem o facto de as conclusões serem limitadas à amostra, não podendo ser generalizadas com confiança para o universo (Hill e Hill, 2002).

Para se fazer a caracterização da amostra do estudo, analisaram-se então as respostas obtidas dos 70 inquiridos. Realça-se que a grande maioria dos inquiridos (N=65) pertencem ao **género feminino** o que equivale a 92,9% e ao **género masculino** (N=5) que equivale a 7,1% (ver gráfico n.º1).



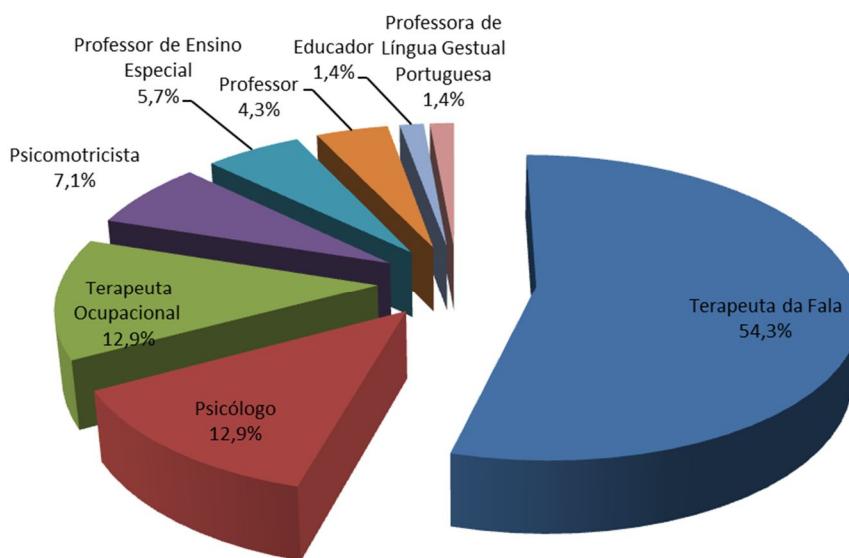
*Gráfico n.º 01 – Distribuição por género*

Relativamente à **idade** dos inquiridos deste estudo está entre 20 e 60 anos. Verifica-se, que a média é de 30,43 anos e que a moda e a mediana são de 25 anos. Estes resultados apresentam um desvio padrão de 7,16 anos e uma variância de 51,26 anos<sup>2</sup> (ver gráfico n.º2).



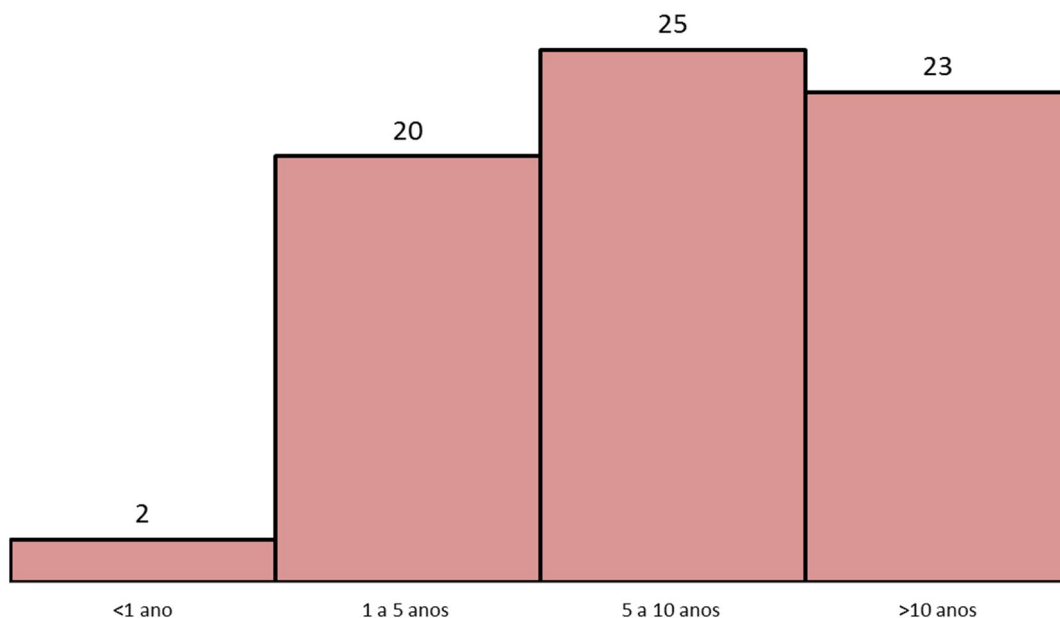
*Gráfico n.º 02 – Histograma de distribuição de idades*

No que respeita à **profissão** dos inquiridos, relativamente aos terapeutas da fala (N=38) é equivalente a 54,3%, os psicólogos e terapeutas ocupacionais (N=9) o que corresponde a 12,9%, no que refere aos psicomotricistas (N=5) o que equivale a 7,1%, nos professores de ensino especial (N=4) o que corresponde a 5,7%, nos professores (N=3) o que é equivalente a 4,3%, para terminar nos educadores e professores de língua gestual portuguesa (N=1) é igual a 1,4% (ver gráfico n.º3).



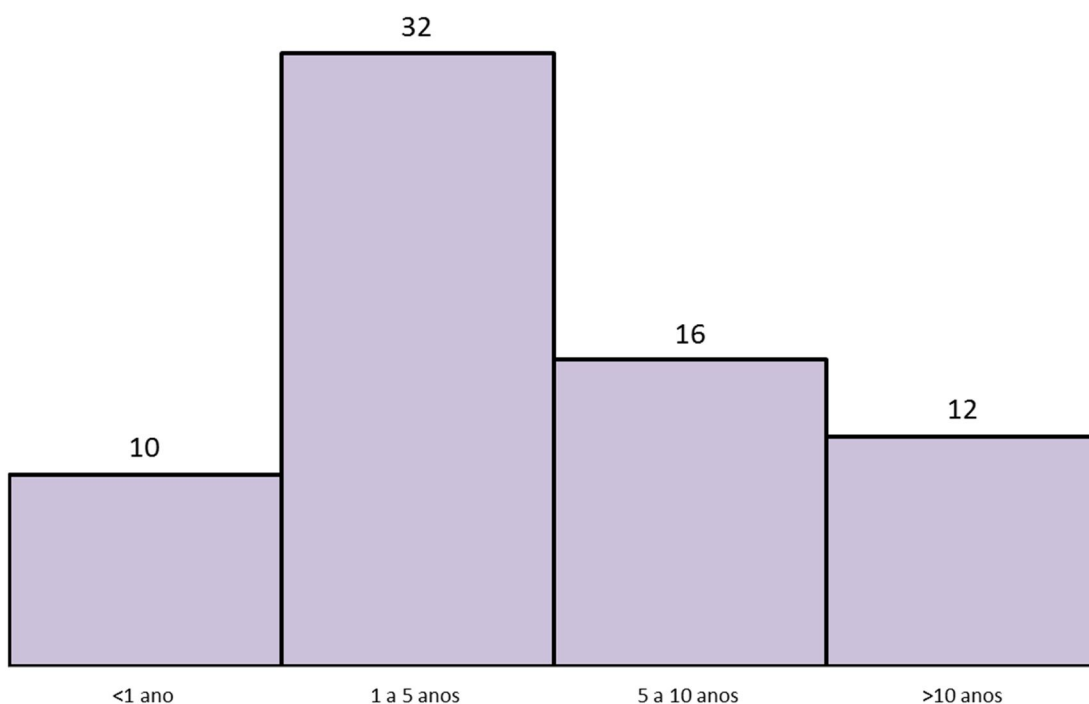
*Gráfico n.º 03 – Distribuição percentual por profissão*

Em relação à **experiência profissional** dos inquiridos deste estudo verifica-se, que a média é de 11,76 anos e que a moda e a mediana são de 7,5 anos. Estes resultados apresentam um desvio padrão de 9,54 anos e uma variância de 90,93 anos<sup>2</sup> (ver gráfico n.º4).



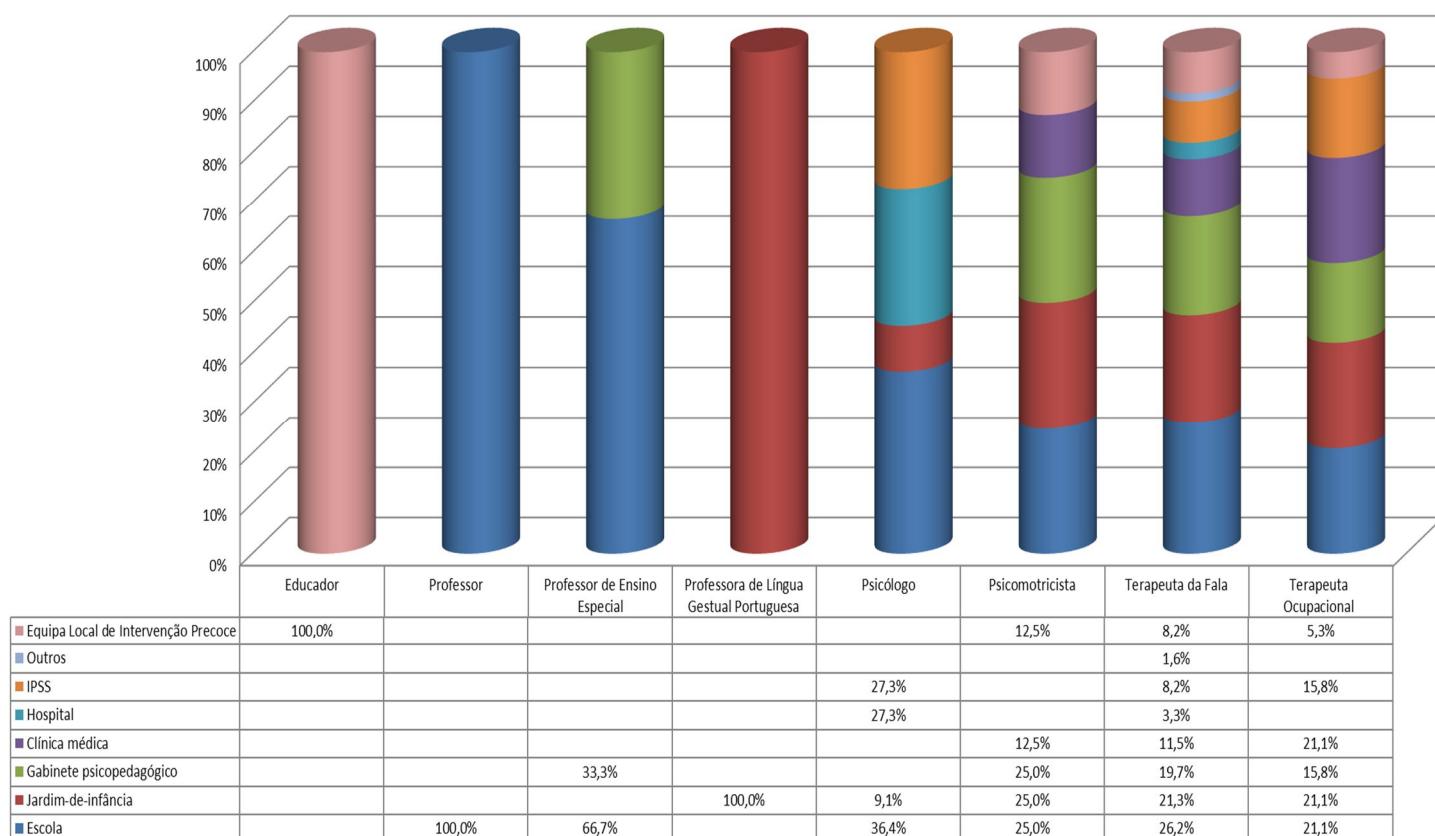
*Gráfico n.º 04 – Histograma de distribuição de experiência profissional*

Quanto à **experiência profissional na intervenção com crianças com PEA** dos inquiridos deste estudo verifica-se, que a média é de 7,44 anos e que a moda e a mediana são iguais a 3 anos. Estes resultados apresentam um desvio padrão de 8,35 anos e uma variância de 69,75 anos<sup>2</sup> (ver gráfico n.º5).



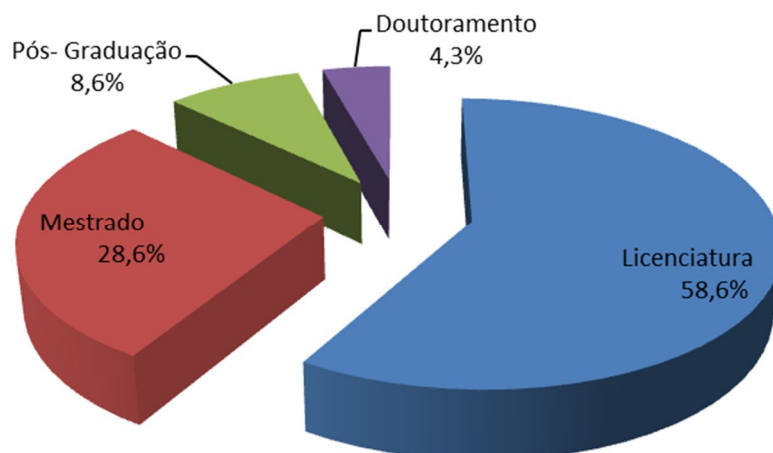
*Gráfico n.º 05 – Histograma de distribuição de experiência profissional na intervenção com crianças com PEA*

No que respeita ao **contexto profissional de intervenção com crianças com PEA**, relativamente a educadores (R=1) correspondendo a 100,0%, mencionam que o contexto profissional de intervenção foi uma equipa local de intervenção precoce, os professores (R=3) igual a 100,0% referem o contexto em escola, os professores de ensino especial (R=3) destes, 2 (66,7%) indicam o contexto em escola e 1 (33,3%) afirmam o contexto em gabinete psicopedagógico, o professor de língua gestual portuguesa (R=1) o que equivale a 100,0% menciona que o contexto profissional de intervenção é em jardim-de-infância, relativamente ao psicólogo (R=11) destes, 4 (36,4%) referem a escola como contexto profissional, 1 (9,1%) menciona o jardim- de- infância, 3 (27,3%) indicam o hospital e outros 3 (27,3%) referem a IPSS, no que refere ao contexto profissional perante os psicomotricistas (R=8) destes, 2 (25,0%) referem a escola, 2 (25,0%) mencionam o jardim-de-infância, mais 2 (25,0%) referem o gabinete psicopedagógico, 1 (12,5%) indicam a clínica médica, mais 1 (12,5%) afirmam a equipa local de intervenção precoce, em relação aos terapeutas da fala (R=61) destes, 16 (26,2%) referem a escola como contexto de intervenção, 13 (21,3%) o jardim-de-infância, 12 (19,7%) indicam gabinete psicopedagógico, 7 (11,5%) mencionam a clínica médica, 2 (3,3%) afirmam o hospital, 5 (8,2%) indicam IPSS, 1 (1,6%) referem outros e 5 (8,2%) indicam equipa local de intervenção precoce, para finalizar os terapeutas ocupacionais (R=19) destes, 4 (21,1%) afirmam a escola como contexto de intervenção, 4 (21,1%) assinalam o jardim-de-infância, 3 (15,8%) indicam o gabinete psicopedagógico, 4 (21,1%) mencionam a clínica médica, 3 (15,8%) referem IPSS e 1 (5,3%) referem a equipa local de intervenção precoce (ver gráfico n.º6).



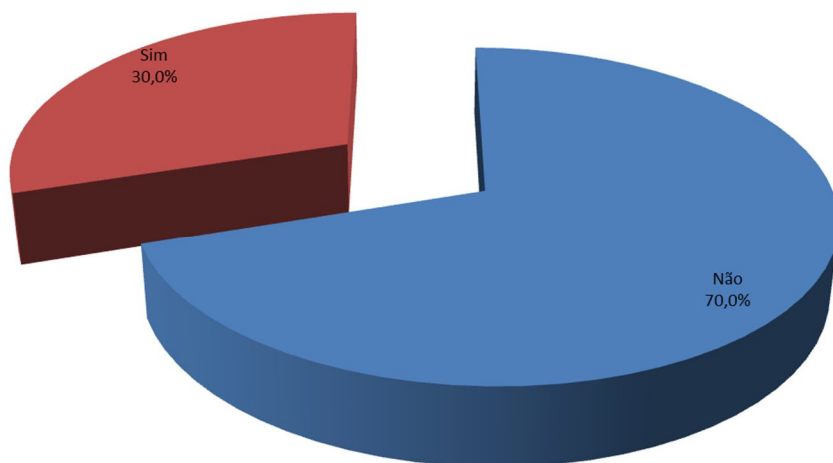
**Gráfico n.º 06 – Distribuição percentual do contexto profissional de intervenção com crianças com PEA**

Relativamente ao **grau académico**, (N=41) equivalente a 58,6% dos inquiridos, referem ter concluído a licenciatura, quanto ao mestrado (N=20) o que corresponde a 28,6% responderam ter concluído o mesmo, no que diz respeito à pós-graduação (N=6) o que equivale a 8,6% afirmam ter concluído esta formação e (N=3) igual a 4,3% mencionam ter concluído o doutoramento (ver gráfico n.º7).



*Gráfico n.º 07 – Distribuição percentual do grau académico*

No que refere, à **formação de base específica na PEA** dos inquiridos, é possível verificar que (N=49) o que corresponde a 70,0% dos inquiridos não obtiveram formação específica na PEA na sua formação de base, enquanto (N=21) equivalente a 30,0% possuíram formação específica na PEA na sua formação de base (ver gráfico n.º8).



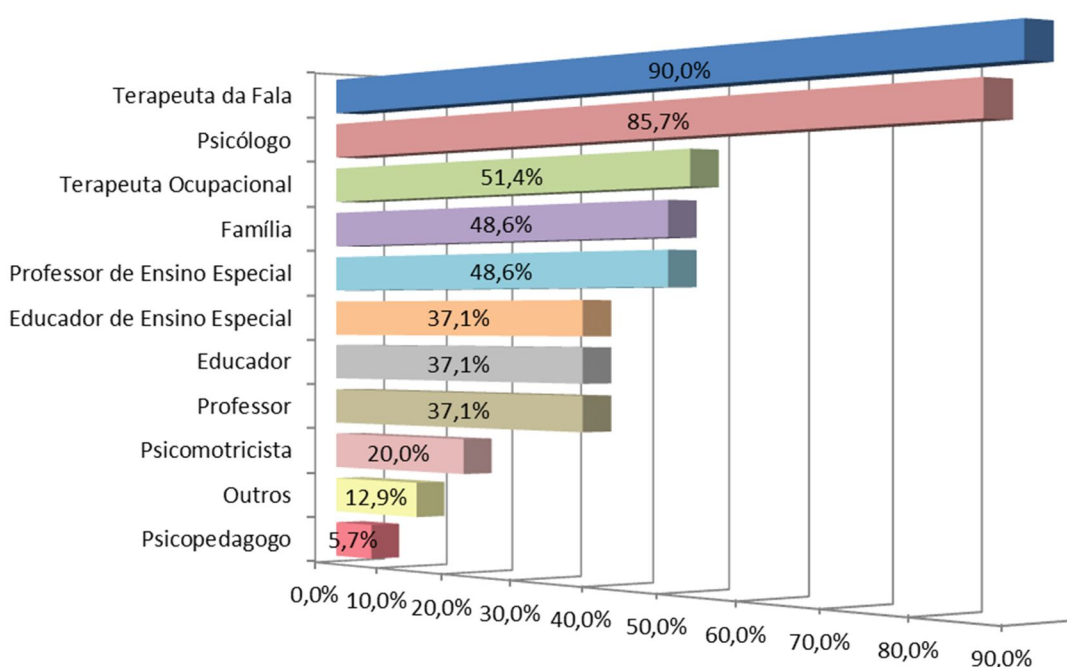
*Gráfico n.º 08 – Distribuição percentual da formação de base específica na PEA*

## 6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados obtidos através das respostas adquiridas pelos inquiridos. A apresentação dos dados será apresentada pela ordem de estrutura do questionário.

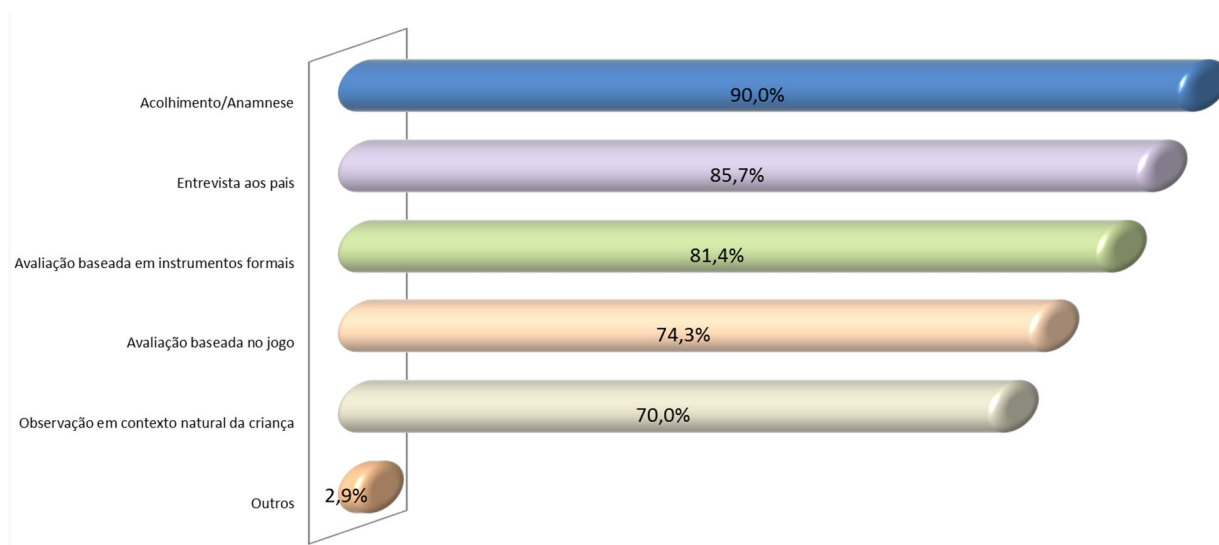
Quando se pretende saber quais os **elementos que habitualmente participam na avaliação** das crianças com PEA percebe-se que, (R=63) igual a 90% responderam que habitualmente participam os terapeutas da fala, de seguida 85,7% (R=60) referiram que os psicólogos

participam da avaliação, com 51,4% (R=36) os inquiridos mencionaram a presença na avaliação dos terapeutas ocupacionais, com 48,6% (R=34) referiram que a família e o professor de ensino especial estão habitualmente na avaliação destas crianças, de seguida segue o educador de ensino especial, o educador e o professor com 37,1% (R=26), com 20,0% (R=14) dos inquiridos responderam a presença do psicomotricista na avaliação, de seguida com 12,9% (R=9) os inquiridos assinalaram a resposta “outros” e para finalizar com 5,7% (R=4) os inquiridos, mencionaram o psicopedagogo como elemento que habitualmente participa na avaliação destas crianças (ver gráfico n.º9).



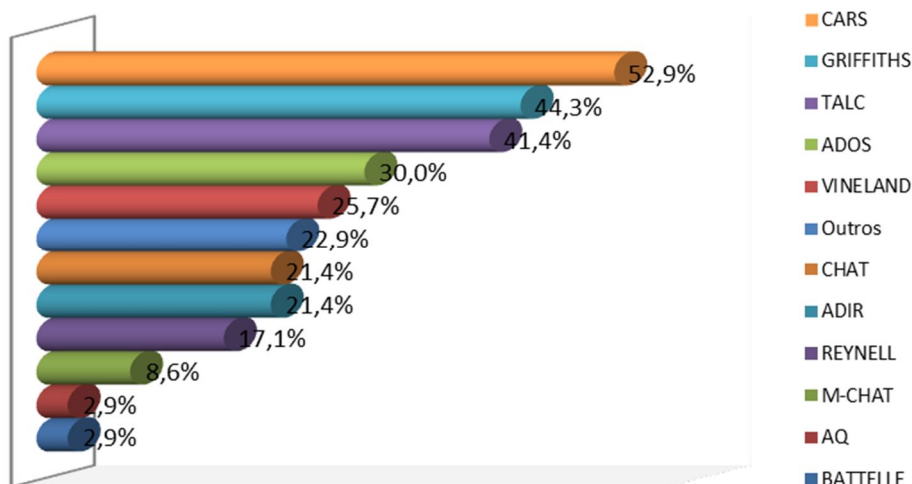
**Gráfico n.º 09** – Distribuição percentual dos elementos que habitualmente participam na avaliação das crianças com PEA

Relativamente, ao(s) **momento(s) que fizeram parte do processo de avaliação**, 90% (R=63) responderam que o acolhimento/anamnese fizeram parte, 85,7% (R=60) mencionaram a entrevista aos pais, 81,4% (R=57) referiram a avaliação baseada em instrumentos formais, de seguida os inquiridos mencionaram outro momento com, 74,3% (R=52) a avaliação baseada no jogo, com 70,0% (R=49) referiram de seguida a observação em contexto natural da criança e para finalizar os inquiridos responderam “outros” o equivalente a 2,9% (R=2) (ver gráfico n.º10).



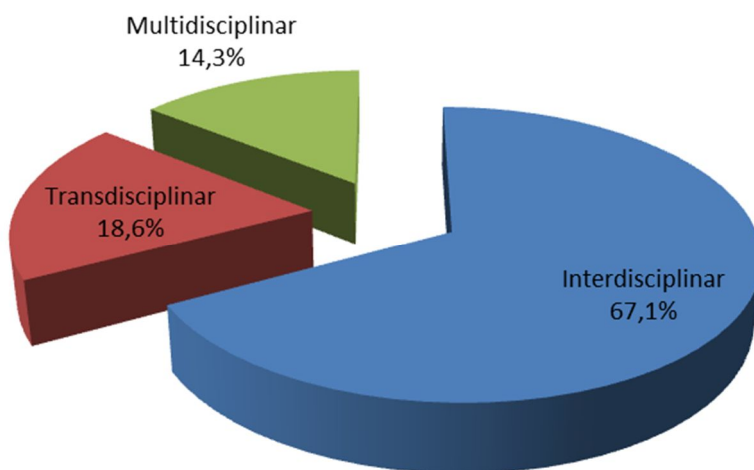
**Gráfico n.º 10** – Distribuição percentual do(s) momento(s) que fizeram parte do processo de avaliação

No que respeita ao(s) **instrumento(s) utilizado(s) na avaliação**, com 52,9% (R=37) dos inquiridos referiram, que utilizam a escala CARS, com 44,3% (R=31) mencionaram usar a escala GRIFFITHS, de seguida assinalaram o teste TALC com (R=29) 41,4%, a escala ADOS foi referida com 30,0% (R=21), a seguir os inquiridos referiram utilizar a escala VINELAND com 25,7 (R=18), a resposta “outros” foi equivalente a 22,9% (R=16), a checklist CHAT e a entrevista ADIR foram mencionadas com a percentagem de 21,4% (R=15), a escala REYNELL foi equivalente a 17,1% (R=12), de seguida os inquiridos referiram a checklist M-CHAT com 8,6% (R=6) e para finalizar com 2,9% (R=2) mencionaram o AQ e o BATTELLE (ver gráfico n.º11).



**Gráfico n.º 11** – Distribuição percentual do(s) instrumento(s) utilizado(s) na avaliação

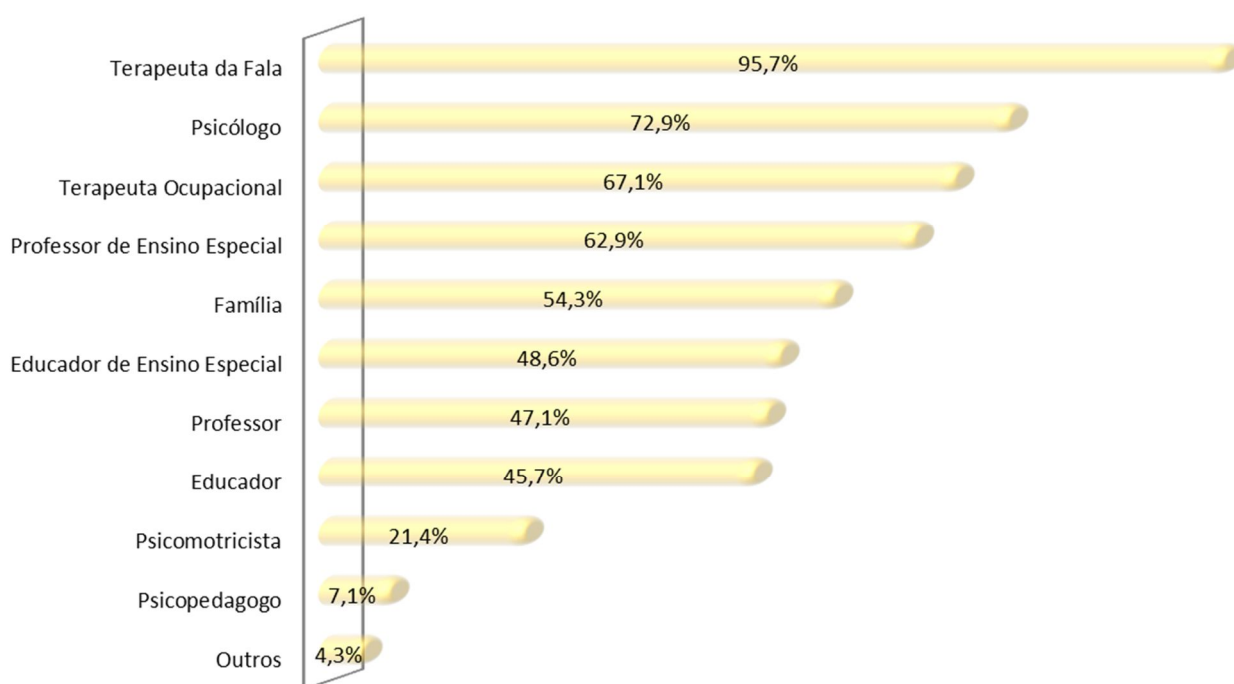
No sentido de se perceber, qual o **tipo de avaliação** que as crianças com PEA usufruem, foi possível constatar que 47 dos inquiridos, o equivalente a 67,1% responderam ser uma avaliação interdisciplinar, de seguida 13 inquiridos igual a 18,6% mencionaram ser transdisciplinar e 10 dos inquiridos o que equivale a 14,3% referiram ser uma avaliação multidisciplinar (ver gráfico n.º12).



**Gráfico n.º 12** – Distribuição percentual do tipo de avaliação

Quando foi questionado quais os **elementos que habitualmente participam na intervenção** das crianças com PEA constatou-se que, (R=67) 95,7% responderam que habitualmente participam os terapeutas da fala, de seguida 72,9% (R=51) referiram que os psicólogos

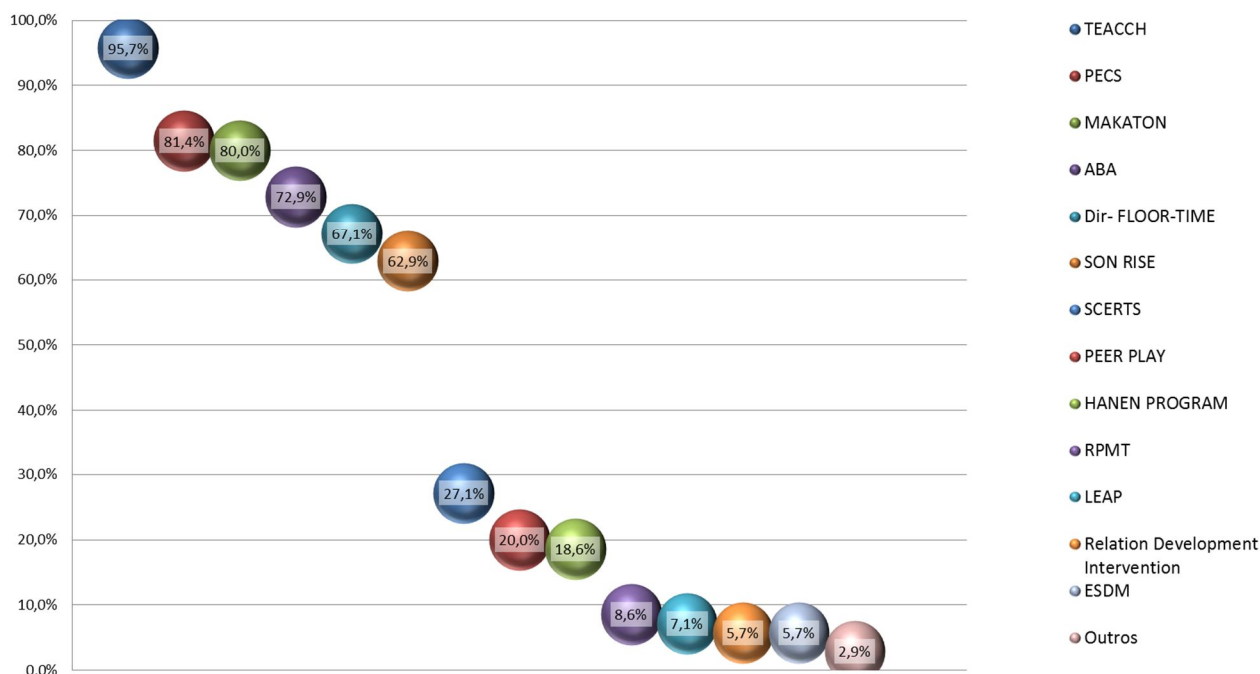
participam na intervenção, com 67,1% (R=47) os inquiridos mencionaram a presença na intervenção dos terapeutas ocupacionais, com 62,9% (R=44) referiram que o professor de ensino especial está habitualmente na intervenção destas crianças, de seguida segue a família com 54,3% (R=38), o educador de ensino especial apresenta 48,6% (R=34), o professor com 47,1% (R=33), com 45,7% (R=32) dos inquiridos responderam a presença do educador na intervenção, seguindo com 21,4% (R=15) dos inquiridos assinalaram o psicomotricista, o psicopedagogo apresenta 7,1% (R=5) e para terminar a resposta “outros” foi referida por 4,3% (R=3) (ver gráfico n.º13).



**Gráfico n.º 13** – Distribuição percentual dos elementos que habitualmente participam na intervenção

Ao recolher informações sobre o **conhecimento**, que os inquiridos têm sobre os **programas de intervenção**, percebe-se que o TEACCH é do conhecimento da grande maioria dos inquiridos, com 95,7% (R=67), com 81,4% (R=57) segue o conhecimento sobre o PECS, de seguida com 80,0% (R=56) apresentam conhecimento no MAKATON, com 72,9% (R=51) afirmam conhecer o ABA, seguindo-se o Dir-FLOOR-TIME com 67,1% (R=47), com 62,9% (R=44) referem ter conhecimento sobre o SON RISE, seguindo o SCERTS com 27,1% (R=19), com 20,0% (R=14) mencionaram o PEER PLAY, depois com 18,6% (R=13)

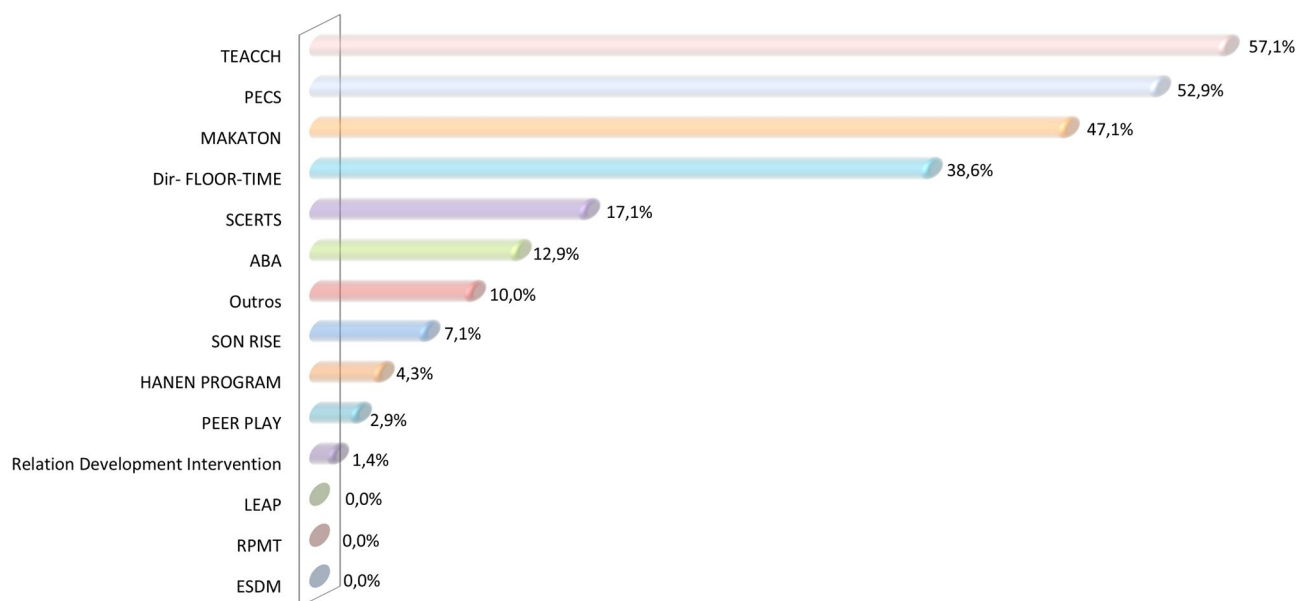
indicaram o HANEN PROGRAM, relativamente ao programa seguinte 8,6% (R=6) assinalaram ter conhecimento sobre RMPT, sobre o LEAP afirmaram 7,1% (R=5) dos inquiridos, com 5,7% (R=4) segue-se os programas Relation Development intervention e ESDM com a mesma percentagem, para finalizar com 2,9% (R=2) os inquiridos mencionaram a opção “outros” (ver gráfico n.º14).



**Gráfico n.º 14** – Distribuição percentual do conhecimento sobre programas de intervenção

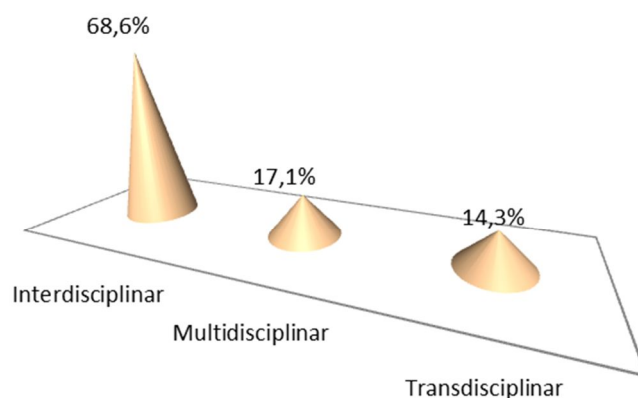
Relativamente, à **utilização dos programas de intervenção**, foi possível verificar sobre as respostas que o TEACCH é o programa mais utilizado, o equivalente a 57,1% (R=40), seguindo-se do PECS com 52,9% (R=37), com 47,1% (R=33) mencionaram utilizar o MAKATON, de seguida o Dir-FLOOR-TIME com 38,6 (R=27), o SCERTS apresenta 17,1% (R=12) das respostas dos inquiridos, no ABA assinalaram 12,9% (R=9), na opção “outros” mencionaram 10,0% (R=7) dos inquiridos, referindo outro tipo de programas que utilizam como: 1 inquirido referiu, teoria de integração sensorial, 2 o treino de competências, 1 a mistura de vários programas e 3 inquiridos responderam não utilizar nenhum programa. O outro programa mencionado a ser utilizado segue-se o SON RISE, com 7,1% (R=5), com 4,3% (R=3) o HANEN PROGRAM, de seguida foi referido o PEER PLAY com 2,9% (R=2), indicaram 1,4% (R=1) dos inquiridos o Relation Development Intervention, para concluir

nenhum dos inquiridos referiu utilizar, o que equivale a 0% (R=0) o programa, ESDM, RPMT e LEAP (ver gráfico n.º15).



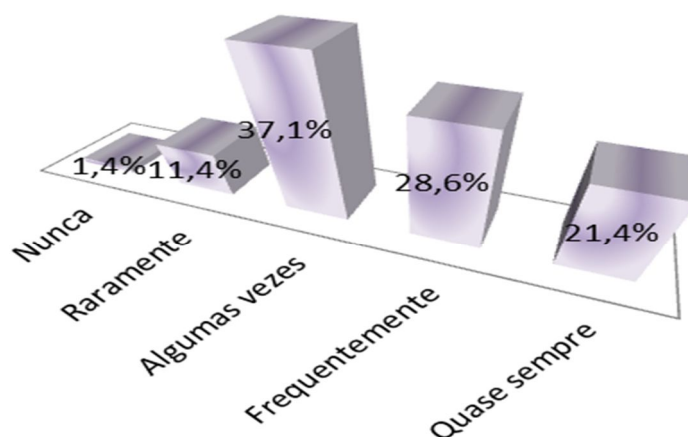
**Gráfico n.º 15** – Distribuição percentual da utilização dos programas de intervenção

Quando foi questionado, qual o **tipo de intervenção** que as crianças com PEA usufruem, foi possível constatar que 48 dos inquiridos, o equivalente a 68,6% responderam ser uma avaliação interdisciplinar, de seguida 12 inquiridos igual a 17,1% mencionaram ser multidisciplinar e 10 dos inquiridos o que equivale a 14,3% referiram ser uma avaliação transdisciplinar (ver gráfico n.º16).



**Gráfico n.º 16** – Distribuição percentual do tipo de intervenção

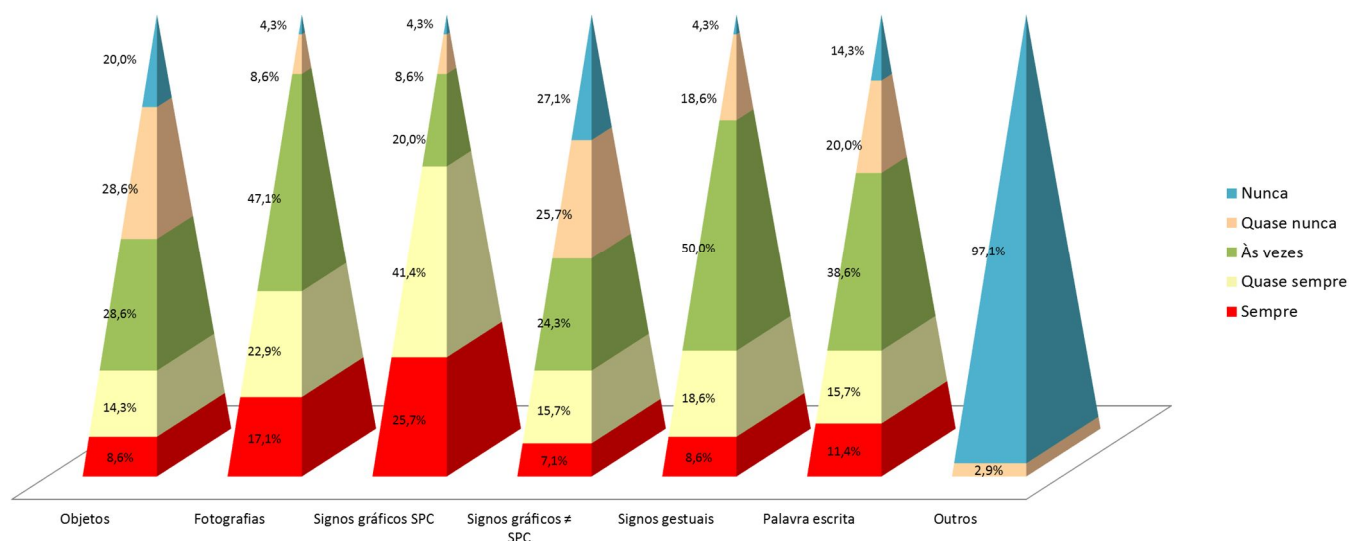
No que refere à frequência com que os inquiridos **utilizam na sua experiência profissional a CAA**, 1 o que equivale a 1,4% refere nunca utilizar, 8 igual a 11,4% mencionam utilizar raramente, 26 o equivalente a 37,1% indicam utilizar algumas vezes, 20 dos inquiridos referente a 28,6% assinalaram utilizar frequentemente a CAA e para finalizar 15 inquiridos igual a 21,4% afirmaram utilizar a CAA (ver gráfico n.º17).



*Gráfico n.º 17 – Distribuição percentual da frequência de utilização na experiência profissional de CAA*

No que concerne, ao **tipo de CAA que as crianças com PEA utilizam**, as respostas dos inquiridos foram as seguintes quanto aos objetos, 14 inquiridos o que equivale 20,0% responderam “nunca”, 20 correspondem a 28,76% assinalaram “quase nunca”, no que compete à opção “às vezes” afirmaram 20 inquiridos que as crianças utilizam os objetos, o que corresponde a 28,6%, 10 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 14,3% e 6 indicaram “sempre” correspondendo a 8,6%. No que pertence a fotografias, constatou-se os seguintes resultados: 3 inquiridos o que equivale 4,3% indicaram “nunca”, 6 correspondem a 8,6% assinalaram “quase nunca”, na opção “às vezes” disseram 33 inquiridos que as crianças utilizam fotografias, o que corresponde a 47,1%, 16 mencionaram que utilizam “quase sempre” igual a 22,9% e 12 indicaram “sempre” correspondendo a 17,1%. Relativamente aos signos gráficos SPC, os resultados foram: 3 inquiridos o que equivale 4,3% responderam “nunca”, 6 correspondem a 8,6% assinalaram “quase nunca”, em “às vezes” afirmaram 14 inquiridos que as crianças utilizam signos gráficos SPC, o que corresponde a 20,0%, 29 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 41,4% e 18 indicaram “sempre” correspondendo a 25,7%. No que diz respeito aos signos gráficos ≠ SPC, as respostas dos

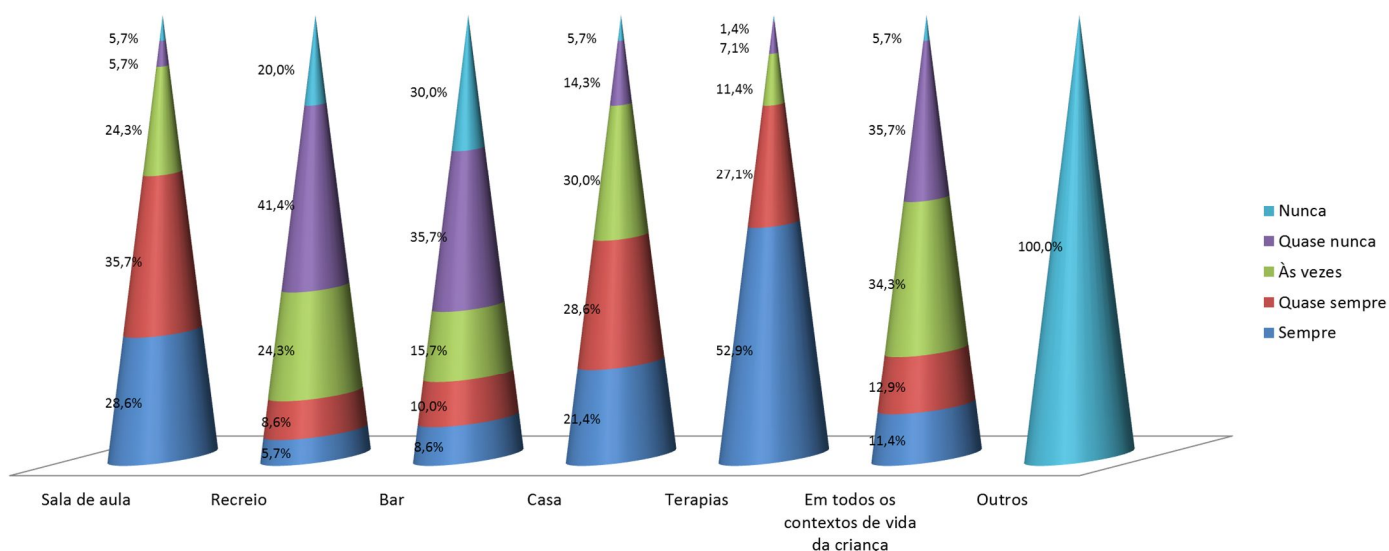
inquiridos foram: 19 inquiridos o equivalente 27,1% afirmaram “nunca”, 18 correspondem a 25,7% assinalaram “quase nunca”, na opção “às vezes” indicaram 17 inquiridos que as crianças utilizam os signos gráficos ≠ SPC, o que corresponde a 24,3%, 11 mencionaram que utilizam “quase sempre” igual a 15,7% e 5 destacaram “sempre” correspondendo a 7,1%. Quanto aos signos gestuais os resultados foram: 3 inquiridos o que equivale 4,3% responderam “nunca”, 13 correspondem a 18,6% assinalaram “quase nunca”, no que compete à opção “às vezes” afirmaram 35 inquiridos que as crianças utilizam signos gestuais, o que corresponde a 50,0%, 13 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 18,6% e 6 indicaram “sempre” correspondendo a 8,6%. No que pertence a palavra escrita os resultados demonstraram o seguinte: 10 inquiridos o que equivale 14,3% responderam “nunca”, 14 correspondem a 20,0% referiram “quase nunca”, em “às vezes” afirmaram 27 inquiridos que as crianças usam a palavra escrita, o que corresponde a 38,6%, 11 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 15,7% e 8 mencionaram “sempre” correspondendo a 11,4%. Nas respostas da opção “outros” apenas 2 inquiridos responderam “quase nunca” a esta opção o que equivale a 2,9% e 68 o que equivale a 97,1 referiram “nunca” (ver gráfico n.º 18).



**Gráfico n.º 18** – Distribuição percentual da utilização do tipo de sistemas de CAA

Quanto à análise **do contexto em que é utilizada a CAA**, as respostas dos 70 inquiridos foram as seguintes quanto à sala de aula: 4 inquiridos o que equivale 5,7% responderam “nunca”, 4 correspondem a 5,7% assinalaram “quase nunca”, na opção “às vezes” afirmaram 17 inquiridos que as crianças utilizam na sala de aula a CAA, o que corresponde a 24,3%, 25

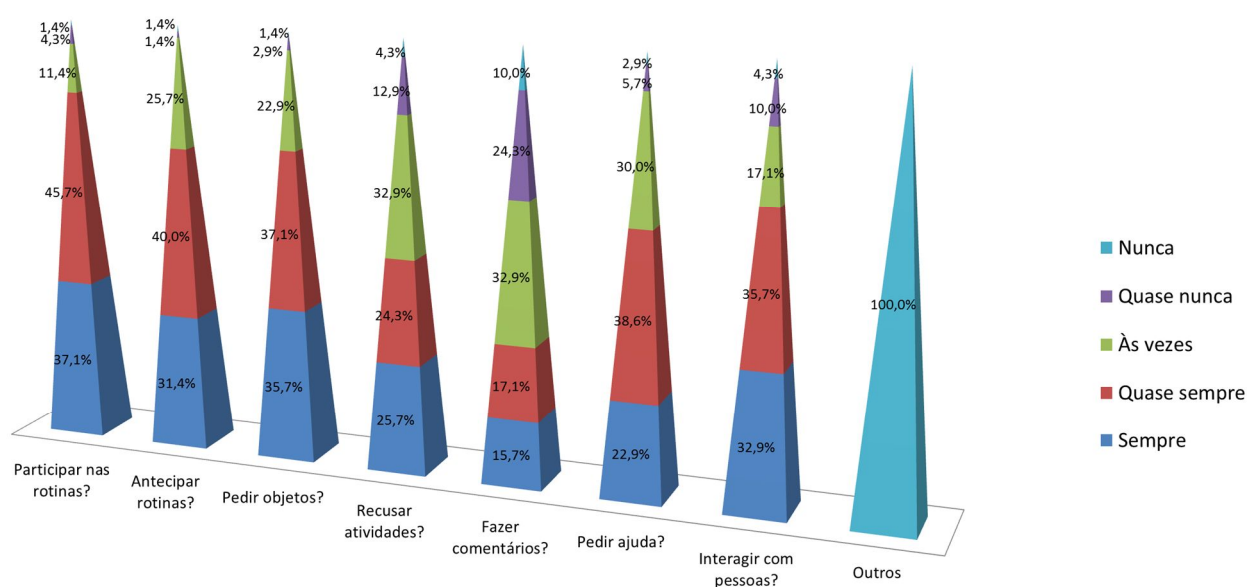
referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 35,7% e 20 indicaram “sempre” correspondendo a 28,6%. Quanto ao recreio os resultados sucederam: 14 inquiridos o que equivale 20,0% responderam “nunca”, 29 correspondem a 41,4% indicaram “quase nunca”, “às vezes” assinalaram 17 inquiridos que as crianças utilizam no recreio CAA, o que corresponde a 24,3%, 6 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 8,6% e 4 assinalaram “sempre” correspondendo a 5,7%. Relativamente ao uso de CAA no bar os resultados foram: 21 inquiridos o que equivale 30,0% responderam “nunca”, 25 correspondem a 35,7% assinalaram “quase nunca”, na opção “às vezes” afirmaram 11 inquiridos que as crianças utilizam CAA no bar, o que corresponde a 15,7%, 7 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 10,0% e 6 indicaram “sempre” correspondendo a 8,6%. No que refere ao uso de CAA em casa os resultados sucederam: 4 inquiridos o que equivale 45,7% responderam “nunca”, 10 correspondem a 14,3% assinalaram “quase nunca”, no que compete à opção “às vezes” afirmaram 21 inquiridos que as crianças utilizam CAA em casa, o que corresponde a 30,0%, 20 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 28,6% e 15 indicaram “sempre” correspondendo a 21,4%. No que pertence a terapias, constatou-se os seguintes resultados: 1 inquiridos o que equivale 1,4% indicaram “nunca”, 5 correspondem a 7,1% assinalaram “quase nunca”, na seleção “às vezes” disseram 8 inquiridos que as crianças usufruem de terapias, o que corresponde a 11,4%, 19 mencionaram que utilizam “quase sempre” igual a 27,1% e 37 indicaram “sempre” correspondendo a 52,9%. No que diz respeito ao uso de CAA em todos os contextos de vida da criança, os resultados sucederam: 4 inquiridos o que equivale 5,7% responderam “nunca”, 25 correspondem a 35,7% referiram “quase nunca” na escolha “às vezes” afirmaram 24 inquiridos que as crianças utilizam a CAA em todos os contextos de vida da criança, o que corresponde a 34,3%, 9 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 12,9% e 8 mencionaram “sempre” correspondendo a 11,4%. Na resposta da opção “outros” não houve nenhum inquirido que respondesse nesta opção, que equivale a 0,0% (ver gráfico n.º19).



**Gráfico n.º 19** – Distribuição percentual no contexto em que é utilizada a CAA

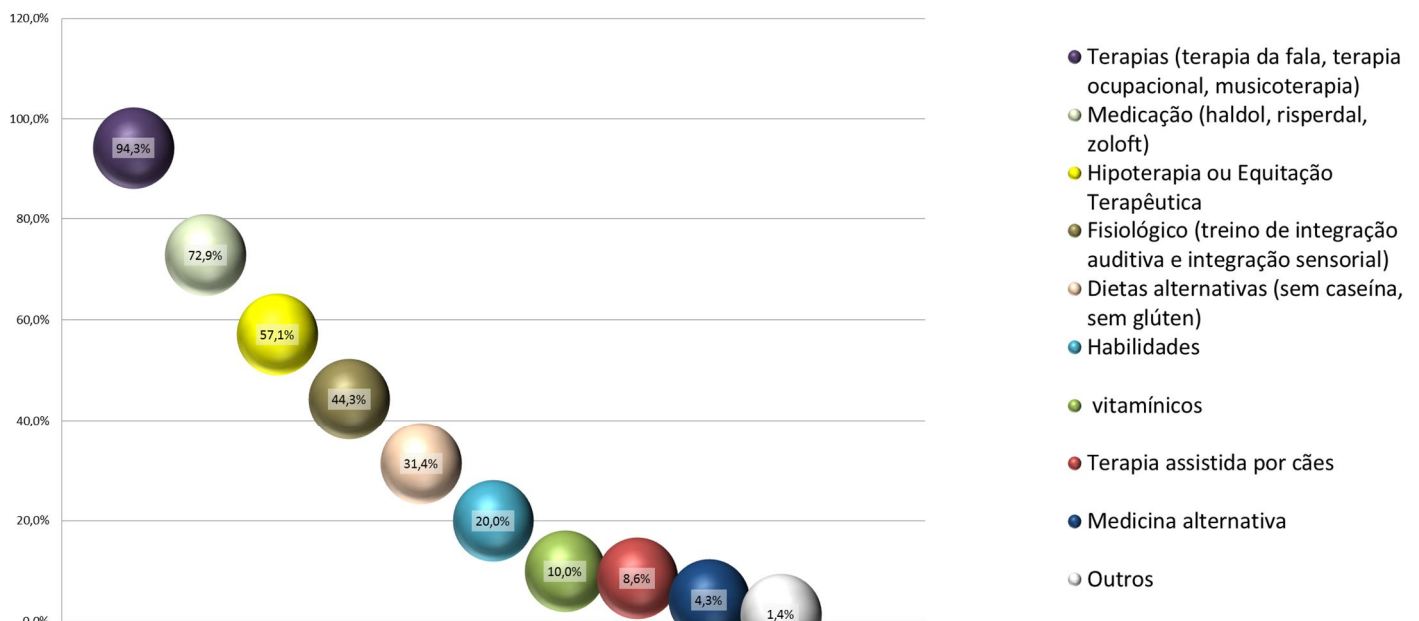
No que diz respeito, ao **principal intuito na utilização de CAA**, verificou-se, que os inquiridos destacam a **participação nas rotinas** como principal intuito de CAA, assinalando com maior percentagem a opção “sempre” e “quase sempre”, pois, 1 inquirido o que equivale 1,4% respondeu “nunca”, 3 correspondem a 4,3% indicaram “quase nunca”, em “às vezes” afirmaram 8 inquiridos que a participação nas rotinas é o principal intuito de CAA, o que corresponde a 11,4%, 32 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 45,7% e 26 assinalaram “sempre” correspondendo a 37,1%. Quanto a **antecipar rotinas**, os resultados forma os seguintes: 1 inquirido o equivalente a 1,4% respondeu “nunca”, 1 corresponde a 1,4% referiu “quase nunca”, na opção “às vezes” assinalaram 18 inquiridos, o que corresponde a 25,7%, 28 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a 40,0% e 22 mencionaram “sempre” correspondendo a 31,4%. Relativamente a **pedir objetos**, constatou-se os seguintes resultados: 1 inquirido respondeu “nunca” o que significa 1,4% da amostra, 2 assinalaram a opção “quase nunca” o que corresponde a 2,9%, 16 dos inquiridos mencionaram “às vezes” o que equivale a 22,9%, na opção de escolha “quase sempre” indicaram 26 o equivalente a 37,1% da amostra, e para concluir, 25 dos inquiridos igual a 35,7% mencionaram “sempre” o pedido de objetos como principal intuito de CAA. Em relação a **recusar atividades** os resultados sucederam: 3 inquiridos o que equivale 4,3% responderam “nunca”, 9 correspondem a 12,9% assinalaram “quase nunca”, no que compete à opção “às vezes” afirmaram 23 inquiridos que o recusar atividades é o principal intuito de CAA, o que corresponde a 32,9%, 17 referiram que utilizam “quase sempre” o equivalente a

24,3% e 18 indicaram “sempre” correspondendo a 25,7%. Outra opção de escolha, como principal intuito de CAA, era a de **fazer comentários**, então, 7 inquirido assinalaram “nunca” o que significa 10,0% da amostra, 17 referiram a opção “quase nunca” o que corresponde a 24,3%, 23 dos inquiridos mencionaram “às vezes” o que equivale a 32,9%, na opção de escolha “quase sempre” indicaram 12 o equivalente a 17,1% da amostra, e 11 dos inquiridos igual a 15,7% mencionaram “sempre” a opção de fazer comentários como principal intuito de CAA. No que pertence a **pedir ajuda**, constatou-se os seguintes resultados: 2 inquiridos o que equivale 2,9% indicaram “nunca”, 4 correspondem a 5,7% assinalaram “quase nunca”, na seleção “às vezes” foi assinalado por 21 da amostra, o que corresponde a 30,0%, 27 mencionaram que utilizam “quase sempre” igual a 38,6% e 16 indicaram “sempre” correspondendo a 22,9%. Uma outra opção de escolha, como principal intuito de CAA, era a de **interagir com pessoas**, verificou-se que, 3 inquirido assinalaram “nunca” o que significa 4,3% da amostra, 7 referiram a opção “quase nunca” o que corresponde a 10,0%, 12 dos inquiridos mencionaram “às vezes” o que equivale a 17,1%, na opção de escolha “quase sempre” indicaram 25 inquiridos o equivalente a 35,7% da amostra, e 23 dos inquiridos igual a 32,9% mencionaram “sempre” a opção de interagir com pessoas como principal intuito de CAA. Na resposta da opção “outros” não houve nenhuma escola nesta opção, que equivale a 0,0% (ver gráfico n.º20).



*Gráfico n.º 20 – Distribuição percentual do principal intuito na utilização de CAA*

Quando foi perguntado aos inquiridos, quais os **apoios que as crianças com PEA usufruem**, a maioria dos inquiridos referiram as terapias (R=66) com 94,3% da amostra, de seguida mencionaram que possuem de medicação (R=51) com uma percentagem de 72,9%, segue-se o apoio de hipoterapia ou equitação terapêutica com (R=40) 57,1%, depois com (R=31) 44,3% da amostra assinalaram o apoio fisiológico, seguindo de dietas alternativas com (R=22) 31,4% das respostas dos inquiridos, as habilidades foi a opção seguinte escolhida pela amostra com (R=14) 20,0%, segue-se os vitamínicos com (R=7) 10,0%, em relação à opção seguinte assinalada pelos inquiridos aparece a terapia assistida por cães com (R=6) 8,6% da amostra, com (R=3) 4,3% referiram a medicina alternativa e para finalizar quanto à opção “outros” apenas (R=1) 1,4% da amostra assinalaram esta opção (ver gráfico n.º21).



*Gráfico n.º 21 – Distribuição percentual da categoria de apoio que as crianças usufruem*

### III. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo são discutidos os principais resultados obtidos com base no questionário formulado com o intuito de caracterizar as metodologias de avaliação e intervenção e os tipos de apoio que as crianças com PEA usufruem. Para a concretização desta discussão, procurou comparar-se a informação obtida com bibliografia científica que se considera relevante. A ordem de apresentação é semelhante à utilizada no capítulo anterior pretendendo-se facilitar a leitura dos dados.

No que refere à caracterização da amostra deste estudo é possível verificar que a maioria dos inquiridos é do **género** feminino, que a média da **faixa etária** é de 30,43 anos, e que a maioria exerce como **profissão** a TF. No que respeita à **experiência profissional** dos inquiridos, estes apresentam uma média de 11,76 anos e na **experiência profissional na intervenção com PEA** patenteiam uma média de 7,44 anos. **Quanto** ao **grau académico** dos respondentes, verifica-se que a maioria concluiu a licenciatura e não ostentam formação em PEA na sua **formação de base**, o que vai ao encontro ao que refere a literatura pois, após formação académica, a maioria dos TF, procuraram formação na área da PEA. A educação contínua (após formação académica) tem um papel crucial na formação do TF. Segundo o CPLOL (2009), este género de educação integra, cada vez mais, um requisito ético e administrativo na formação contínua do TF.

Quanto às questões relacionadas com a **avaliação** desenvolvida nas crianças com PEA, pretende saber-se, inicialmente, quais os **elementos que habitualmente participam na avaliação** das crianças com PEA, constata-se através das respostas que habitualmente, participam os terapeutas da fala, segundo Ogletree (2002), talvez não seja surpreendente que a terapia da fala seja destacada pelos inquiridos na avaliação destas crianças pois, uma das características que define “autismo” é a presença do défice na comunicação. De seguida pretende-se saber **quais os momentos que fizeram parte da avaliação**, a maioria dos inquiridos referiram ser o acolhimento/anamnese o principal momento de avaliação, o que vai de encontro ao que está descrito na bibliografia. Pois, segundo Nazeer e Ghaziudin (2012), defendem que o diagnóstico do autismo, baseia-se na interpretação de um historial clínico pormenorizado do desenvolvimento e numa observação sistemática. De qualquer das formas, a análise destes resultados não deve ser feita de forma isolada, sem ter em consideração que a maior parte dos nossos inquiridos serem terapeutas da fala, o que pode influenciar estes

resultados. Relativamente aos **instrumentos utilizados na avaliação** os respondentes assinalaram na maioria a utilização do CARS, o que vai de encontro às investigações de alguns autores, pois segundo Aussilloux et al, (2001) e Tachimori et al, (2003) esta escala é um dos instrumentos mais utilizados na avaliação de crianças com autismo e vem sendo traduzida, validada e utilizada nos mais importantes centros de diagnóstico do autismo infantil. No que refere à questão qual o **tipo de avaliação** que utilizam, a maioria dos inquiridos mencionaram ser uma avaliação interdisciplinar, posto isto, as respostas referidas vão ao encontro no que está descrito na bibliografia pois, para que a educação de uma criança com PEA seja bem sucedida é, sem dúvida, imprescindível trabalhar em parceria com a família. É importante existir uma equipa interdisciplinar (médicos, terapeutas, assistentes sociais e educadores), composta por profissionais na qual os pais têm um papel essencial a desempenhar, que permita uma avaliação mais ampla que leve a um rigor maior no processo de tomada de decisões (Correia, 1997).

Relativamente à **intervenção**, foi possível verificar, que os inquiridos referiram quase por unanimidade os terapeutas da fala como elemento que participa na intervenção com PEA, estes dados são equivalentes aos da literatura. Para Cynthia r. Weitz, (1996) e Jordan, (2000) algumas crianças não têm capacidade para comunicar oralmente, enquanto outras são capazes de produzir frases completas, de ler e escrever, posto isto, o TF é o profissional que intervém ao nível da comunicação e linguagem, sendo o seu trabalho imprescindível junto desta população. Mas novamente, devemos ter em consideração na análise destes resultados que a maior parte dos respondentes são de facto terapeutas da fala.

Ao recolher informações sobre o **conhecimento e utilização**, que os inquiridos têm sobre os **programas de intervenção**, percebe-se que o TEACCH é do conhecimento da grande maioria dos inquiridos, bem como também o mais utilizado na intervenção das PEA. Perante a realidade da problemática da PEA e com um modelo metodológico sobre o qual podemos trabalhar para obter bons resultados no ensino de crianças com autismo é o modelo TEACCH (Lopes, 2001). Em Portugal, o método TEACCH tem vindo a ser utilizado como resposta educativa, em escolas de ensino regular para alunos com PEA, desde 1996 (Gonçalves et al., 2008). Possivelmente por ser um programa que alcança bons resultados é que é do conhecimento e utilização da maioria dos inquiridos. No que concerne ao **tipo de intervenção** utilizada, os respondentes mencionaram o modelo interdisciplinar, estes resultados vão ao encontro com a literatura, pois de acordo com Araújo (2008), quando questionou na Região Autónoma da Madeira docentes especializados, estes também mencionaram aplicar o modelo

Interdisciplinar com T.F. No que refere à frequência com que os inquiridos **utilizam na sua experiência profissional a CAA**, a maior parte das respostas foram “algumas vezes”. O que refere a bibliografia é que durante bastante tempo, defendeu-se que a CAA seria o último recurso a aplicar em indivíduos com limitações a nível da produção de fala, já que a sua utilização precoce dificultaria o desenvolvimento da fala e o seu uso. Nos dias de hoje, os estudos evidenciam que a utilização de signos não provocam efeitos negativos no desenvolvimento da fala, pelo contrário, os estudos revelam que a utilização desses instrumentos origina resultados positivos no seu desenvolvimento (Tetzchner & Martinsen, 2000). Neste caso, e de acordo com o que é defendido na maioria dos programas de intervenção para crianças com autismo (Peixoto e Rocha, 2009) estaríamos à espera que a resposta mais frequente fosse “muitas vezes” ao invés de “algumas vezes”.

No que concerne, ao **tipo de CAA que as crianças com PEA utilizam**, as respostas dos inquiridos quanto aos objetos mencionaram utilizar “às vezes” ou “quase nunca”, quanto a fotografias a maioria respondeu “às vezes”, na utilização de signos gráficos SPC assinalaram na maior parte dos inquiridos “quase sempre”, nos signos gráficos  $\neq$  SPC referiram “nunca” utilizar, em signos gestuais e palavra escrita indicaram “às vezes”. De acordo com Tetzchner & Martinsen (2000), atualmente, existe uma grande variedade de sistemas de signos, tanto gestuais como gráficos, que tentam dar resposta aos indivíduos que apresentem limitações a nível da linguagem expressiva, independentemente do seu grau de severidade. Algumas crianças carecem destes sistemas de um modo transitório deixando de os utilizar com o aparecimento da fala. No entanto, existem outras crianças que necessitam destes sistemas durante toda a vida para poderem comunicar. Estes dados vão de encontro ao resultado deste projeto, pois na utilização de signos gráficos SPC assinalaram na maior parte dos inquiridos “quase sempre” e em signos gestuais indicaram “às vezes” o que poderá ser considerado que utilizam com alguma regularidade estes tipos de CAA. Quanto à análise **do contexto em que é utilizada a CAA** em sala de aula a maior parte dos inquiridos assinalaram “quase sempre”, no recreio e no bar “quase nunca”, em casa “às vezes”, em terapias “sempre” e em todos os contextos de vida da criança mencionaram “quase nunca”. De acordo com a literatura e segundo Schirmer (2007), atualmente existem muitas investigações já publicadas e os resultados vêm apontando grande vantagem no uso da CAA nos diferentes contextos da vida. Novas práticas e sistemas pictográficos estão a ser usados nas diferentes regiões do Brasil e daí a necessidade dos profissionais da área se reunirem e criarem uma associação para divulgar e discutir a CAA e a sua aplicabilidade nos diferentes contextos e especialmente na

inclusão destas crianças. Quando foi questionado aos inquiridos, quais os **apoios que as crianças com PEA usufruem**, as respostas foram maioritariamente as terapias nomeadamente a terapia da fala, ocupacional e musicoterapia. Estes resultados vão ao encontro com a literatura pois, em relação à terapia da fala segundo CPLOL, (2003) o TF realiza uma avaliação preliminar, no intuito de identificar, tanto quanto possível, a causa do distúrbio/perturbação e faz o diagnóstico, para futuramente avaliar se a terapia é necessária e quais as técnicas mais recomendadas. Em terapia, individual ou em grupo, o TF utiliza a sua experiência clínica para aplicar técnicas, que permitam a todos os utentes maximizar as suas competências verbais e/ou não verbais, potencializando a comunicação total. Na terapia ocupacional, de uma forma geral, consiste em melhorar as competências motoras finas nas atividades da vida diária, nas capacidades sensório-motoras que envolvam o equilíbrio, na perceção da posição do corpo no espaço e o toque. Após a identificação de um problema específico, a terapia pode incluir atividades de integração sensorial. (AMA e APPAA, 2005). A terapia ocupacional tem como objetivo auxiliar a pessoa com autismo a adaptar-se e a funcionar verdadeiramente no seu meio social e físico. Estes resultados vão também ao encontro daquilo que é defendido em termos de intervenção por vários dos programas por nós referenciados anteriormente (SCERTS; DIR) e pelo que nos revela a literatura, quando refere que um programa de intervenção eficaz deve providenciar uma resposta interventiva nas áreas de dificuldades principais da criança com PEA, nomeadamente a comunicação social, a limitação de interesses, a flexibilidade do pensamento e o perfil sensorial (Peixoto e Rocha 2009). De acordo com Craveiro de Sá (2003) a musicoterapia na intervenção da criança com autismo pode ser uma terapia extraordinariamente eficiente na abertura de canais de comunicação, pois esta é realizada como modo de proporcionar alterações significativas na vida da pessoa com autismo, tanto em contexto educacional como no meio social e familiar e ainda a nível terapêutico. Talvez por as outras respostas em termos de intervenção (terapias com animais, terapias em meio aquático, dietas alternativas...) serem mais recentes, e sem grande evidência científica para já (National Research Council, 2001), foram alternativas menos referidas pelos nossos inquiridos.

#### **IV. CONCLUSÃO**

Ao realizar-se este estudo pretendeu-se chegar a alguns resultados que encaminhassem a conclusões fiáveis. Em síntese, serão abordados os aspetos que se consideraram mais relevantes ao longo deste trabalho, os constrangimentos sentidos na elaboração do mesmo e o registo de estudos futuros que permitam a continuação deste estudo.

Relativamente à formação, a maioria dos inquiridos salientaram não ter formação específica de base na área da PEA, sugere-se que sejam analisados os planos curriculares dos cursos de saúde, em Portugal, especialmente o de Terapêutica da Fala, de forma a envolver mais formação prática na área de PEA, podendo colaborar, no futuro, para o desenvolvimento profissional da Terapia da Fala e melhorar o seu contributo na investigação de temas relacionados com o autismo.

Assim, no que concerne à avaliação, foi possível constatar que o profissional que está presente na avaliação é o T.F, pois o trabalho deste profissional será o que se destacará mais junto desta população. O acolhimento/anamnese foi o momento que fez parte do processo de avaliação, juntamente com o CARS que foi o instrumento mais referido pelos inquiridos. O modelo de avaliação e intervenção mencionado pela amostra foi o interdisciplinar, o que é importante o trabalho desta equipa diante destas crianças, pois trabalha de forma que todos os profissionais funcionem de forma homogénea e colaborativa, ou seja, os membros da equipa interagem entre si, sempre procurando uma melhor qualidade de vida para estes pacientes. Em relação à intervenção o programa TEACCH foi o mais referenciado pela amostra, poderá ser o facto de ser um dos programas mais antigos. A CAA foi referenciada como sendo utilizada algumas vezes o que seria importante passar a ser usada com mais frequência, com este estudo também verificou-se ser necessário aumentar estudos para a importância da utilização da CAA nos diferentes contextos. Contudo, mediante algumas opiniões dividem-se em, que a utilização de CAA poderá desmotivar os utilizadores de comunicarem por meio da linguagem verbal, e os defensores de CAA defendem que existem estudos que indicam que o uso pode mesmo melhorar a produção verbal de pacientes com autismo. Para finalizar as terapias foram referidas pelos inquiridos como método de apoio a crianças com PEA, o que se tornam importantes na vida diária da criança com autismo.

Em relação aos constrangimentos deste estudo pode referir-se que se sentiu muita dificuldade em obter respostas, especialmente por parte de outros profissionais de saúde sem serem T.F em relação aos instrumentos de avaliação e sobre os diferentes programas de intervenção em crianças com PEA. As limitações inerentes ao presente estudo prendem-se essencialmente com o fator tempo, também é importante salientar que por questões de ordem prática não foi possível fazer uma análise correlacional, embora seja um objetivo de estudo a ser concretizado no futuro. Também o facto de ser *via online* desta forma, poderá ter excluído possíveis participantes que não utilizam frequentemente a internet. No entanto, tendo em conta que esta era forma mais rápida de chegar aos participantes do estudo, optou-se por este método.

Numa investigação futura poderá ser realizado um estudo, para constatar o que contribui para a qualidade de vida das crianças com PEA e seus familiares, e a relação com os apoios que usufruem. Considera-se que o presente trabalho, teve um contributo importante para a investigadora na medida em que aumentou a sua compreensão sobre o conhecimento e utilização de diversas metodologias de avaliação e intervenção em PEA.

## V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, C. L. C. e Ribeiro, S. H. B. (2006). Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: epidemiologia e instrumentos diagnósticos. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. [Em linha]. Disponível em <http://www.mackenzie.br/index.php?id=1165>. [Consultado em 10/06/14].

Anzini, José M.; Deliberato, Débora. (2006). Recursos para comunicação alternativa Brasília: [Em linha]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ajudas\\_tec.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ajudas_tec.pdf). [Consultado em 02/06/14].

AMA (2005). *Associação Mão Amiga: Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas*. [Em linha]. Disponível em: [www.maoamiga.org](http://www.maoamiga.org). [Consultado em 19/07/14].

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto (Versão Portuguesa). 4ª Edição. Lisboa: Climepsi.

APPAA (2005). *Terapia Ocupacional*. [Em linha]. Disponível em: [www.autismo.org](http://www.autismo.org). [Consultado em 19/07/14].

Araújo, J. (2008). *As Perturbações do Espectro do Autismo na Região Autónoma da Madeira*. Aveiro, Universidade de Aveiro.

Arima, E.S. (2009). *Avaliação Psicológica e Intervenção Farmacológica de crianças autistas em dois serviços públicos*. Dissertação com Vista para obtenção do grau de Mestre, em Ciências do Comportamento do Departamento de Processos Psicológicos Básicos do Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

Aussilloux C, Baghdadli A, Bursztejn C, Hochmann J, Lazartigues A. (2001) *Recherche sur les facteurs d'évolution de l'autisme: caractéristiques initiales d'une cohorte de 193 enfants autistes de moins de sept ans*. Neuropsychtr Enfance Adolesc.

Autism diagnostic interview. (2000) revised entrevista para diagnóstico do autismo. revista Investigação. (3ª edição).

Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Allison, C. (2008). *The Autism Spectrum Quotient: children's version (AQ-Child)*. Journal of Autism and Developmental disorders, 38.

- Barthélemy, C., Fuentes, J., Van der Gaag, R., Visconti, P. (2000). *Descrição do Autismo*. International Association Autism-Europe
- Browning, N. (2008). *Comunicação Suplementar e Alternativa: Estratégias e recursos para ampliar as possibilidades de atuação em crianças com alterações neuromotoras*. Palestra na UFRGS. Porto Alegre.
- Capovilla, F. C.; Nunes, L. (2003). *A memória de trabalho no paralisado cerebral: procedimento*. São Paulo. Scortecci, Fapesp, CNPq.
- Correia, L. (1997). *Alunos com necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto, Porto Editora.
- Correia, M. (2006). *Estudo Exploratório dos Níveis de Coordenação Motora em Indivíduos com Perturbação do Espectro de Autismo*. Dissertação com Vista para obtenção do grau de Mestre, em Ciências do Desporto, pela Universidade do Porto.
- Cynthia R., Mark E., Jacquelyne R. (1996). AAC and Individuals with Physical Disabilities In: Glennen, D. *Handbook of Augmentative and Alternative Communication*. San Diego, Singular Publishing Group.
- CPLOL, (2003). *Standing liaison committee of e.u. speech and language therapists and logopedists- Orthophonie Logopedics Speech and language therapy*. [Em linha]. Disponível em WWW:URL:<http://www.cplol.eu/eng/SLT.htm> [Consultado em 05/06/14].
- Craveiro de Sá, L. (2003). *A Teia do Tempo e o Autista: Música e Musicoterapia*. Goiânia. UFG.
- Fay, W. (2002). Autismo infantil. In Bishop & Mogford (Eds.), *Desenvolvimento da linguagem em circunstâncias excepcionais*. Rio de Janeiro, Revinter.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Frost, L., & Bondy, A. (2002) *The Picture Exchange Communication System training manual*, 2nd ed. Pyramid Educational Consultants, Inc.
- García, T. B. & Rodríguez, C. (1997). A criança autista. In R. Bautista (Coord.), *Necessidades educativas especiais*. Lisboa, Dinalivro.

- George, J. (2009). *El manual del Autismo: Información fácil de assimilar, vision, perpectivas y estudios de casos de um maestro de educacion especial*. [Em linha]. Disponível em: [http://books.google.pt/books?id=hE\\_rcShhFwC&printsec=frontcover&dq=autismo&hl=ptPT&sa=X&ei=OKs9T\\_ iyJYWDhQfCo534Aw&ved=0CEYQ6AEwBDgK#v=onepage&q=autismo&f=false](http://books.google.pt/books?id=hE_rcShhFwC&printsec=frontcover&dq=autismo&hl=ptPT&sa=X&ei=OKs9T_ iyJYWDhQfCo534Aw&ved=0CEYQ6AEwBDgK#v=onepage&q=autismo&f=false). [Consultado em 05/06/14].
- Gonçalves, A. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo. Normas orientadoras*. Lisboa. Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular; Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Greenspan, S., Wieder, S. (2006). *Engaging autism: using the floortime approach to help children relate, communicate and think*. Da capo Press: Cambridge.
- Greenspan, Stanley, I. & Lewis, D. (2005). *The affect-based language curriculum – an intensive program for families, therapists and teachers*. 2.ed.
- Gutstein, S., Burgess, A., & Montfort, K. (2007). *Evaluation of the Relationship Development Intervention program Autism*, 11, 397-411.
- Gutstein, S., & Sheely, R. (2002). *Relationship development intervention with young children: Social and emotional development activities for Asperger Syndrome, autism, PDD, and NLD*. London, Jessica Kingsley.
- Hill, M. M. e Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Sílabo. pp.83-94
- Hill, M. e Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Jordan, R. (2000). *Educação de Crianças e Jovens com Autismo*. 1ª Edição. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional Ministério da Educação.
- Jordan, R. Powell, S. (1996). *Understanding and Teaching Children with autism*. London: Wiley.
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. Nerv Child. 2. pp.217-250.
- Kulage, K., Smaldone, C. (2014). *How will DSM-5 Affect Autism Diagnosis? A systemic literature review and meta-analysis*. Springer science, business media. New York.

- Le Couteur A, Rutter M, Lord C, Rios P, Robertson S, Holdgrafer M. (1989). *Autism diagnostic interview: a standardized investigatorbased instrument*. J Autism Dev Disord, 19.
- Levy, Susan E; Mandell, David S; Schultz, R. (2009) *Autism. The Lancet*. Vol. 374. pp. 1627–1638.
- Lima, B. C. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo*. Manual prático de intervenção. Lidel: edições técnicas, Lda.
- Lopes, C. (2001). *Autismo e os Princípios Educacionais do Programa Teacch*. AMAS.
- Lord, C.; Risi, S.; Lambrecht, L.; Cook JR, E. H.; Leventhal, B L.; Dilavore, P. C.; Pickles, A.; Rutter, M. (2000). *The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism*. Journal of Autism and Developmental Disorders. 3, pp.205-223.
- Luiz, D.M, Barnard, A., Knoesen, M.P., Kotras, N., Horrocks, S., McAlinden, P., Challis, D., & D.O’Conneel, R. (2007). *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths*. actas do 12º colóquio de psicologia e educação Extensão Revista (Revisão de 2006) dos 2 aos 8 anos. Manual de Administração. Lisboa: Cegoc-Tea.
- Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo. Ensaio de uma Intervenção Construtivista e Desenvolvimentalista com Mães*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Mello, A. (2004). *Autismo: guia prático*. 4ª edição. São Paulo: AMA - Associação de Amigos do Autista.
- Mello, A. (2005). *Autismo: guia prático*. 4ª edição. São Paulo, Ama Brasília.
- Ministério da Saúde Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2008). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo*. Brasília, DF.
- National Research Council. (2001). *Educating Children with Autism*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nazeer A, Ghaziuddin M. (2012). *Autism spectrum disorders: clinical features and diagnosis*. Pediatric Clinical pp. 19-25.
- Newborg, J.; Stock, J. Wnek, L. (1996). *Inventario de Desarrollo Battelle*, Madrid, TEA.

- O'roak, B. State, M. (2008). *Autism Genetics: Strategies, Challenges, and Opportunities*. Wiley InterScience. Vol. 1, pp. 4–17.
- Ogletree, B., Pierce, K., Harn, W., & Fischer, M. (2002). *Assessment of communication and language in classical autism: Issues and practices*. *Assessment for Effective Intervention*, 27, pp. 61–71.
- Orrú, S. E. (2007). *Autismo, Linguagem e Educação*. Rio de Janeiro, Wak.
- Ozonoff, S. (2003). *Perturbações do Espectro do Autismo. Perspetiva de Investigação Actual*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Paul, R. & Wetherby, A. (2005). *New autism collaboration develops practices in communication assessment for SLPs*. *The ASHA Leader*, pp. 11-12.
- Peixoto, V & Rocha, J (2009). *Metodologias de intervenção em terapia da fala*. Porto. Universidade Fernando Pessoa; 1volume.
- Pereira, A. (2007). *Autismo Infantil: Tradução e Validação da CARS (Childhood Autism Rating Scale) para uso no Brasil*. Dissertação com Vista para obtenção do grau de Mestre, em Ciências Médica, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Pereira, Edgar (1996). *Autismo. Do Conceito à Pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Perissinoto, J. (2003). *Conhecimentos essenciais para atender bem a criança com autismo*. Sao Paulo, Pulso Editorial.
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. 2ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo.
- Piven, J. (1997). *Broader Autism Phenotype: Evidence From a Family History Study of Multiple-Incidence Autism Familie*. *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 154.
- Prata, I. (1991) Programa de linguagem do vocabulário Makaton. In Fundação Calouste Gulbenkian. *IV Encontro Nacional de Educação Especial: comunicações*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Prizant, B., Wetherby, A., & Rydell, P. (2000). *Communication intervention issues for children with autism spectrum disorders*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.

Prizant, B., Wetherby, A., Rubin, E., Laurent, A., & Rydell, P. (2006). *The SCERTS Model: A Comprehensive Educational Approach for Children with Autism Spectrum Disorders*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.

Quill, K., Bracken, K., & Fair, M. (2002). Assessment of Social and Communication 281 Skills. In: Quill, K. (Ed.), *Do-Watch-Listen-Say – Social and communication intervention for children with autism*. 4th ed. Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação e Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa, Gradiva.

Reynell, J. & Gruber, C. (1990) *Reynell Developmental Language Scales*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Robins, D., Fein, D., Barton, M., & Green, J. (2001). The modified checklist for Autism in Toddlers: *An initial study investigating the early detection of autism and pervasive development disorders*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31.

Rogers SJ and Dawson G. (2009) *Play and Engagement in Early Autism: The Early Start Denver Model*. Volume II: The Curriculum. New York: Guilford Press. Translated into Japanese, Italian, Dutch, French, Arabic, and Spanish.

Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in sociocultural activity*. New York: Oxford University Press.

Schirmer, C., Dutra, M., e Fagundes, S. (2007). Comunicação para todos – em busca da inclusão social e escolar. In Nunes, L., Pelosi, M., e Gomes, M. (Orgs). *Um Retrato da Comunicação Alternativa no Brasil: Relatos de Pesquisas e Experiências*. Rio de Janeiro: Edit Quatro Pontos/FINEP.

Schopler, E., Reichler, R., & Renner, B. (1988). *The childhood autism rating scale (CARS)*. Los Angeles, Ca: Western Psychological Services.

Schuler, A., & Wolfberg, P. (2000). Promoting peer socialization and play: The art of scaffolding. In: Prizant, B., & Wetherby, A. (Eds.) *Language issues in autism and PDD: A transactional developmental perspective*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes. pp. 225-227

Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com autismo: Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. 1ª Edição. Porto: Porto Editora.

- Silva, A. (2008). *A Participação Estudantil na Universidade*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.
- Silva, P., Eira, C., Pombo, J., Silva, A., Silva, L., Martins, F., Santos, G., Bravo, P., e Roncon, P. (2003). *Programa clinico para tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no modelo DIR*. *Análise Psicológica*, v.21, pp.31-39.
- Sparrow, S., Balla, D., Cicchetti, D. (1984). *Vineland adaptative behavior scales*. Circle pines, Mn: American Guidance Service.
- Sua-Kay, E. e Tavares, M. (2011). *Teste de Avaliação da Linguagem na Criança –TALC*. (9ª ed.) Lisboa, Oficina Didática.
- Sussman, F. (1990). *More Than Words: A parent's guide to building interaction and language Skills for Children with Autism Spectrum Disorder or Social communication difficulties*. Second edition.
- Tachimori H, Osada H, Kurita H. (2003). *Childhood Autism Rating Scale – Tokyo version for screening pervasive developmental disorders*. Psychiatry Clinical Neurosis.
- Tolezani, M. (2010). *Son-Rise uma abordagem inovadora*. Revista Autismo: informação gerando ação, São Paulo. pp. 8-10.
- Verzoni, L. Sistemas Suplementares e/ou Alternativos de Comunicação (SSAC). [Em linha]. Disponível em: <http://www.profala.com/artpc5.htm> [Consultado em 04/06/14].
- Von Tetzchner, S.; Martinsen H. (2000) *Introdução à comunicação alternativa*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA. Harvard University Press.
- Walter, C. (2006). *Avaliação de um Programa de Comunicação Alternativa e Ampliada para Mães de Adolescentes com Autismo*. São Carlos: UFSCar. Tese de doutorado - Programa de Pós-graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, pp.137.
- Walter, C. (2000). *Efeitos da Adaptação do PECS Associada ao Curriculum Funcional Natural em Pessoas com Autismo Infantil*. São Carlos: UFS Car. Dissertação de mestrado -

Programa de Pós-graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, pp.134.

Wolfberg, P., Wu, S. Hwu, P. (2003) *Supporting children on the autism spectrum in peer play at home and school: Piloting the Integrated Play Groups model in Taiwan*. Autism: The International Journal of Research and Practice.

Wong V, Lee PW, Lieh-Mak F, Yeung CY, Leung PW, Luk SL. (1992). *Language screening in preschool Chinese children*. Ear J Disorder Communication.

## **VI. ANEXOS**



## Caracterização do apoio à criança com Perturbação de Espectro do Autismo

### 1ª Parte - Caracterização Socioprofissional

#### 1. Género:

Masculino

Feminino

#### 2. Idade (em anos):

menos de 30

30 a 40

41 a 50

51 a 60

mais de 60

#### 3. Qual a sua profissão?

Terapeuta da Fala

Terapeuta Ocupacional

Psicólogo

Professor

Educador

Professor de Ensino Especial

Educador de Ensino Especial

Psicopedagogo

Psicomotricista

Outros

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

---

**4. Qual a sua experiência profissional?**

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

**5. Qual a sua experiência profissional na intervenção com crianças com perturbações de espectro do autismo?**

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

**6. Qual o contexto profissional de intervenção com crianças com perturbações de espectro do autismo?**

- Escola
- Jardim-de-infância
- Gabinete psicopedagógico
- Clínica médica
- Hospital
- IPSS
- Outros

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

**7. Qual o grau académico mais elevado que concluiu? Selecione apenas uma opção.**

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento

Outro

Se escolheu a opção **outro** indique qual?

---

---

## **2ª Parte – Avaliação**

**Nota:** Consideramos a avaliação como momento(s) desde o acolhimento/anamnese, observação em contexto, assim como momentos mais estruturados de avaliação.

### **9. Quais os elementos que, habitualmente, participam/participavam na avaliação das crianças com perturbações de espectro do autismo?**

Terapeuta da Fala

Terapeuta Ocupacional

Psicólogo

Professor

Educador

Professor de Ensino Especial

Educador de Ensino Especial

Psicopedagogo

Psicomotricista

Família

Outros

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

### **10. Que momento(s) fizeram parte do processo de avaliação?**

Acolhimento/Anamnese

Observação em contexto natural da criança

Avaliação baseada no jogo

Avaliação baseada em instrumentos formais

Entrevista aos pais

Outros

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

### 11. Quais os instrumentos usados na avaliação?

**ADIR** (Entrevista no diagnóstico de autismo- revista; Autor: M. Rutter, A. Le Couteur y C. Lord)

**ADOS** (Escala de observação no diagnóstico de autismo; Autores: C.Lord, M.Rutter, P.C. Dilavore y S. Risi)

**REYNELL** (Escala de Linguagem Expressiva e Compreensão Verbal; Autor: Joan K. Reynell)

**TALC** (Teste de Avaliação da Linguagem na Criança; Autores: Eileen Sua-Kay e Maria Dulce Tavares)

**BATTELLE** (Inventário de desenvolvimento Battelle; Autores: J. Newborg, J. R. Stock y L. Wnek)

**GRIFFITHS** (Escala de desenvolvimento Mental; Autores: D. Luiz, A. Barnard, N. Knosen, N. Kotras, S. Horrocks, P. McAlinden, D. Challis & R. O'Connell.

**CARS** (Escala de classificação de autismo na infância; Autores: Schopler,E; Reichler, RJ; Renner, BR)

**AQ** (Quociente do Espectro do Autismo; Autor: Simon Baron-Cohen)

**VINELAND** (Escala de comportamento adaptativo; Autores: Sara S. Sparrow, David A. Balla e Domenic V. Cicchetti)

**CHAT** (Checklist for Autism in Toddlers; Autores: Simon Baron-Cohen, Sally Wheelwright)

**M-CHAT** (Modified Checklist for Autism in Toddlers; Autores: Diana Robins, Deborah Fein, Marianne Barton)

**Outros**

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

### 12. Considera que a avaliação foi/é?

**Multidisciplinar** (O processo desenvolve-se com diversos profissionais, todavia cada um intervém individualmente, sem ocorrer troca de informação entre eles)

**Interdisciplinar** (Cada profissional avalia a criança e transmite a informação aos restantes elementos da equipa e família, formulando um resultado comum, com objetivos gerais para toda a equipa e objetivos específicos individuais, de forma a que cada técnico tenha o seu plano de intervenção)

**Transdisciplinar** (O processo decorre com vários profissionais, existindo trocas de informação, mas apenas a um será delegado, o qual é atribuído um papel ativo)

### **3ª Parte - Intervenção**

#### **13. Quais os elementos que habitualmente participam/participavam na intervenção?**

Terapeuta da Fala

Terapeuta Ocupacional

Psicólogo

Professor

Educador

Professor de Ensino Especial

Educador de Ensino Especial

Psicopedagogo

Psicomotricista

Família

Outros

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

---

---

**14. Quais os programas de intervenção que conhece?**

**SCERTS** (Social communication emotion regulation and transaccional support; Autores:

Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent e Rydell)

**TEACCH** (Treatment and Education of Autistic and related Communication  
handicapped Children; Autor: Eric Shopler)

**PECS** (Picture Exchange Communication System; Autores: Andy Bondy  
e Lori Frost)

**ABA** (Applied Behavior Analysis; Autor: Burrhus Frederic Skinner)

**Dir- FLOOR-TIME** (Developmental Individual-difference Relationship-based model;  
Autor: Stanley Greenspan)

**Integrated Play Groups “PEER PLAY”** (Autor: Pamela Wolfberg)

**SON RISE** (Son-Rise Program; Autores: Barry e Kaufman)

**MAKATON** (Programa de desenvolvimento de linguagem;  
Autor: Margareth Walker)

**HANEN PROGRAM** (Autor: Pepper e Weitzman)

**Relation Development Intervention** (Autor: Gutstein)

**Early Start Denver Model “ESDM”** (Autores: Rogers e Dawson)

**Responsive Education and Prelinguist Milieu Teaching “RPMT”** (Autor: Yoder e  
Warren)

**LEAP** (Learning Experiences and Alternate Program for Preschoolers and their Parents;  
Autor: Phillip Strain)

**Outros**

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

---

---

---

**15. Quais os programas de intervenção que usa/usou?**

**SCERTS** (Social communication emotion regulation and transaccional support; Autores:

Prizant, Wetherby, Rubin, Laurent e Rydell)

**TEACCH** (Treatment and Education of Autistic and related Communication

handicapped Children; Autor: Eric Shopler)

**PECS** (Picture Exchange Communication System; Autores: Andy Bondy

e Lori Frost)

**ABA** (Applied Behavior Analysis; Autor: Burrhus Frederic Skinner)

**Dir- FLOOR-TIME** (Developmental Individual-difference Relationship-based model;

Autor: Stanley Greenspan)

**Integrated Play Groups “PEER PLAY”** (Autor: Pamela Wolfberg)

**SON RISE** (Son-Rise Program; Autores: Barry e Kaufman)

**MAKATON** (Programa de desenvolvimento de linguagem;

Autor: Margareth Walker)

**HANEN PROGRAM** (Autor: Pepper e Weitzman)

**Relation Development Intervention** (Autor: Gutstein)

**Early Start Denver Model “ESDM”** (Autores: Rogers e Dawson)

**Responsive Education and Prelinguist Milieu Teaching “RPMT”** (Autor: Yoder e

Warren)

**LEAP** (Learning Experiences and Alternate Program for Preschoolers and their Parents;

Autor: Phillip Strain)

**Outros**

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

---

---

**16. Considera que a intervenção foi/é?**

**Multidisciplinar** (O processo desenvolve-se com diversos profissionais, todavia cada um intervém individualmente, sem ocorrer troca de informação entre eles)

**Interdisciplinar** (Cada profissional avalia a criança e transmite a informação aos restantes elementos da equipa e família, formulando um resultado comum, com objetivos gerais para toda a equipa e objetivos específicos individuais, de forma a que cada técnico tenha o seu plano de intervenção)

**Transdisciplinar** (O processo decorre com vários profissionais, existindo trocas de informação, mas apenas a um será delegado, o qual é atribuído um papel ativo)

**17. Na sua experiência, as crianças que acompanha/acompanhou utilizam/utilizavam comunicação aumentativa e alternativa?**

Nunca  Raramente  Algumas vezes  Frequentemente  Quase sempre

**18. Que tipo de sistemas de comunicação aumentativa e alternativa utilizam/utilizavam?**

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Observações
Objetos						
Fotografias						
Signos gráficos SPC						
Signos gráficos ≠ SPC						
Signos gestuais						
Palavra escrita						
Outros						

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

**19. Em que contexto é/foi utilizada a comunicação aumentativa e alternativa?**

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Observações
Sala de aula						
Recreio						
Bar						
Casa						
Terapias						
Em todos os contextos de vida da criança						
Outros						

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

**20. Qual o principal intuito na utilização de comunicação aumentativa e alternativa?**

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Observações
Antecipar rotinas?						
Participar nas rotinas?						
Pedir objetos?						
Recusar atividades?						
Fazer comentários?						
Pedir ajuda?						
Interagir com pessoas?						
Outros						

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

**21. Assinale a categoria de apoio que as crianças usufruem/usufruíam**

**Nota:** Mesmo que tenha sido só um caso, que na sua experiência tenha usado um destes tipos de apoio, deve sinalizá-lo.

- Terapias (terapia da fala, terapia ocupacional, musicoterapia)
- Habilidades de treino baseado nos princípios da análise do comportamento aplicado (ABA, treino por tentativas discretas)
- Medicação (haldol, risperdal, zoloft)
- Fisiológico (treino de integração auditiva e integração sensorial)
- Suplementos vitamínicos (vitamina B6 e C)
- Dietas alternativas (sem caseína, sem glúten)
- Medicina alternativa
- Hipoterapia ou Equitação Terapêutica
- Terapia assistida por cães
- Outros

Se escolheu a opção **outros** indique quais?

---

---

**4ª Parte – Formação**

**22. Na sua formação académica de base, teve formação específica sobre perturbações de espectro do autismo?**

Sim  Não

Se sim, diga quais

---

---

---

---

---

Obrigada pela sua colaboração!