

Maria Miguel Jaqueta de Matos Ferreira

**A Integração dos Pais na Intervenção de Crianças com Autismo**

**Universidade Fernando Pessoa**

**3º Ano**

Porto, 4 de Fevereiro de 2011



Maria Miguel Jaqueta de Matos Ferreira

**A Integração dos Pais na Intervenção de Crianças com Autismo**

**Universidade Fernando Pessoa**

**3º Ano**

Porto, 4 de Fevereiro de 2011

## **A Integração dos Pais na Intervenção de Crianças com Autismo**

---

**(Maria Jaqueta Ferreira)**

“Projecto de graduação apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa como parte dos  
requisitos para a obtenção do grau de  
Licenciatura em Terapêutica da Fala”

À minha mãe, a quem devo tudo o que tenho e o que sou!!

## **RESUMO**

Ao longo dos últimos anos a perturbação do espectro do autismo (PEA) tem vindo a ser uma patologia sobre a qual se têm efectuado bastantes estudos tanto no que respeita à necessidade de se realizar um diagnóstico precoce da mesma, como no sentido de permitir a crianças portadoras da patologia um acompanhamento em unidades especializadas o mais precocemente possível.

Como se sabe, a linguagem de crianças com PEA é uma das áreas que se vê bastante acometida pelo que o apoio em Terapia da Fala é, na maioria das vezes, fulcral para o desenvolvimento destas crianças. As dificuldades apresentadas por elas são sentidas essencialmente pelos seus pais ou cuidadores, que são elementos fundamentais na intervenção dos seus filhos.

Pelo que foi exposto até aqui, este trabalho tem por objectivo a realização de uma análise acerca da forma como os pais de crianças com PEA são envolvidos na aplicação dos diferentes modelos de intervenção existentes para esta patologia.

## **ABSTRACT**

Over recent years the autism spectrum disorder (ASD) has been a condition upon which studies have been done, both with regard to the need for early diagnosis and to allow the children with this disease to be monitored in specialized units as early as possible.

As we know, the language of children with ASD is one of the areas that is much affected, therefore Speech Therapy is, in most cases, crucial for the development of these children. The difficulties presented by them are felt primarily by their parents or caregivers who are key elements to the assistance of their children.

Considering what has been said so far, this work aims to conduct an analysis on how parents of children with ASD are involved in the application of the various existing models of intervention for this disease.

## ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	1
1. Tema	1
1.1 Justificação do tema	1
1.2 Objectivos do estudo	2
1.3 Hipóteses	2
1.4 Recolha de dados	3
II – DESENVOLVIMENTO	3
Capítulo 1 – A Perturbação do Espectro do Autismo	3
1.1 Definição e critérios de diagnóstico	3
1.2 Prevalência	5
1.3 Etiologia	5
1.4 Características da comunicação em crianças com PEA	6
Capítulo 2 – A Intervenção Precoce (IP) na PEA	10
2.1 A importância da IP na PEA	10
Capítulo 3 – A Importância da Família na Criança com PEA	12
Capítulo 4 – Modelos de Intervenção na PEA	14
4.1 Picture Exchange Communication System (PECS)	15
4.2 Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH)	18
4.3 Social Communication, Emotion Regulation, Transactional Support (SCERTS)	21
4.4 Developmental, Individual Difference, Relationship-based (DIR)/Floor-Time	22
4.5 Makaton	23
4.6 Outros	24
Capítulo 5 – Fase Metodológica	25
5.1 – Objectivos	25
5.2 - Amostra	25
5.3 – Instrumento de Colheita de Dados	26
5.4 Resultados	27
5.4.1 Discussão dos Resultados	32
III – CONCLUSÃO	38
IV – Bibliografia	40
ANEXOS – Respostas ao questionário	46

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Caderno de Símbolos PECS	17
Figura 2 – Horários Individuais com base no TEACCH	20

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

- Gráfico 1 - Respostas à pergunta número 1 do questionário (“Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?”) 27
- Gráfico 2 – Resultados da pergunta 2 do questionário (“Quais os modelo que conhece?”) 28
- Gráfico 3 – Distribuição dos modelos implementados (questão número 3 do questionário) 28

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Critérios de Diagnóstico da PEA de acordo com o DSM-IV	5
Tabela 2 – Princípios centrados na família	12
Tabela 3 – Implementação de modelos por cada terapeuta (questão número 3 do questionário)	29
Tabela 4 – Resultados da pergunta 4 do questionário	30

## I – INTRODUÇÃO

### 1.1 Justificação do tema

Nos últimos anos têm-se vindo a verificar uma crescente preocupação com a família de crianças, que por diversas razões apresentam dificuldades no seu desenvolvimento e, como tal, necessitam de apoios especializados para que possam evoluir da melhor forma possível.

Se até algum tempo atrás o foco de atenção dos programas de intervenção se cingia apenas às crianças, hoje este facto mudou pois, percebeu-se que também as suas famílias necessitavam de apoio não só para conseguirem perceber qual o problema existente com os seus filhos mas também porque são elas quem passa mais tempo com estas crianças e, como tal, necessitam de orientações para perceber qual o melhor modo de lidar com elas.

A escolha deste tema prende-se com o facto de a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) ser uma patologia que além de despertar o meu interesse representa uma das áreas em que o Terapeuta da Fala deveria estar sempre inserido devido aos problemas de linguagem apresentados quase sempre por estas crianças. Por outro lado, a curta experiência adquirida até agora permitiu-me perceber a importância de ver a criança no seu todo, ou seja, verificar não só as suas próprias necessidades mas também as das pessoas que com ela convivem e de quem ela necessita para que o seu desenvolvimento se possa tornar eficaz.

A estrutura deste trabalho irá contemplar uma parte de revisão bibliográfica acerca da PEA (critérios de diagnóstico, principais características,...), a importância da intervenção precoce e, conseqüentemente a importância da família nesta situação (sobretudo no caso da patologia retratada), uma breve visão relativamente aos modelos de intervenção na PEA e, por fim, os resultados obtidos através da recolha de respostas de um questionário destinado a Terapeutas da Fala que intervêm com crianças com PEA e, por fim, a conclusão daqui retirada.

## 1.2 Objectivos do Estudo

Actualmente existe um grande número de programas de intervenção específicos para crianças com PEA, sendo que cada um tem por base diferentes princípios logo, também a forma como são postos em prática será diferente. Posto isto, os objectivos deste estudo são perceber se as famílias são inseridas nos diferentes modelos de intervenção e de que forma é que isto se processa.

## 1.3 Hipóteses

De acordo com Almeida e Freire (1997), hipótese é a explicação ou solução mais adequada a um problema. Segundo McGuigan (1976, *cit in* Almeida e Freire, 1997) a hipótese formulada é definida como uma proposição testável que pode vir a ser a solução do problema. A formulação das hipóteses deve obedecer a quatro princípios: (1) Devem ser testáveis, ou seja, a sua operacionalização deve ser desde logo conseguida; (2) Devem enquadrar-se nas hipóteses existentes na mesma área, serem justificáveis e, ao mesmo tempo, serem relevantes para o problema em estudo; (3) A sua formulação deve obedecer a princípios de clareza lógica; (4) Devem ser passíveis de quantificação e reunirem alguma generalidade explicativa.

Posto isto, serão de seguidas apresentadas as hipóteses para este estudo:

- 1.Os contextos de intervenção dos terapeutas nem sempre lhes permite integrar os pais;
- 2.Há modelos que não têm aplicação em contexto extra terapia, por exemplo, em casa;
- 3.Ainda existe pouco interesse pelos profissionais em envolver os pais na intervenção de crianças com PEA;

Não se pretende tomar partido de nenhum modelo em particular pois, a escolha do mesmo deve ser feita de acordo com as necessidades de cada criança mas pretende-se perceber se há algum que seja efectivamente mais fácil de aplicar em contexto fora da terapia e quais os entraves sentidos pelos Terapeutas da Fala em inserir a família na aplicação do modelo.

## **1.4 Recolha de Dados**

Um trabalho de investigação obedece a três fases: conceptual, metodológica e empírica. A primeira consiste sobretudo, na recolha de material pertinente para a execução da investigação e na formulação de objectivos e questões às quais se pretende responder. Na fase metodológica é seleccionada a população-alvo (estabelecendo critérios de inclusão e exclusão) do estudo que se pretende efectuar. Na fase empírica é feita a análise dos dados obtidos (Fortin, 1999).

Apesar de já existir na literatura referência a cada modelo de intervenção e à forma como a família pode ser inserida neste processo, neste trabalho pretende-se avaliar qual a opinião de diferentes Terapeutas da Fala relativamente ao tema que se pretende abordar. Deste modo, foi elaborado um questionário e enviou-se o mesmo via e-mail para vários terapeutas a trabalhar actualmente com PEA.

## **II – DESENVOLVIMENTO**

### **Capítulo 1 – A Perturbação do Espectro do Autismo**

#### **1.1 Definição e Critérios de Diagnóstico**

Em 1943 Leo Kanner descreveu um grupo de onze crianças que apresentava uma série de características atípicas no desenvolvimento normal sobretudo, a nível da interacção social e na linguagem (Accardo & Shapiro, 2008). Cerca de um ano depois, Hans Asperger descreve crianças com sintomas semelhantes aos apresentados por Kanner (Guapo & Vidigal, 2003). Desde aí, vários estudos foram feitos até se chegar à definição actual de Perturbação do Espectro de Autismo, patologia inserida no grupo das Perturbações de Desenvolvimento.

De acordo com o DSM-IV, a PEA é caracterizada por um desenvolvimento deficitário a nível da interacção e comunicação social, bem como um leque restrito de interesses e actividades.

Importa salientar que a PEA apresenta traços que se assemelham a outras patologias, como é o caso da Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger ou Perturbação Global do Desenvolvimento (sem outra especificação). Assim, torna-se de suma importância a atribuição de um diagnóstico assertivo (Siegel, 2008).

De seguida, serão apresentados os critérios de diagnóstico da PEA, segundo o DSM-IV.

Défice qualitativo na interacção social.	Défice no uso de comportamentos não verbais (exemplo, contacto ocular e gestos); Incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequados ao nível de desenvolvimento; Ausência de tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objectivos; Falta de reciprocidade social ou emocional.
Défices qualitativos na comunicação.	Atraso ou ausência de desenvolvimento da fala (sem recurso a outras formas de comunicação não verbal); Nos sujeitos com um discurso adequado, uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação; Uso repetitivo ou estereotipado da linguagem ou linguagem idiossincrática; Ausência de jogo realista espontâneo, ou jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento.
Padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados.	Preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no seu objectivo; Adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais; Maneirismos motores estereotipados e repetitivos; Preocupação persistente com partes de objectos.

Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos umas das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interacção social; (2) linguagem usada na comunicação social; (3) jogo simbólico ou imitativo.
A perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.

Tabela 1 – Critérios de Diagnóstico da PEA de acordo com o DSM-IV.

Para a atribuição do diagnóstico de PEA não é necessário que a criança apresente todas as características supracitadas, isto é, apenas tem que apresentar pelo menos dois aspectos do ponto “1.”, um de “2” e “3”.

## 1.2 Prevalência

De acordo com os dados epidemiológicos do DSM-IV a prevalência da patologia em estudo é de cinco em dez mil.

Segundo Valdez (2005), a taxa de frequência da PEA é mais acentuada em crianças do sexo masculino do que feminino. O mesmo autor afirma ainda que a prevalência da mesma é cinquenta vezes maior em irmãos de crianças já portadoras de PEA do que na população em geral.

## 1.3 Etiologia

Desde que se começou a estudar a PEA que um dos factores que mais despertava o interesse de investigadores se prendia com a causa da presença desta patologia. Muitas investigações foram feitas ao longo dos anos, várias hipóteses foram colocadas e postas de parte atendendo à medida que se ia verificando que por si só cada uma não justificava a presença desta patologia.

Apesar de actualmente ainda não existir uma teoria explicativa que explique efectivamente a presença desta patologia, considera-se que a PEA é resultante de uma

disfunção neurológica com uma predisposição genética associada (Barrionuevo & Vives, 2002; Hendren et al, 2003; Ortiz, 2004).

#### **1.4 Características da comunicação em crianças com PEA**

Crianças portadoras de PEA apresentam diversos sintomas que levam à preocupação dos seus cuidadores e à conseqüente procura de apoios especializados. Frequentemente se verifica em crianças com PEA a presença de movimentos corporais estereotipados e atípicos.

Apesar de efectivamente haver um grande número de características particulares da patologia que tem vindo a ser descrita, serão de seguida apresentados os aspectos específicos da comunicação sobretudo, os que permitem a detecção precoce pois, além de este estudo ter por objectivo conhecer a forma de actuação dos Terapeutas da Fala junto das famílias de crianças com PEA, é também descrito na literatura o facto de ser a ausência do desenvolvimento da fala ou uma comunicação diferente da que ocorre no desenvolvimento normal, o principal motivo que leva a que os pais procurem apoio de especialistas (Ayuda & Martos, 2004; Accardo & Saphiro, 2008; Siegel, 2008; Prizant & Wetherby, 2000).

Segundo estudos efectuados por Chawarska et al (2006), cerca de 30% dos pais nota que algo está alterado no desenvolvimento do seu filho antes dos doze meses de idade e cerca de 80% notam alterações apenas depois dos dois anos.

Entre os primeiros sinais de alerta para algumas mães está o facto de estes bebés, a quem mais tarde foi atribuído o diagnóstico de PEA, apresentarem desde cedo falta de envolvimento com a mãe durante a amamentação ou actividades diárias como o dar banho. Esta falta de envolvimento resulta sobretudo, na incapacidade em estabelecer contacto ocular (situação que se mantém deficitária ao longo do desenvolvimento da criança e que começa a ser alvo de preocupação por volta dos dois anos) (Acquarone, 2007; Chawarska, 2007; Marteleto et al, 2008; Menezes & Perissinoto, 2008; Siegel, 2008). Por outro lado, é com referência referido pelas mães que estas crianças

apresentam sempre uma espécie de ausência de expressividade, que definem como “passividade”, logo por volta dos oito/nove meses de idade. Do mesmo modo, as crianças com PEA revelam dificuldades na antecipação do contacto, isto é, se habitualmente vemos bebés a estender os braços para os seus pais quando sentem que estes lhes vão pegar, a criança com PEA manifesta dificuldade em revelar este comportamento. A presença do sorriso, comum no desenvolvimento normal dos bebés, ocorre com menos frequência ou encontra-se ausente em crianças com a patologia em estudo (Acquarone, 2007; Ayuda & Martos, 2004).

Quando os pais relatam o desenvolvimento do seu filho referem com frequência uma preocupação relativa ao que consideram ser provocado por uma perda auditiva. Este facto traduz-se na incapacidade apresentada pela criança em dirigir o seu olhar ou mostrar reconhecimento quando alguém chama pelo seu nome. Contudo, apesar disto ser efectivamente uma característica da PEA esta dificuldade não tem por base um défice auditivo (Benítez-Burraco, 2008; Goldberg & Landa, 2005; Marteleto & Pedromônico, 2005; Miilher & Fernandes, 2009).

Antes de a criança começar a falar vai desenvolvendo outras formas para se conseguir exprimir de forma eficaz sobretudo, antes de começar a andar pois, também ainda não tem capacidade para ir buscar um objecto que pretenda. Assim, surge aproximadamente por volta dos nove meses o apontar como meio privilegiado da comunicação das crianças (Andrade, 2008; Peixoto, 2007). Na PEA esta capacidade encontra-se ausente ou diminuída. De modo a suprimir esta dificuldade e, depois de começarem a caminhar, elas optam por pegar na mão do adulto e dirigi-lo até ao objecto que pretendem. Apesar de assim também conseguirem atingir o seu objectivo, esta não é a forma que crianças com desenvolvimento normal costumam utilizar (Alon et al, 2010; Carpenter et al, 2002; Crais et al, 2007; Moro & Souza, 2010).

Aproximadamente entre os nove e os doze meses os bebés começam a ter capacidade para imitar uma acção executada primeiramente pelo adulto (por exemplo, uma careta). No entanto, esta capacidade em crianças com PEA encontra-se afectada. Com frequência, os pais fazem estas brincadeiras com os filhos numa tentativa de interacção

com os mesmos e deparam-se com uma manifesta dificuldade da criança em responder à mesma (Barber et al, 2008; Dawson, 2006).

No desenvolvimento normal a atenção conjunta surge, aproximadamente, no final do primeiro ano de vida. Este é um processo no qual a criança partilha o mesmo foco de atenção, por exemplo, um brinquedo, com outro parceiro comunicativo. A criança com PEA pode manifestar igual interesse pelos brinquedos que uma criança com normal desenvolvimento. No entanto, não sente necessidade de partilhar o mesmo com um parceiro comunicativo ou de mostrar o que é capaz de fazer com ele. Estas crianças sentem-se satisfeitas apenas por satisfazer os seus interesses. (Adamson et al, 2010; Araújo et al, 2009; Dawson, 2006; Fernandes & Miilher, 2009; Menezes & Perissinoto, 2008; Prizant & Wetherby, 2001).

O défice na utilização da atenção conjunta é um dos principais sinais a ser notados nas crianças com PEA e o que mais frequentemente é relatado pelos pais e profissionais que trabalham com elas. Este facto acaba por também se repercutir a nível do turn-taking. Isto é, visto que as crianças mostram dificuldades de interacção com parceiros comunicativos, não revelando interesse na partilha de acções, acabam por não perceber a necessidade do dar e tomar a vez durante uma actividade (Adamson et al, 2010; Carpenter et al, 2002; Dawson, 2006).

Habitualmente as crianças com desenvolvimento normal apresentam grande interesse em chamar a atenção do outro seja a apontar para algo, a falar ou mostrar um objecto sobretudo, para poderem partilhar uma acção com um parceiro comunicativo. No caso das crianças com PEA os comportamentos manifestados são essencialmente de carácter instrumental, ou seja, as atitudes apresentadas pela criança são apenas para atingir aquilo que pretende e que sozinho não é capaz de obter e não como forma de interacção (Dawson, 2006; Charman & Stone, 2006; Konstantareas & Stanley, 2007; Siegel, 2008).

Com frequência é referido pelos pais de crianças com PEA que estas apresentam uma forma de brincar diferente da apresentada, por exemplo, pelos seus irmãos na mesma idade. Normalmente a criança com PEA centra-se apenas em partes do brinquedo, isto

é, se for, por exemplo, um brinquedo em que haja um fio para puxar para o fazer andar, a criança fixa-se, no movimento de o puxar mas não por o que isso vai provocar. Por outro lado, o interesse por um brinquedo tende a ser reduzido, ou seja, a criança observa o mesmo e pouco depois acaba por o largar (Dawson et al, 2006; Konstantareas & Stanley, 2007; Siegel, 2008).

Crianças com desenvolvimento normal costumam a partir dos dezoito meses apresentar o chamado “jogo simbólico”. Este caracteriza-se pela capacidade da criança globalizar determinados brinquedos e perceber que os mesmos representam objectos reais do seu uso diário. Do mesmo modo, quando as crianças adquirem esta capacidade são capazes de imitar situações como, embalar ou dar de comer a um boneco pois, percebem a semelhança daquilo que também os seus pais lhes fazem. No caso das crianças com PEA esta capacidade encontra-se bastante afectada (Carpenter et al, 2002; Delfate et al, 2009). Segundo Dawson et al (2006), o jogo simbólico tem um papel fundamental para o normal desenvolvimento da linguagem e da comunicação.

Por volta dos três anos de idade crianças com PEA começam a manifestar alguns comportamentos característicos como maneirismo de mãos e dedos, movimentos giratórios, saltos e outros movimentos rítmicos do corpo que revelam alguns défices a nível pragmático pois, a criança mostra uma atitude desadequada ao contexto em que se apresenta. No entanto, esta situação torna-se bastante mais comum depois dos três anos (Barber et al, 2008; Siegel, 2008).

Apesar de efectivamente haver muitas crianças com PEA que não chegam a desenvolver a fala, é importante referir que esta situação não se verifica num grande grupo de portadores desta patologia (Ayuda & Martos, 2004; Mora & Souza, 2010).

Quando as crianças com PEA desenvolvem a fala esta apresenta-se com características atípicas. Por exemplo, é comum encontrar nestas crianças a chamada ecolalia que, tal como o nome indica, resulta na repetição de palavras ou frases que a criança acabou de ouvir (Araújo et al, 2009; Ayuda & Martos, 2002; Charman & Stone, 2006; Delfrate et al, 2009). Segundo Siegel (2008), esta situação instala-se na criança devido à dificuldade de compreensão que apresenta sendo que, a ecolalia actua como uma

tentativa de interiorizar melhor a informação que foi transmitida. A ecolalia pode ser imediata como o que foi supramencionado ou retardada. Esta última é perceptível quando uma criança com PEA ouve alguma expressão ou palavra que de certo modo se mostrou aliciante para si e mais tarde, numa situação que pode não estar minimamente relacionada a criança reproduz a mesma (Siegel, 2008).

## **Capítulo 2 – A Intervenção Precoce (IP) na PEA**

### **2.1 A Importância da IP na PEA**

Até ao momento, foi feita uma descrição mais aprofundada das alterações existentes em crianças com PEA que podem ser identificadas numa fase precoce do desenvolvimento das mesmas. Isto deve-se ao facto de se querer demonstrar o quão importante é a atribuição precoce de um diagnóstico para que também desde cedo estas crianças possam ser acompanhadas em unidades especializadas. Uma vez que este trabalho está a ser realizado no âmbito de uma licenciatura em Terapêutica da Fala, facilmente se percebe o porquê de se dar maior ênfase aos aspectos da comunicação que se vêem alterados na PEA pois, esta é a área na qual o TF tem um papel fulcral no desenvolvimento destas crianças.

Segundo Dunst & Bruder (2002) *cit in* Pimentel (2004: 1), a IP é definida como

“conjunto de serviços, apoios e recursos que são necessários para responder, quer às necessidades específicas de cada criança, quer às necessidades das suas famílias no que respeita à promoção do desenvolvimento da criança”.

Em Portugal as unidades de IP destinam-se a crianças com deficiência ou risco de atraso grande de desenvolvimento, de idades compreendidas entre os zero e os seis anos. Contudo, é dada particular importância a este apoio a crianças até aos três anos pretendendo-se assim, eliminar ou diminuir tanto quanto possível os atrasos destas crianças dentro de um período óptimo para a aquisição de determinadas competências (Crais et al, 2003).

Actualmente sabe-se que o desenvolvimento da linguagem é um factor determinante do desenvolvimento global da criança, da sua capacidade cognitiva e, conseqüentemente do seu sucesso académico (Nelson, 2006 *cit in* Peixoto, 2007: 114). Assim, estudos levados a cabo por McLean e Cripe demonstraram a eficácia da IP em crianças com graves alterações da comunicação sobretudo, quando é iniciada na fase pré-linguística (Peixoto, 2007).

Pelo que foi supramencionado e, atendendo a que uma área bastante afectada na PEA é a comunicação, torna-se evidente a importância de intervir desde cedo com estas crianças na tentativa de minimizar as dificuldades por elas apresentadas bem como, de permitir que consigam chegar à oralidade (Acquarone, 2007).

Um dos factores que limita a possibilidade da IP em crianças com PEA é o facto de actualmente ainda se verificar algum atraso no diagnóstico desta patologia, isto é, apesar de efectivamente haver estudos que comprovam que esta patologia se manifesta muito antes dos três anos de idade, a verdade é que só a partir desta idade se costuma atribuir tal diagnóstico (Siegel, 2008).

Apesar do que foi referido anteriormente, está claro que a intervenção em crianças com PEA assenta em alguns princípios básicos (Accardo & Saphiro, 2008; Acquarone, 2007; Charman & Stone, 2006; Peixoto, 2007; Siegel, 2008):

- ❖ Direcção do olhar;
- ❖ Turn-taking;
- ❖ Atenção conjunta;
- ❖ Intenção comunicativa.

Todas as competências mencionadas anteriormente são desenvolvidas numa fase precoce do desenvolvimento dito normal. Deste modo, quanto mais cedo forem estimuladas em crianças com atraso, mais rápida e eficaz será a evolução espectável (Adamson, 2008; Andrade, 2008; Ayuda, 2004).

### Capítulo 3 – A Importância da Família na Intervenção da Criança com PEA

Ao longo dos últimos anos tem-se vindo a verificar uma preocupação e desenvolvimento do conceito de IP por se acreditar no quão benéfico é para o prognóstico de crianças com atrasos a nível do desenvolvimento. Deste modo, se numa fase inicial a IP tinha como foco de exclusivamente a criança hoje isso não se verifica, estando também a família envolvida neste conceito, pelo que se torna impossível falar de IP sem referir a família das crianças com atraso de desenvolvimento (Correia & Serrano, 2000; Landa, 2007; Pimentel, 2004).

Por volta dos anos 60 a família tinha um papel mais passivo na educação das crianças, acreditando-se que os restantes educadores e profissionais de saúde é que seriam os responsáveis pelo desenvolvimento das crianças. No entanto, essa ideia foi posta de parte pois, percebeu-se que são sobretudo, os pais quem pode desempenhar um papel fundamental na evolução dos seus filhos necessitando desta maneira, de também serem orientados de forma a perceber de que forma devem e podem ajudar (Correia & Serrano, 2000). Um dado que veio corroborar o que foi mencionado anteriormente foi o modelo transaccional de Sameroff & Chandler o qual diz que

“a família é a componente essencial do ambiente em que a criança se desenvolve, a qual influencia e é influenciada pela criança num processo contínuo e dinâmico, resultando em aspectos diferenciados para a família e para a criança em cada momento da interacção que se estabelece” (Simeonsson & Bailey, 1990 *cit in* Correia & Serrano, 2000: 18).

Actualmente as práticas de intervenção centradas na família regem-se por alguns princípios básicos como se poderá verificar na Tabela 2.

- |   |   |
|---|---|
| ❖ | Encarar a família como a unidade de prestação de serviços;        |
| ❖ | Reconhecer os pontos fortes da criança e da família;              |
| ❖ | Dar respostas às prioridades identificadas pela família;          |
| ❖ | Individualizar a prestação de serviços;                           |
| ❖ | Dar respostas às prioridades, em constante mudança, das famílias; |
| ❖ | Apoiar os valores e o modo de vida de cada família.               |

Tabela 2 – Princípios centrados na família (Crais et al, 2003: 11).

A importância da família no processo de intervenção é também de suma importância quando se trata de crianças com PEA principalmente porque estas a receberem a confirmação do diagnóstico do seu filho se vêem envolvidas num turbilhão de emoções que variam entre a frustração, a culpa e a preocupação com o que se será o futuro destas crianças (Siegel, 2008).

Segundo Hendren et al (2003), há várias formas de começar a inserir as famílias no processo interventivo. Se por um lado, se considera que elas devem estar presentes desde as primeiras consultas da criança, a fim de ficarem a par de tudo o que é avaliado, por outro, acredita-se que a reunião com os pais deve ocorrer apenas depois dos vários técnicos que acompanham a criança se reunirem.

Antes de mais é importante compreender o choque que é para uma família descobrir que o seu filho tem PEA. Se numa fase inicial, os pais acabam por de alguma forma por se culpabilizar por o problema do filho torna-se fundamental dar a perceber a estas famílias que efectivamente a culpa não é delas mas que estas podem e vão ter um papel decisivo no posterior desenvolvimento desta criança (Acquarone, 2007; Carpenter et al, 2002; Chawarska et al, 2007).

De acordo com Lord & McGee (2002), é crucial envolver os pais no processo de intervenção inicialmente explicando quais as características que são típicas da PEA e posteriormente, qual a forma como os pais, irmãos ou outros cuidadores próximos deverão actuar. Os mesmos autores defendem a importância de explicar os pais quais são os objectivos primordiais do plano interventivo do seu filho mas sem descuidar de quais os objectivos que a própria família pretende atingir. Importa também que a equipa responsável criança com PEA deixe claro ao pais que as necessidades da mesma irão ser mutáveis ao longo do tempo, isto é, se numa fase inicial da terapia a família deverá estar alerta para actuar de forma a, por exemplo, promover o máximo possível momentos de atenção conjunta posteriormente, as necessidades desta criança incidirão numa forma de promover as suas aprendizagens a nível académico.

Segundo os autores supracitados, a diminuição da preocupação e stress dos pais de crianças com PEA tem a ver não só com as características da própria família que

naturalmente terá uma forma particular de lidar com a situação mas também com a forma como os técnicos da equipa responsável pelo seu filho interagem com elas.

#### **Capítulo 4 – Modelos de Intervenção na PEA**

Nos últimos anos tem-se vindo a presenciar a necessidade e preocupação de criar novos métodos de intervenção para crianças com PEA. Devido às características muito particulares desta patologia, o desenvolvimento dos mesmos, parte de alguns princípios chave, como é o caso de promoção da iniciativa comunicativa (como é o caso do PECS que irá ser descrito posteriormente), enquanto outros se preocupam sobretudo, em promover a oralidade destas crianças (por exemplo, o modelo ABA).

Apesar do grande número de modelos existente não se pode considerar que exista um melhor do que outro, ou seja, a escolha do modelo a utilizar deve ter como único foco de preocupação as necessidades da criança naquele momento, não significando isto que posteriormente, o modelo não se possa verificar pouco rentável para aquela criança em particular ou que mais tarde, devido ao desenvolvimento que se vai verificando, o terapeuta não considere que seja melhor adoptar um outro. Na escolha do modelo o terapeuta deve considerar vários aspectos, tais como, nível cognitivo, destreza manual, intencionalidade comunicativa, capacidade de simbolização e acuidade visual (Brito et al, 2010).

A escolha de um modelo não é uma tarefa fácil atendendo a que cada criança com PEA apresenta comportamentos diferentes e, por isso, o que pode resultar com uma não significa resultar com outra. Isto leva a que por vezes o terapeuta acabe por modificar a sua estratégia interventiva pois, verifica que não está a conseguir obter os resultados espectáveis. Nessa altura a opinião da família é fundamental para que também ela possa dar a sua opinião face ao trabalho que está ser desenvolvido e que se pretende desenvolver com o seu filho (Manikam, 2009). De seguida, pretende-se fazer uma descrição acerca de cada modelo de intervenção existente para intervir na PEA.

Contudo, importa mencionar que irá ser dada a mesma ênfase tanto a modelos como a programas de intervenção uma vez que na literatura a distinção entre ambos nem sempre é clara (Aguilera et al, 2006).

#### **4.1 Picture Exchange Communication System (PECS)**

Desenvolvido por Bondy e Frost em 1985 Picture Exchange Communication System (PECS) foi desenvolvido para intervir em crianças com PEA e outras perturbações da comunicação. Considerado um sistema de comunicação aumentativo o PECS é utilizado sobretudo, para promover a iniciativa comunicativa, especialmente de crianças com graves problemas a nível da linguagem oral (Bondy & Frost; Ganz & Simpson, 2004).

O PECS tem como recurso básico a utilização de imagens que são próprias deste sistema, apesar de por vezes os terapeutas utilizarem outros tipos de imagens. Assim, o cerne do PECS está na comunicação através da troca, isto é, a criança aprende a utilizar a imagem como forma de solicitar o objecto que deseja e o qual está representado nessa mesma imagem (Aguilera et al, 2006; Brito et al, 2010).

Apesar de ser fácil de intervir com o PECS ele obedece a seis passos básicos. De seguida serão os mesmos serão apresentados de forma sucinta (Bondy & Frost; Carter & Preston, 2009; Wallin, 2004):

- 1) A criança aprende a utilizar uma única imagem para os objectos que quer;
- 2) Ainda utilizando apenas uma imagem a criança aprende a usá-la em diferentes contextos e com diferentes parceiros comunicativos;
- 3) A criança aprende a seleccionar entre duas ou mais imagens o objecto que pretende;
- 4) A criança aprende a usar frases simples utilizando uma imagem que tem representado um símbolo que representa “eu quero”, apresentando de seguida a outra imagem que contém o objecto desejado. Esta fase vai evoluindo até que a

criança consiga aumentar a complexidade da estrutura frásica passando a utilizar adjetivos, preposições e outros verbos;

- 5) A criança aprende a responder à pergunta “o que queres?”;
- 6) A criança começa a ser capaz de responder a perguntas que envolvam sentimentos, por exemplo, “o que ouves?”, “o que sentes?”, “o que vêes?”, utilizando o próprio verbo na sua resposta.

Todos estes passos têm um tempo próprio de aprendizagem que naturalmente dependerá da evolução de cada criança e, por vezes, pode nem ser possível chegar às etapas finais.

A partir da fase três, as imagens deixam de estar dispersas e passam a estar inseridas num caderno próprio criado individualmente para cada criança, no qual as imagens são coladas com velcro num caderno individual para que facilmente se consigam destacar as mesmas (Figura 1).

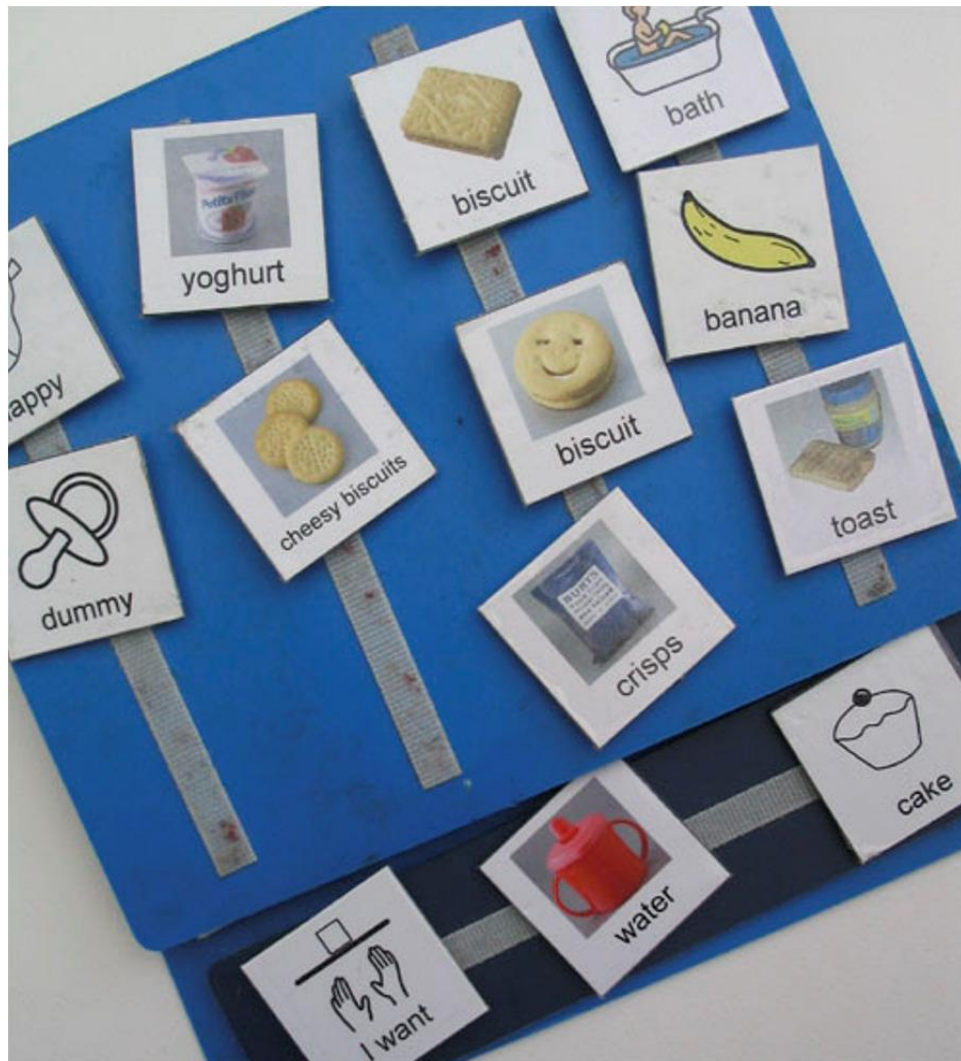


Figura 1 – Caderno de símbolos PECS.

As vantagens do PECS são o seu baixo custo e, portanto a sua acessibilidade à maioria das pessoas; ser um sistema que facilmente transportável o que possibilita que a criança possa levá-lo para qualquer lado e, assim utilizá-lo em diferentes contextos; ser constituído por símbolos pictográficos que se tornam facilmente perceptíveis a qualquer parceiro comunicativo e, sem dúvida promover a iniciativa comunicativa da criança (Almeida et al, 2005; Wallin, 2004).

Outra grande vantagem deste programa reside no facto de não ser necessário que os pais ou outros cuidadores tenham formação especializada para conseguirem utilizar o PECS,

isto significa que o mesmo pode ser utilizado facilmente com diferentes parceiros comunicativos e em diferentes contextos (Wallin, 2004).

#### **4.2 - Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH)**

O TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Perturbações da Comunicação) é um programa transdisciplinar que surgiu nos anos 60, na divisão de psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade da Carolina do Norte – EUA. Foi desenvolvido por Eric Shopler e Gary Mesibov que trabalhavam com autistas (Mesibov, 2007 *cit in* Atherino, et al, 2009). Este foi o primeiro programa estadual dos Estados Unidos, dedicado a melhorar tanto a compreensão da PEA quanto os serviços para crianças portadoras desta patologia e/ou outros distúrbios de comunicação e suas famílias (Williams & Wright, 2008).

Este programa de intervenção assenta em duas teorias, tais como, Behaviorista e Psicolinguística. Da teoria Behaviorista retiraram “a valorização das condutas, a utilização de programas passo a passo e o uso de reforçadores” e da teoria Psicolinguística foram retiradas não só as estratégias para compensar os deficits comunicativos como também a utilização de recursos visuais que proporcionam uma interação entre o pensamento e a linguagem (Kwee, 2006).

O TEACCH foi desenvolvido a pensar nas dificuldades com que as crianças com PEA se deparam no seu dia-a-dia. Desta forma, o programa mencionado inclui uma adaptação física dos móveis, áreas de actividades bem identificadas e trabalhos baseados em figuras e instruções claras, que sejam bastante perceptíveis a fim de reduzir os comportamentos disruptivos e potencializando as aprendizagens da criança (Cunha et al, 2009).

A organização do ambiente é a chave do sucesso deste modelo pois, as crianças com PEA não têm adquirido uma estrutura interna bem definida e, por isso, é necessário que

alguém lhes forneça essa construção. Deste modo, as razões da utilização do ensino estruturado passam pelo facto de ajudar a criança autista a compreender e aprender melhor, a acalmar-se, a atingir autonomia e a controlar o seu comportamento (Cumine & Leach, 1998).

Convém salientar que o TEACCH não foca especificamente as habilidades sociais e comunicativas como outras terapias e, por este motivo, deve ser usado em conjunto com elas a fim de as tornar mais eficazes (Vatavuk, 2005).

“Organizar o espaço físico, desenvolver horários e sistemas de trabalho, esclarecer, explicitar as expectativas e usar materiais visuais são formas eficazes de desenvolver aptidões e permitir que os autistas as usem sem ajuda dos adultos. É dada atenção especial ao ambiente social e de aprendizagem e à acção de proporcionar uma estrutura clara para todo o ensino, como por exemplo, minimizar distrações como ruídos e estímulos visuais” (Williams & Wright, 2008: 296).

O TEACCH, respeita e adequa-se às características de cada criança, centra-se nas áreas fortes encontradas na PEA, é adaptado à funcionalidade e necessidades de cada criança, envolve a família e todos aqueles que intervêm no processo de educação, aumenta as probabilidades de comunicação, permite diversidade de contextos e diminui dificuldades relativamente à linguagem receptiva (Pedrosa, 2006).

As razões para um ensino estruturado são as seguintes:

- ❖ Alteração das capacidades do input sensorial;
- ❖ Dificuldade em gerir imprevistos;
- ❖ Limitação na capacidade de abstracção e simbolismo
- ❖ Memória sequencial pobre;
- ❖ Rotinas, preocupações, estereotípias e rituais;
- ❖ Dificuldade na generalização.

O TEACCH assenta em quatro componentes principais para o ensino estruturado, nomeadamente, estruturação física, informação visual, plano de trabalho e pistas facilitadoras de desempenho (Farah & Goldenberg, 2001).

No que respeita à estruturação física, são criadas áreas específicas (por exemplo, área de trabalho e área de brincar) para que a criança tenha percepção de que em cada espaço é expectável que adopte determinado comportamento. Para isto é necessário que cada espaço esteja bem delimitado (Cunha et al, 2009).

A informação visual prende-se com a presença, por exemplo, de imagens que permitam à criança perceber qual o espaço em que encontra. Outro exemplo de uma pista visual é o caso dos horários (Figura 2). Estes tal como o nome sugere, não são mais do que uma planificação da rotina diária da criança para que possa ter consciência das tarefas a desempenhar ao longo do dia. Os horários podem ser constituídos por imagens (Vatavuk, 2005).



Figura 2 – Horários individuais com base no TEACCH.

O plano de trabalho é composto por objectos reais ou qualquer outro elemento que o terapeuta considere exequível e tem como função dar a perceber à criança o número de actividade a desenvolver durante o dia bem como a ordem pela qual será feita.

As pistas facilitadoras de desempenho acabam por ser utilizadas para também permitir à criança ter maior percepção das actividades a desempenhar. Por exemplo, no horário pode estar representada uma imagem com lápis de cor e na sala de trabalho estará uma caixa que também terá o mesmo símbolo para que a criança compreenda que é aquela a tarefa apresentada no seu horário que deverá desempenhar (Cunha et al, 2009; Farah & Goldenberg, 2001).

#### **4.3 Social Communication, Emotion Regulation, Transactional Support (SCERTS)**

O SCERTS é um programa multidisciplinar que tem por objectivo promover a comunicação e as habilidades socioemocionais de crianças com autismo numa idade precoce do seu desenvolvimento Prizant et al, 2002, 2006).

Segundo SCERTS Model (2009), este modelo baseia a sua intervenção em três áreas principais: comunicação social (atenção conjunta, intencionalidade comunicativa, partilha de emoções), regulação emocional (auto-regulação dos seus comportamentos, regulação do comportamento do parceiro comunicativo e aproveitamento dos comportamentos disruptivos) e no suporte transaccional (apoio à aprendizagem, apoio à família e apoio aos restantes profissionais). São estas três áreas fundamentais que justificam o acrónimo do SCERTS, isto é, SC (social communication), ER (Emotion Regulation) e TS (Transactional Support).

Uma das vantagens deste programa é ser especialmente para intervir precocemente em crianças com PEA, permitindo assim desenvolver inicialmente marcos importantes que ocorrem na fase pré-verbal do desenvolvimento normal (por exemplo, a atenção

conjunta) e que se acredita serem fulcrais para que a criança possa ser eficaz na fase verbal (Peixoto & Varela, 2009 *cit in* Peixoto & Rocha, 2009).

Pelo que foi mencionado anteriormente torna-se fácil de perceber que este modelo tem como objectivo principal promover a comunicação funcional em vez da fala (Prizant et al, 2006 *cit in* Peixoto e Rocha, 2009). Por outro lado, todos os comportamentos da criança são aproveitados para se criar um momento de interacção e de partilha de emoções (Landa, 2007).

Outra grande vantagem deste modelo reside no facto de os pais e outros profissionais poderem ser envolvidos na utilização do modelo, dando-se bastante importância às situações diárias que ocorrem em contexto familiar para poderem ser aproveitadas para promover a comunicação da criança (Prizant, 2002, 2003).

Segundo Prizant (2003), o que torna a aplicação deste modelo mais complexa é o facto de ser necessário uma maior experiência do terapeuta pois, como tem uma base apenas semi-estruturada exige que o adulto se mostre sempre capaz de responder de forma assertiva às diferentes situações que vão ocorrendo e para o qual ele não estava previamente preparado.

#### **4.4 Developmental, Individual Difference, Relationship-based (DIR)/Floor-Time**

O DIR é um modelo intensivo e global que engloba a abordagem *Floortime* com o envolvimento e participação da família, com diferentes abordagens terapêuticas (Terapia da Fala e Integração Sensorial) e a articulação e integração nas estruturas educacionais (Peixoto & Varela, 2009 *cit in* Peixoto & Rocha, 2009; Silva et al, 2003).

Segundo o ICDL, uma vez que está comprovado que a interacção precoce da criança com a sua família bem como, com o meio envolvente é determinante para o desenvolvimento da criança surge daqui a importância que este modelo atribui à participação da família e dos restantes cuidadores da criança com PEA para a implementação do mesmo.

A abordagem *Floortime* visa envolver a criança numa relação afectiva e tendo como princípios básicos (Peixoto & Varela, 2009 *cit in* Peixoto & Rocha, 2009; Silva et al, 2003):

- ❖ Seguir a iniciativa da criança;
- ❖ Envolver-se numa actividade apoiando as suas intenções mas considerando sempre o estágio de desenvolvimento em que se encontra;
- ❖ Construir modelos típicos de comunicação através do recurso a estratégias como, por exemplo, o jogo obstrutivo;
- ❖ Através da nossa expressão afectiva levar a criança a comunicar connosco;
- ❖ Alargar os momentos de interacção através do jogo;
- ❖ Alargar a gama de interesses e competências de processamento sensorial;
- ❖ Adaptar a intervenção às características motoras, auditivas e sensoriais da criança;
- ❖ Tentar simultaneamente estimular os níveis funcionais do desenvolvimento funcional (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico emocional).

O facto de se referir esta abordagem como intensiva deve-se ao facto de ser necessário que a promoção destes momentos de interacção devam ocorrer várias vezes ao longo do dia por períodos de vinte a trinta minutos (Peixoto & Varela, 2009 *cit in* Peixoto & Rocha, 2009).

#### **4.5 Makaton**

O Makaton é um sistema de signos gestuais criado em 1987 por Margaret Walker e Keith Park para ajudar pessoas com perturbações da comunicação.

Este sistema é dividido em oito níveis de complexidade sendo que cada um é trabalhado individualmente. Os gestos deste sistema de comunicação aumentativo tiveram por base a Língua Gestual Portuguesa e são fáceis de executar. À medida que a criança vai evoluindo começam a ser inseridas as primeiras combinações de palavras de modo a formar uma frase (Soares, 2006).

Considerado um meio de comunicação aumentativo é muitas vezes utilizado em crianças com PEA pois, permite que numa fase inicial a criança comunique de alguma forma, ou seja, por gestos, enquanto a fala e a linguagem oral é estimulada. Isto porque o terapeuta que utiliza este sistema de comunicação aumentativo faz acompanhar o gesto da palavra na sua forma oral o que irá permitir que aos poucos a criança adquira consciência de que cada gesto tem um correspondente oral e, assim espontaneamente poderá vir a utilizar a forma oral destas palavras (Goldstein, 2002; Howlin, 2006 *cit in* Peixoto & Varela, 2009). Por outro lado, a criação deste sistema teve como objectivo simplificar outros sistemas mais complexos pois, nomeadamente no que concerne a PEA verificou-se que eram pouco produtivos por serem demasiado complexos tanto a nível da estrutura frásica como da execução do gesto em si (Charman & Stone, 2006).

Apesar de efectivamente se saber que o uso de signos gestuais pode beneficiar o desenvolvimento da linguagem, no caso de crianças com PEA ainda não está claro se o recurso aos mesmos é realmente eficaz pois, normalmente estas crianças apresentam alguma dificuldade no uso de gestos o que leva a que por vezes se opte pela utilização de signos gráficos (Koul, 2001; Mirenda, 2001 *cit in* Peixoto & Varela, 2009).

#### **4.6 Outros**

Apesar de existirem mais métodos a ser utilizados na intervenção com crianças com PEA, por exemplo, o ABA, Tomatis, Son-Rise, a descrição dos mesmos não foi contemplada neste estudo visto que foi dada especial importância aos modelos que a população do mesmo mencionou utilizar na sua prática interventiva (como se poderá verificar mais adiante nos resultados) e não por se querer valorizar mais determinados modelos.

## **Capítulo 5 – Fase Metodológica**

Segundo Fortin (1999), a fase metodológica é aquela em que o investigador põe em prática os meios que seleccionou para poder aferir o que pretende. Deste modo, serão apresentados de seguida os passos pelo qual passou este processo de investigação bem como os resultados obtidos.

### **5.1 Objectivos**

Uma vez que actualmente está comprovada a importância da integração das famílias no processo interventivo de crianças com PEA assim, com este trabalho pretende-se verificar se os Terapeutas da Fala incluem ou não os pais neste processo sobretudo, na implementação dos modelos que adoptam para intervir com a criança e, sobretudo de que forma é que é feita essa implementação.

### **5.2 Amostra**

Para se conseguir aferir o objectivo inerente a este estudo foi solicitada a colaboração de Terapeutas da Fala a trabalhar com crianças com PEA. Assim, foi enviado um questionário para treze Terapeutas via e-mail, explicando qual o objectivo do trabalho e, por isso, o motivo pelo qual o mesmo lhes estava a ser enviado.

Os locais de trabalho das participantes da amostra são centros de autismo, agrupamentos de escola, hospitais e clínicas privadas.

Ao questionário responderam apenas oito Terapeutas também via e-mail (Anexo I). Para facilitar a posterior análise dos dados será atribuído a cada Terapeuta um número de 1 a 8 para poder fazer referência aos mesmos quando for necessário.

### **5.3 Instrumento de Colheita de Dados**

Para a recolha de dados foi elaborado um questionário que permitisse averiguar as questões que se pretendem ver esclarecidas com este estudo.

Segundo Fortin (1999) o questionário é um dos meios mais utilizados para a recolha de dados, que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. Habitualmente os questionários são enviados aos participantes no estudo apesar de não ser necessário o acompanhamento individual para que se responda ao mesmo.

O questionário desenvolvido para este estudo (Anexo I) consta de quatro perguntas (duas fechadas e duas abertas).

## 5.4 Resultados

De seguida serão apresentados os resultados obtidos, fazendo-se posteriormente uma análise qualitativa de cada uma das perguntas contidas no questionário.

Uma análise qualitativa tem por objectivo demonstrar a relação existente entre conceitos, descrições, explicações e significações dadas pelos participantes (Fortin, 1999).

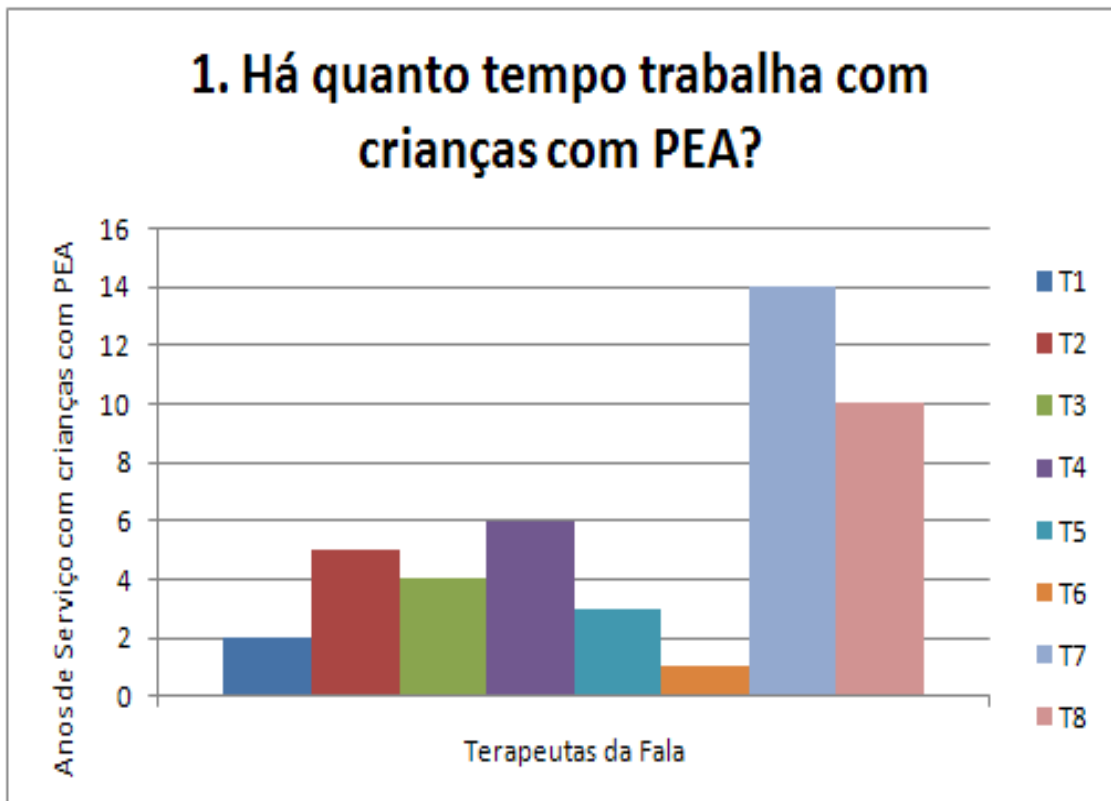


Gráfico 1 – Respostas à pergunta número 1 do questionário (“Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?”).

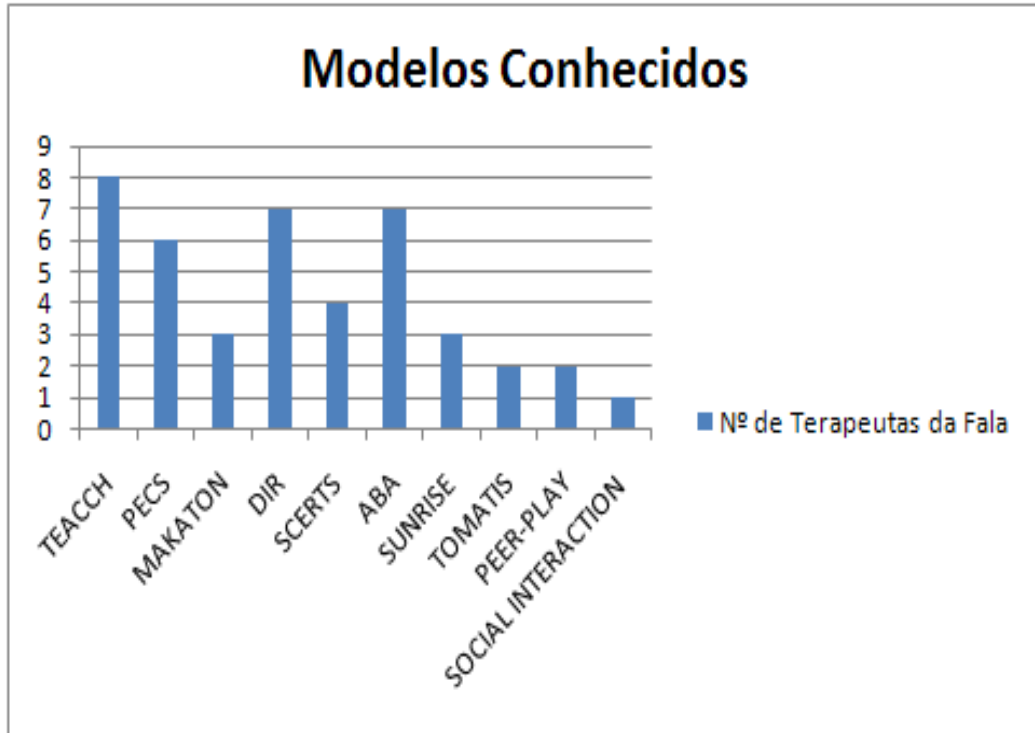


Gráfico 2 – Resultados da pergunta 2 do questionário (“Quais os modelo que conhece?”).

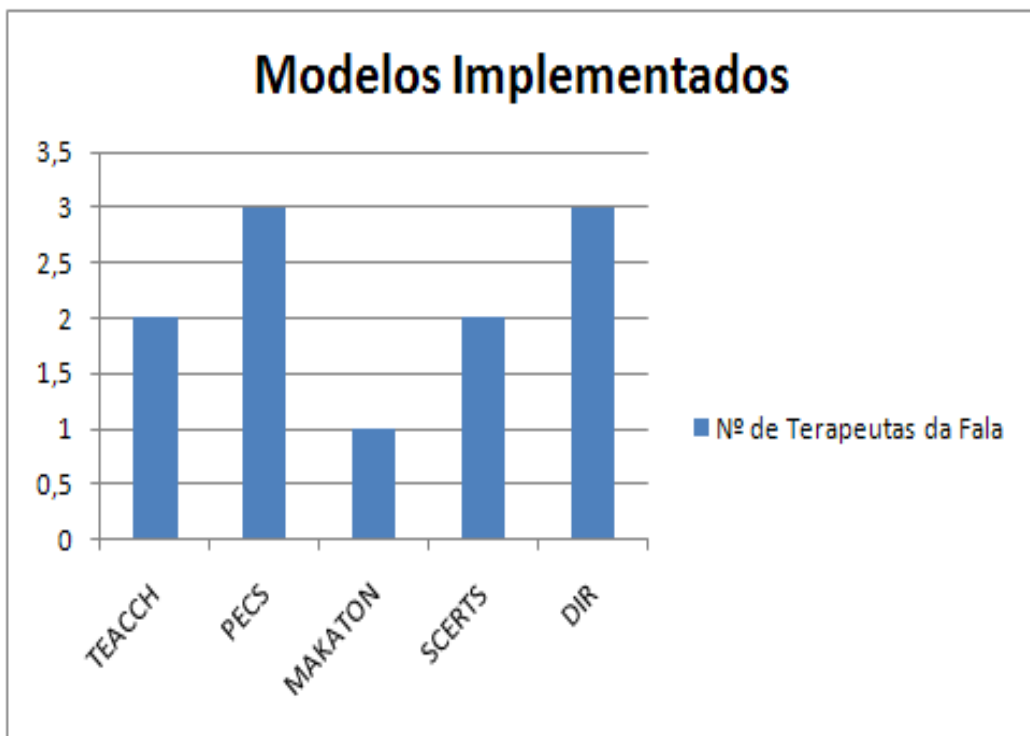


Gráfico 3 – Distribuição dos modelos implementados (questão número 3 do questionário).

Identificação do Terapeuta	Modelo que implementa
T1	TEACCH e DIR
T2	Sem especificação
T3	PECS e MAKATON
T4	DIR e SCERTS
T5	Sem especificação
T6	PECS
T7	TEACCH e PECS
T8	DIR e SCERTS

Tabela 3 – Implementação de modelos por cada terapeuta (questão número 3 do questionário).

A Integração dos Pais na Intervenção de Crianças com Autismo

Palavra-Chave	Significado	Termos (retirados das respostas das terapeutas)	Terapeutas que referiram a palavra-chave como estratégia
Co-terapeutas	<i>“favorecer o poder das famílias, enfatizando o papel fundamental e responsabilidade contínua que os pais têm na vida da criança, tornando o estabelecimento de parcerias entre pais e profissionais...”</i> (Meiseles et al,1990; Guralnick, 2005 <i>cit in</i> Peixoto, 2007: 83).	“é com os pais que desenvolvo a minha intervenção”; “a família é vista como co-terapeuta”; “a família dá seguimento em casa ao que é realizado na terapia”; “a intervenção é centrada na família, tornando-a melhor co-terapeuta”; “participam na intervenção”	2, 3, 4, 7, 8
Partilha de estratégias	Há estudos que comprovam que os pais conseguem captar facilmente as linhas orientadoras dos programas e daí a necessidades de lhes serem explicadas as mesmas (Peixoto & Varela , 2009 <i>cit in</i> Peixoto & Rocha, 2009)	“são dadas estratégias”, “é explicado à família de que forma se pode intervir/interagir com a criança”; “passagem de estratégias”; “aconselhamento para melhoria de estratégias”	1, 5, 6, 8
Participação nas sessões	Segundo Koul (2001 <i>cit in</i> Peixoto & Rocha, 2009), está provada a eficácia e satisfação dos pais em participar na sessão”.	“a família assiste à sessão”; “quando possível os pais participam nas sessões”; “a família tem um papel activo participando nas actividades e intervenção”	2, 5, 8
Implementação de estratégias em	<i>“Modifying the environment in order to</i>	“dou orientações para implementação	1, 6

A Integração dos Pais na Intervenção de Crianças com Autismo

contexto	<i>prevent behavior problems also is an important strategy</i> (Solomon et al, 2008: 1)	de estratégias em contexto extra-terapia”; “estruturação do ambiente familiar”	
Partilha de informações	“as experiências que a família providencia à criança têm uma forte relação com o seu resultado desenvolvimental” (Peixoto, 2007)	“contacto semanal com a família para partilhar o que ocorreu nesse período”; “trimestralmente há reunião com a família para reformulação dos objectivos”; “a família transmite um feedback”; “reservado o final da sessão para falar do que ocorreu na própria sessão e noutros contextos”	3, 4, 5, 8
Tomada de decisão conjunta	“ <i>O poder de decisão deve estar sempre dado àqueles que melhor olham pelos interesses da criança que, salvo raras exceções são os pais</i> ” (Meiseles et al,1990; Guralnick, 2005 cit in Peixoto, 2007: 83).	“é ao núcleo familiar que proponho a minha intervenção”; “é construído o plano individual juntamente com a família”; “planificação conjunta dos objectivos de intervenção”; “a família tem uma decisão sobre o processo terapêutico”	4, 5, 7, 8

Tabela 4 – Resultados da pergunta 4 do questionário.

#### 5.4.1 Discussão dos Resultados

De seguida será feita a análise dos resultados obtidos em cada uma das questões do questionário.

Relativamente à questão número um “Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?” a média das oito participantes foi de 5, 625 anos, sendo que existe alguma discrepância entre as terapeutas, por exemplo, a T3 intervém com crianças com PEA há cerca de um ano enquanto a T7 há catorze anos.

Através destas informações não foi retirada nenhuma ideia conclusiva pois, os anos de trabalho com PEA não parecem ter relação com a escolha dos modelos implementados. No que respeita aos anos de serviço e número de estratégias utilizadas para integração dos pais (cf tabela 4) também não se verificou uma relação conclusiva entre estas duas variáveis.

No que respeita aos resultados obtidos na questão número dois do questionário “Quais os modelos de intervenção que conhece?” constatou-se que o TEACCH foi referido por todos os elementos da amostra, seguido do DIR e ABA (referido por sete terapeutas) e, posteriormente o PECS (referido por seis terapeutas). Segundo Peixoto & Varela (2009) *cit in* Peixoto & Rocha (2009) o ABA, PECS, DIR e TEACCH são efectivamente os modelos mais frequentemente utilizados em crianças com PEA, seguidos dos signos gestuais como é o caso do Makaton, também referido pela nossa amostra.

Como se poderá verificar mais à frente, apesar destes terem sido os modelos mais referidos pela amostra isto não se traduz na implementação dos mesmos, ou seja, apesar de, por exemplo, o ABA ter sido referido por sete terapeutas, nenhuma referiu implementá-lo (cf gráfico 3). Esta situação verifica-se de igual modo relativamente ao TEACCH, ou seja, apesar de todas as terapeutas referirem conhecer o modelo apenas duas o implementam na sua intervenção com crianças com PEA.

Importa referir que dos modelos mais referidos pela amostra o mais antigo é o TEACCH, criado nos 60 (Mesibov, 2007 *cit in* Atherino, et al, 2009), o que explica que seja o modelo mais conhecido visto que foi dos primeiros a ser desenvolvido e utilizado.

Apesar de o Makaton ter sido referido como um modelo implementado na intervenção com crianças com PEA, poucas terapeutas referiram conhecê-lo. Tendo efectivamente sido criado mais recentemente (fim dos anos 80) do que outros modelos, o facto de ter sido referido por apenas três terapeutas pode dever-se ao facto de este sistema não ser exclusivo para intervenção com crianças com PEA.

Em suma, conclui-se que não são os modelos mais conhecidos os mais implementados pela na prática interventiva da nossa amostra.

No que concerne à questão número três “Quais os modelos que implementa e porquê?” verificou-se que o mais utilizado é o DIR (três terapeutas) e o PECS (três terapeutas), sendo o menos utilizado o Makaton (apenas uma terapeuta o utiliza).

Relativamente ao Makaton e, tal como já foi referido anteriormente estes resultados podem dever-se ao facto deste ser utilizado apenas como sistema de comunicação aumentativo e, por isso, a amostra não considerar que seja específico da intervenção com as suas crianças portadoras de PEA.

No que respeita ao PECS, a justificação apresentada pelas três terapeutas para a escolha do mesmo deve-se às características da patologia em si, ou seja, falta de iniciativa comunicativa, sendo segundo a perspectiva das mesmas o que importa fomentar nestas crianças.

Outro motivo referido pelas terapeutas para a utilização do PECS, as terapeutas da nossa amostra referiram é por permitir a crianças não verbais comunicar através de símbolos. É de referir que duas das terapeutas que o utilizam intervêm com as crianças em escolas e, de acordo com a bibliografia uma vantagem do PECS é permitir à criança comunicar em diferentes contextos pois, os símbolos utilizados são facilmente perceptíveis por diferentes parceiros comunicativos (Wallin, 2004).

As justificações apresentadas pelas terapeutas que mencionaram implementar o DIR foram unânimes, isto é, todas justificaram a sua escolha por:

- ❖ Se tratar de um modelo aplicável em crianças pré-verbais de idade precoce;
- ❖ Por ter uma base transaccional e afectiva;
- ❖ Por se basear numa metodologia desenvolvimentalista.

Quanto ao primeiro parâmetro torna-se evidente que as terapeutas que o implementam compreendem a necessidade e importância de uma intervenção precoce em crianças com PEA. Tal situação é referida por Acquarone (2007), Siegel (2008), Silva et al (2003), que acreditam que quanto mais cedo estas crianças forem alvo de intervenção maior é a probabilidade de se tornarem parceiros comunicativos mais eficazes bem como, de virem a desenvolver a linguagem oral.

O princípio da abordagem transaccional inerente ao DIR remete-se para a intervenção directa a nível da iniciativa de atenção conjunta. Sendo que esta é uma característica mencionada como positiva no modelo supracitado e que se acredita ser de suma importância para o desenvolvimento eficaz da comunicação da criança (Peixoto & Lima, 2009 *cit in*, Peixoto e Rocha, 2009).

As vantagens de metodologias desenvolvimentalistas devem-se à promoção de momentos de interacção dentro dos contextos naturais da criança, isto é, nas suas rotinas diárias e nas suas interacções pessoais, partindo sempre das competências pré-verbais apresentadas no desenvolvimento normal (Wetherby et al, 2000 *cit in* Peixoto & Varela, 2009).

Do mesmo modo esta metodologia visa a comunicação efectiva da criança mesmo que isso não seja necessariamente através da fala (Silva et al, 2003).

Apesar de o modelo SCERTS ser utilizado apenas por T4 e T8, ele também assenta numa abordagem transaccional tendo sido esta a razão apontada por estas terapeutas para a sua escolha.

Relativamente à T2 e T5, estas afirmaram não utilizar nenhum modelo em concreto apesar de se regerem por modelos de perspectivas desenvolvimentalistas que atribuam importância à comunicação independentemente da forma da mesma.

T1 e T7 referiram utilizar o TEACCH. De acordo com T1, a justificação é por trabalhar com as crianças em contexto escolar e este ser o modelo lá implementado. T7 refere que a escolha do mesmo se prende apenas pelas características que a PEA apresenta e, segundo ela é este o que melhor se adequa às suas necessidades.

Para a análise mais concisa da questão número quatro “Como integra a família na implementação dos modelos?” optou-se por realizar uma tabela para se verificar pormenorizadamente cada resposta (cf Tabela 4).

De acordo com o que foi observado, a estratégia mais implementada pelos terapeutas diz respeito ao considerar os pais como “co-terapeutas”, definição que está explicada na tabela.

Pelo que foi possível verificar independentemente do modelo de intervenção posto em prática as terapeutas da amostra consideram que os pais são fundamentais para auxiliar o processo de intervenção. Apenas T1, T5 e T6 não referiram utilizar esta estratégia. No entanto, tanto T1 como T6 trabalham em agrupamentos de escola o que pode dificultar a implementação de tal estratégia por terem um contacto menos eficaz com a família das crianças.

Segundo Meiseles et al (1990) & Guralnick (2005) *cit in* Peixoto (2007: 83), Silva et al (2003) e Kwee (2006), interpretar os pais como um apoio à intervenção é sem dúvida uma estratégia fundamental independentemente do modelo utilizado.

A “passagem de estratégias” aos pais foi outra das estratégias mais mencionadas. Esta permite que eles saibam a melhor forma de lidar aquando da ocorrência de determinados comportamentos dos seus filhos próprios da PEA. A National Research Council (2001) *cit in* Peixoto & Varela (2009: 170), dizendo que

“a participação da família no processo terapêutico deve ser suportada e encorajada dando à mesma a oportunidade de ensinar técnicas e ensinar os seus filhos a reduzir comportamentos desafiantes”.

Também aqui se verificou que esta estratégia é considerada importante independentemente do modelo a ser utilizado, por exemplo, esta estratégia foi mencionada por T1 que utiliza o TEACCH, por T6 que utiliza o PECS e por T8 que utiliza o SCERTS e DIR.

Importa referir que a partilha de estratégias acaba por estar intimamente relacionada com o conceito de “co-terapeuta” pois, são exactamente as estratégias que os pais vão aprendendo que os tornam “co-terapeutas”.

No que respeita à “participação nas sessões” esta estratégia foi referida por três terapeutas. Apesar desta estratégia ser vista como uma forma de estes verificarem e porem em prática as estratégias que lhes vão sendo ensinadas diante do terapeuta que poderá posteriormente, ter uma melhor percepção das dificuldades que estão a ser sentidas (Prizant, 2003) na prática da maioria da nossa amostra a implementação da mesma não parece ocorrer.

Esta situação pode dever-se ao facto de sobretudo, em crianças que têm o seu acompanhamento em Terapia da Fala nas escolas, nem sempre se possível a presença dos pais pois, o horário da sessão corresponde com o horário de trabalho dos pais.

A “implementação de estratégias em contexto” foi a estratégia menos referida, sendo que as duas terapeutas que a mencionaram implementam modelos diferentes (TEACCH e PECS). No entanto, segundo Solomon et al (2009), esta estratégia é fundamental para que se consigam eliminar agentes que possam piorar os comportamentos da criança ou de forma a implementar no próprio meio situações que beneficiem o desenvolvimento da criança.

Silva et al (2003: 34) apoiam o que supramencionado ao dizer que

“O Terapeuta da Fala, os pais e os outros interlocutores são liderados pela modalidade preferida da criança, fornecendo-lhe estrutura e consistência nas interacções comunicativas em todos os contextos”.

A “partilha de informação” foi referida por quatro terapeutas como sendo uma das medidas tomadas para inserir a família na implementação dos modelos. Esta estratégia está também referida bibliografia como sendo importante tanto para que os terapeutas possam verificar se a sua intervenção está a ser eficaz, como para verificar quais as dificuldades que os pais sentem e o que pretendem conseguir modificar com o apoio interventivo (Crais e tal, 2003; Peixoto & Varela, 2009 *cit in* Peixoto & Rocha, 2009).

A “tomada de decisão conjunta” foi outra estratégia mencionada pelas terapeutas e, segunda as mesmas é posta em prática tanto no que respeita à escolha do modelo como em relação à elaboração dos objectivos para a intervenção.

SCERTS Model (2009) e Crais et al (2003), corroboram a importância da família para a tomada de decisões sendo que este é também um dos princípios inerentes à IP e, conseqüentemente à intervenção centrada na família.

Em suma, analisando as terapeutas que mais estratégias implementam para integrar os pais verificamos que foram a T5 e T8, que referiram implementar quatro e cinco estratégias, respectivamente. A T8 utiliza o modelo SCERTS e DIR enquanto a T5 não especificou nenhum modelo, apesar de afirmar que se baseia numa perspectiva desenvolvimentalista. De seguida, a T4 referiu utilizar quatro estratégias para implementar a família no processo interventivo e, também ela utiliza o modelo SCERTS e DIR.

### III – CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho penso que ficou explícita a importância do acompanhamento de crianças com PEA em Terapia da Fala, atendendo às dificuldades a nível da comunicação que se verifica nesta patologia e a forma como este acompanhamento pode influenciar o prognóstico das mesmas.

Outro aspecto bastante enfatizado foi a importância de incluir as famílias de crianças com PEA no processo interventivo. Assim, depois de feita a análise dos dados recolhidos verificou-se que efectivamente há uma preocupação por parte dos terapeutas em inserir as famílias na terapia sendo que para isso utilizam diferentes modos para pôr em prática esta situação. Entre eles foram referidos o utilizar os pais como “co-terapeutas”, a “partilha de estratégias”, a “participação dos pais nas sessões”, a “implementação de estratégias em contexto”, a “partilha de informações” e a “tomada de decisão conjunta”.

Apesar de o objectivo deste trabalho não ser avaliar a eficácia de cada modelo existente ficou claro que efectivamente há modelos aos quais está subjacente a importância da inserção da família em cada passo da intervenção, como é o caso do SCERTS e DIR, ou programas que envolvam uma abordagem desenvolvimentalista.

Perante as respostas da nossa amostra também foi possível ir verificando que o ambiente em que a intervenção ocorre interfere na possibilidade de dar aos pais um papel mais activo no processo terapêutico sobretudo, no que respeita à presença dos mesmos nas sessões.

Constatou-se também que apesar de haver modelos que enfatizam mais a necessidade de inserir os pais na terapia, todos são passíveis de os envolver e de os aplicar em contextos extra terapia. Contudo, para isto é fulcral que haja sempre uma parceria entre pais e terapeutas de forma a que os últimos vão explicando as linhas orientadoras de cada programa, o que permitirá aos pais aplicá-los em casa.

Importa ainda referir que apesar das ilações retiradas pelos resultados obtidos, a validade das mesmas é subjectiva devido ao número reduzido da amostra.

#### IV – Bibliografia

Accardo, P.; Saphiro, B. (2008). *Autism Frontiers – Clinical Issues and Innovations*. Baltimore, Paul H. Brookers Publishing.

Acquarone, S. (2007). *Signs of Autism in Infants – Recognition and Early Signs*. London, KARNAC.

Adamson, L.; Bakeman, R.; Deckner, D.; Ronski, M. (2008). Joint Engagement and the Emergence of Language in Children with Autism and Down Syndrome. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 39, pp.84–96.

Almeida, L.; Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra, APPORT.

Almeida, M.; Lamônica, D.; Piza, M. (2005). Adaptações do sistema de comunicação por troca de figuras no contexto escolar. *Pró-Fono*, vol, 17, nº2, pp. 233-240. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v17n2/v17n2a11.pdf>. [Consultado em 3/1/2011].

Andrade, F. (2008). *Perturbações da Linguagem na Criança – análise e caracterização*. Aveiro, Edições Universidade de Aveiro.

Atherino, C., Kwee, C., Sampaio, T. (2009). Austismo: Uma Avaliação Transdisciplinar Baseada no Programa Teacch. In: *Cefac*, vol.11. [Em linha]. Disponível em <http://search.scielo.org/?q=teacch&where=ORG>. [Consultado em 16/1/2011].

Ayuda, R.; Martos, J. (2004). Desarrollo temprano: algunos datos procedentes del autismo y los trastornos del lenguaje. *REV NEUROL*, vol, 38, pp. 39-46. Disponível em <http://www.neurologia.com/pdf/Web/38S1/qs10039.pdf>. [Consultado em 21/11/2010].

Barber, A.; Morgan, L.; Watt, N.; Wetherby, A. (2008). Repetitive and Stereotyped Behaviors in Children with Autism Spectrum Disorders in the Second Year of Life. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 38, pp.1518–1533.

Barrionuevo, A.; Vives, M. (2002). Diagnóstico Clínico del Austismo. In: *Revista de Neurologia*, vol, 34. [Em linha]. Disponível em <http://www.neurologia.com/pdf/Web/34S1/ms10072.pdf>. [Consultado em 21/12/2010].

Bondy, A.; Frost, L. [Em linha]. Disponível em <http://www.pecsusa.com/pecs.php>. [Consultado em 9/1/2011].

Carpenter, M.; Pennington, B.; Rogers, S. (2002). Interrelations Among Social-Cognitive Skills in Young Children with Autism, vol, 32.

Carter, M.; Preston, D. (2009). A Review of the Efficacy of the Picture Exchange Communication System Intervention. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 39, pp. 1471-1486.

Charman, T.; Stone, W. (2006). *Social & Communication Development in Autism Spectrum Disorders - Early Identification, Diagnosis & Intervention*. USA, Library of Congress Cataloging-in-Publication.

Chawarska, K.; Ditchel, L.; Hannigen, S.; Klin, A.; Paul, R.; Volkmar, F. (2007). Parental Recognition of Developmental Problems in Toddlers with Autism Spectrum Disorders. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol.37, pp.67-72.

Correia, L.; Serrano, A. (2000). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce – das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família*. Porto, Porto Editora.

Cumine, V., Leach, J. (1998). *Asperger Syndrome : A Pratical Guide for Teachers*. Londres, Fuldor.

Cunha, M. et al. (2009). Um Olhar Sobre o Autismo – Intervenção: Modelo Cognitivo Comportamental. [Em linha]. Disponível em

<http://umolharsobreautismo.blogspot.com/2009/01/interveno-modelo-cognitivo.html>.

[Consultado em 16/1/2011].

Crais, E., McWilliam, P.; Winton, P. (2003). *Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Porto, Porto Editora.

Cunha, M. et al. (2009). Um Olhar Sobre o Autismo – Intervenção: Modelo Cognitivo Comportamental. [Em linha]. Disponível em

<http://umolharsobreautismo.blogspot.com/2009/01/interveno-modelo-cognitivo.html>.

[Consultado em 16/1/2011].

Dawson, G.; Meltzoff, A.; Munson, J.; Toth, K. (2006). Early Predictors of Communication Development in Young Children with Autism Spectrum Disorder: Joint Attention, Imitation, and Toy Play. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 36, pp. 993-1005.

Delfrate, C.; Massi, G., Santana, A. (2009). A Aquisição da Linguagem na Criança com Autismo: um estudo de caso. *Psicologia em estudo*, vol, 14, nº2, pp. 321-331. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n2/v14n2a12.pdf>. [Consultado em 23/10/2010].

Farah, L.; Goldenberg, M. (2001). O autismo entre dois pontos. In: *CEFAC*, vol.3, pp. 19-26.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*, Loures, Lusociência.

Ganz, J.; Simpson, R. (2004). Effects on Communicative Requesting and Speech Development of the Picture Exchange Communication System in Children with Characteristics of Autism. In: *Journal of Autism and Development Disorders*, vol, 34.

Vidigal, M.; Guapo, M. (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo – Uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*. Lisboa, Trilhos Editora.

Hendren, R.; Ozonoff, S.; Rogers, S. (2003). *Perturbações do espectro do autismo – Perspectivas da Investigação Actual*. Lisboa, Climepsi Editores.

ICDL. [Em linha]. Disponível em <http://www.icdl.com/dirFloortime/overview/index.shtml>. [Consultado em 9/1/2011].

Konstantareas, M.; Stanley, G. (2007). Symbolic Play in Children with Autism Spectrum Disorder, vol. 37, pp.1215–1223.

Landa, R. (2007). Early Communication Development and Intervention for Children with Autism. In: *Mental Retardation and Development Disabilities*, vol.13, pp. 16-25.

Manikam, R. (2009). Byrna Siegel, Getting the Best for Your Child with Autism: an Expert's Guide to Treatment. In: *Journal of Child and Family Studies*, vol.18, pp. 246-248.

Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo: Ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentalista com mães*. Coimbra, Quarteto Editora.

Menezes, C.; Perissinoto, J. (2008). Habilidade de atenção partilhada em sujeitos com transtornos do espectro autístico. *Pró-Fono*, vol, 20, pp.273-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pfono/v20n4/a12v20n4.pdf>. [Consultado em 23/11/2010].

Moro, M.; Souza, A. (2010). Três Análises de Linguagem no Autismo. *Rev CEFAC*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2010nahead/119-09.pdf>. [Consultado em 10/10/2010].

Ortiz, F. (2004). Autismo. In: *Gab Méd Méx*. Vol, 142, nº2. [Em linha]. Disponível em <http://scielo.unam.mx/pdf/gmm/v141n2/v141n2a9.pdf>. [Consultado em 3/1/2011].

Pedrosa, S. (2006). Disponível em <http://educacaoespecial.madeira-edu.pt/ProgramaTeacch/tabid/1259/Default.aspx>. [Consultado em 12/12/2010].

Peixoto, V. (2007). *Perturbações da Comunicação – a importância da detecção precoce*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.

Peixoto, V. & Varela, I. (2009) A Eficácia da Intervenção em Terapia da Fala em Crianças com PEA. In: Peixoto, V & Rocha, J. (2009). *Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala*. Edições UFP. Porto, pp. 141-192.

Pimentel, J. (2004). Avaliação de Programas de Intervenção Precoce. In: *Análise Psicológica*, vol.1, pp. 43-54. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n1/v22n1a05.pdf>. [Consultado em 17/1/2011].

Prizant, B.; Wetherby, A. (2001). *Autism Spectrum Disorders – A Transactional Development Perspective*. 2ª Edição. Baltimore, Paul H. Brookers Publishing.

Prizant, B.; Wetherby, A; Rubin, E.; Laurent, A.; Rydell, P. (2002). The SCERTS Model – Enhancing Communication and Socioemotional Abilities of Children with Autism Spectrum Disorder. In: *Jenison Autism Journal*.

Prizant, B.; Wetherby, A; Rubin, E.; Laurent, A. (2003). The SCERTS Model – A Transactional, Family-Centered Approach to Enhancing Communication and Socioemotional Abilities of Children with Autism Spectrum Disorder. In: *Infants na Young Children*, vol. 16, nº4, pp. 296-316.

Scerts Model. (2009). Scerts Model: Social Communication (SC), Emotional Regulation (ER), and Transactional Support (TS). In: *Target: Texas Guide for Effective Teaching*.

Siegel, B. (2008). *O Mundo da Criança com Autismo – Compreender e Tratar Perturbações do Espectro do Austimo*. Porto, Porto Editora.

Silva, P.; Eira, C.; Pombo, J.; Silva, A.; Martins, F.; Santos, G.; Bravo, P.; Roncon, P. (2003). Programa Clínico para o Tratamento das Perturbações da Relação e da Comunicação, baseado no Modelo D.I.R. In: *Análise Psicológica*, pp. 31-39.

Solomon, M.; Ono, M.; Timmer, S.; Jones, B. (2008). The Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy for Families of Children on the Autism Spectrum. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol.38, pp. 1767-1776.

Soares, R. (2006). Usar Métodos Alternativos e Aumentativos de Comunicação. [Em linha]. Disponível em <http://apacdah.no.sapo.pt/TEACCH/UtilizarMetodosComunicacao.pdf>. [Consultado em 17/12/2010].

Valdez, D. (2005). *Evaluar e intervenir en autismo*. Madrid, Machado Libros.

Vatavuk, M. (2005). TEACCH. [Em linha]. Disponível em <http://autismoemfoco.googlepage.com/teacch>. [Consultado em 16/1/2011].

Wallin, J. [Em linha]. Disponível em <http://www.polyxo.com/visualsupport/pecs.html>. [Consultado em 30/12/2010].

Williams, C. & Wright, B. (2008). *Convivendo com Autismo e Síndrome de Asperger- Estratégias Práticas para Pais e Profissionais*. São Paulo, M.Books. pp. 295-299.

## **ANEXOS I**

Nome: T1

Localidade: Rio Tinto

Instituição em que trabalha: APPDA - Norte

Data: 16/01/2011

1. Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?

2 anos.

2. Quais os modelos que conhece?

DIR (floor-time), SCERTS, TEACCH, Peer-Play, Integração Sensorial, ABA, Tomatis.

3. Que modelo(s) implementa usualmente e porquê?

TEACCH (porque é o modelo implementado em contexto escolar ao qual devo dar continuidade na minha intervenção) e Floor-time (para atingir os objectivos que pretendo, principalmente em crianças pré-verbais e que necessitam de trabalhar competências comunicativas básicas).

4. Como integra a família na implementação desse(s) modelo(s)?

Através da passagem de estratégias e na estruturação do ambiente familiar implementando o uso de pistas visuais nesse contexto (uma vez que a minha intervenção ocorre em contexto escolar os pais não assistem às sessões).

Nome: T2

Localidade: Braga

Instituição em que trabalha: AIA (Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista)

Data: 23/01/2011

1. Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?

Há cerca de 5 anos.

2. Quais os modelos que conhece?

ABA, SUNRISE, TEACHH, FLOORTIME.

3. Qual o modelo(s) que implementa usualmente e porquê?

Na minha prática clínica não me cingo a um único método, utilizo todos os métodos adequados ao contexto e a disposição da criança. Na minha opinião o trabalho deve ter como objectivo a comunicação, independentemente, do modelo implementado.

4. Como integra a família na implementação desse (s) modelo (s)?

A intervenção terapêutica é centrada na família, tornando-os os melhores "co-terapeutas" para os seus filhos. Neste sentido, os pais participam nas sessões de intervenção (quando é possível) a fim de melhor os orientarmos.

Nome: T3

Localidade: Figueira da Foz

Instituição em que trabalha: Agrupamento de Escolas de Buarcos

Data: 23 de Janeiro de 2011

1. Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?

4 Anos.

2. Quais os modelos que conhece?

Modelo de Ensino Estruturado, Modelo ABA, Floor time, Pecs, MAKATON.

3. Que modelo(s) implementa usualmente e porquê?

Os modelos utilizados nos Agrupamentos de Escolas é o Modelo de Ensino Estruturado. Este é um modelo que permite as crianças terem uma rotina das suas actividades e fazerem uma antecipação, evitando birras, desconforto e ansiedade. Este modelo não é implementado por Terapeutas da Fala, mas sim por Docentes de Educação Especial, na Terapia adoptamos os horário das tarefas pois ajuda as crianças a nível temporal, sabem quando começam a trabalhar e quando acabam.

A nível de Terapia da Fala utilizo o PECS e o MAKATON, são dois sistemas de comunicação eficazes nas crianças com linguagem não oral. A traves destes modelos de comunicação são capazes de comunicar através de símbolos, gestos e alguns deles chegam à palavra.

4. Como integra a família na implementação desse(s) modelo(s)?

A família é um elemento importante na implementação dos modelos, pois eles ajudam a perceber as crianças e, alguns, dão seguimento em casa do que é realizado na Terapia de forma a termos resultados positivos e mais eficazes.

Todas as semanas a família é chamada à escola, ou em caso de impossibilidade, a criança tem um caderno onde se comunica à família qual o objectivo da próxima

semana e de que forma podem intervir / interagir com a criança ao longo dessa semana, falando das dificuldades e sucessos da semana anterior. A família por sua vez também transmite um feedback das actividades que foram realizadas em casa e de que forma a criança aderiu a essas actividades.

Nome: T4

Localidade: Porto

Instituição em que trabalha: APPDA-Norte

Data: 25 de Janeiro de 2011

1. Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?

Há 6 anos.

2. Quais os modelos que conhece?

DIR, SCERTS, ABA, PECS, TEACH.

3. Qual o modelo(s) que implementa usualmente e porquê?

DIR e SCERTS, porque privilegiam a intervenção numa base transaccional e afectiva, visualizando a intervenção como um trabalho de equipa (com terapeutas, pais, escola) que tem como objectivo responder ás necessidades da criança nos seus contextos.

4. Como integra a família na implementação desse(s) modelo(s)?

A família é integrada através da planificação conjunta dos objectivos de intervenção, baseados nas suas necessidades e rotinas diárias. É realizada, trimestralmente, uma reformulação dos objectivos previamente delineados com vista a uma articulação estreita entre família e terapeutas. A família é vista como co-terapeuta no processo interventivo.

Nome: T5

Localidade: Joane

Instituição em que trabalha: ACIP – Ave, Cooperativa de Intervenção Psico-Social, C.R.L.

Data: 23 de Janeiro de 2011

1. Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?

Desde 2007.

2. Quais os modelos que conhece?

ABA; PECS; SCERTS; DIR-FLOORTIME; TEACCH.

3. Que modelo(s) implementa usualmente e porquê?

É difícil implementar um programa de intervenção na sua integra em contexto individual de intervenção. Muitas vezes, o que acontece é que há uma busca de estratégias a cada um dos programas para intervir com determinada criança. De um modo geral, implemento programas com perspectivas mais desenvolvimentalistas.

4. Como integra a família na implementação desse(s) modelo(s)?

Quando a família assiste à sessão de Terapia da Fala torna-se mais fácil o envolvimento da mesma no processo e na compreensão do trabalho desenvolvido. Depois de criada uma relação de empatia e confiança é construído um plano individual, juntamente com a família, que contém objectivos de intervenção e o que pretendemos com os objectivos, ou seja, qual o resultado esperado. Ao mesmo tempo são dadas algumas estratégias. Pelo menos semanalmente, há um contacto com a família que é partilhado o que foi realizado com a criança.

Não digo directamente à família que é determinado programa que pretendo implementar, mas as estratégias que uso e porquê. Dependendo do grau de escolaridade e do interesse dos mesmo, dou a conhecer alguns programas de intervenção e quais as estratégias que estão implícitas em cada um.

Há também contactos com o contexto educativo de modo a partilhar informação e haver um maior envolvimento de todos no processo interventivo.

Nome: T6

Localidade: Espinho

Instituição em que trabalha: Agrupamento de escolas de Lamações

Data: 26/01/2011

1.Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?

1 ano.

2.Quais os modelos que conhece?

TEACH e PECS.

3.Que modelo(s) implementa usualmente e porquê?

No decorrer do acompanhamento implementei o PECS, dadas as características da criança era o modelo mais adequado.

4.Como integra a família na implementação desse(s) modelo(s)?

A família fez acompanhado todo o processo de implementação, sendo dadas orientações para a sua implementação em todos os contextos extra-terapia.

Nome: T7

Localidade: Coimbra

Instituição em que trabalha: Hospital Pediátrico de Coimbra

Data: 27/01/2011

1.Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?

14 Anos

2.Quais os modelos que conhece?

Teacch; Son-Rise; D.I.R.-Floor-Time; A.B.A.; PECS e Makaton como SAAC.

3.Que modelo(s) implementa usualmente e porquê?

Teacch e PECS porque, compreendendo a problemática do Autismo e suas consequências na integração comunitária destes indivíduos e, na minha opinião, claro, estes são os que melhor se enquadram na patologia do Autismo.

4.Como integra a família na implementação desse(s) modelo(s)?

Como ponto de partida de todo o meu trabalho. É ao núcleo familiar que eu proponho a minha intervenção e é com eles que o desenvolvo. Só no segundo momento, é que consigo envolver os outros técnicos que trabalham com a criança .

Nome: T8

Localidade: Porto

Instituição em que trabalha: Clínica Pedagógica de Terapia da Fala da Universidade Fernando Pessoa

Data: 4/1/2011

1. Há quanto tempo trabalha com crianças com PEA?

10 anos.

2. Quais os modelos que conhece?

TEACCH, DIR, SCERTS, PECS, ABA, Social Interaction, Peer-play, Tomatis e Makaton.

3. Que modelo(s) implementa usualmente e porquê?

DIR e SCERTS. Porque são os programas baseados numa metodologia desenvolvimentalista dando ênfase à funcionalidade da criança.

4. Como integra a família na implementação desse(s) modelo(s)?

Desde o início que converso com os pais, explicando as linhas orientadoras da minha intervenção e dando a conhecer outras existentes nomeadamente, o PECS e o ABA para que os pais possam tomar uma decisão informada sobre o processo terapêutico. Caso os pais decidam continuar, então em todas as sessões têm um papel activo, participando nas actividades e interacção, onde e faço aconselhamento para melhoria de estratégias/iniciativas dos pais e reservo o final da sessão para falar do que aconteceu (positivo e negativo) na própria sessão e também durante a semana nos outros contextos. É aproveitado esse tempo para que os pais “tirem dúvidas” sobre as problemáticas do quotidiano.