

Anabela de Sousa Rodrigues Castro



Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Anabela de Sousa Rodrigues Castro



Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto, 2016

Anabela de Sousa Rodrigues Castro

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

(Anabela de Sousa Rodrigues Castro)

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade

Fernando Pessoa como parte dos requisitos para

Obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Ramo:

Psicologia Clínica e da Saúde, sob.

a orientação da Professora Doutora Ana Costa.

RESUMO

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) são definidas como um conjunto de alterações do desenvolvimento, complexas e diversificadas, incluindo três condições relacionadas: a Síndrome de Autista, a Síndrome de Asperger e as Perturbações Globais do Desenvolvimento. Estas três condições, atualmente, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM V), englobam-se nas PEA com diferentes níveis de gravidade (Coelho & Aguiar, 2014).

As PEA constituem assim perturbações precoces do desenvolvimento neurológico, que se manifestam através de várias combinações possíveis de sintomas num contínuo de gravidade de maior ou menor intensidade (Coelho & Aguiar, 2014).

A intervenção precoce (IP) é vista como um conjunto de medidas e apoios prestados à criança e à sua família. Esta tem como objetivo promover o desenvolvimento das crianças, em idades precoces, com deficiência ou incapacidade, atraso de desenvolvimento ou em risco grave de atraso de desenvolvimento, e de melhorar a sua qualidade de vida, bem como a das suas famílias (Tegethof, 2007).

A presente investigação desenvolveu-se com o objetivo compreender melhor as crianças com PEA e perceber de que forma a Intervenção Precoce (IP) influencia o desenvolvimento destas. Este estudo foi realizado com a colaboração de seis crianças com PEA, sendo estas divididas em dois grupos, sendo que as crianças do grupo 1 frequentavam o programa de Intervenção Precoce e as do grupo 2 apenas tinham sessões semanais ou bissemanais de psicologia, terapia da fala e terapia ocupacional.

Como forma de verificar a eficácia do Programa de Intervenção Precoce administramos aos dois grupos, na mesma data o Perfil Psicoeducacional Revisado (Psychoeducational Profile Revised) - PEP-R em dois momentos diferentes, com um

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

intervalo de seis meses (início do Programa de IP e final do programa de IP), de forma a verificar a evolução de cada criança.

Após a realização da análise dos resultados verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, mas as médias permitem verificar que existe uma maior evolução nas crianças do grupo 1 (grupo experimental – IP).

Palavra-chave: Perturbações do Espectro do Autismo; Intervenção Precoce; Crianças.

ABSTRACT

The Autism Spectrum Disorders (ASD) are defined as a set of developmental disorders, complex and diverse, including three related conditions: Autistic Syndrome, Asperger's Syndrome and Pervasive Developmental Disorders. These three conditions at present, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V), those based on the PEA with different severity levels (Coelho & Aguiar, 2014).

The ASD are neurodevelopmental disorders that are manifested through various possible combinations of symptoms in a continuum of greater or lesser degree of severity (Coelho & Aguiar, 2014).

Early intervention is seen as a set of measures and support provided to children and their family. This aims to promote the development of children with disability or incapacity, developmental delay or serious risk of developmental delay, at an early age and to improve their quality of life as well as that of their families (Tegethof, 2007).

This research was developed in order to better understand children with Autism Spectrum Disorder and to understand how the Early Intervention influences the development of these. This study was conducted with the collaboration of six children with perturbation of the Autism Spectrum, which are divided into two groups, with Group 1's children attended the EI program and group 2 only had weekly or biweekly sessions of psychologist, speech therapy and occupational therapy.

In order to verify the effectiveness of the Early Intervention Program was administered, to both groups at the same time, the Psychoeducational Profile Revised - PEP-R at two different moments, with an interval of six months, in order to check the progress of each child.

Keyword: Autism Spectrum Disorders; Early Intervention; Children.

AGRADECIMENTOS

Finalizada uma etapa particularmente importante da minha vida, será difícil transmitir em palavras toda a gratidão que tenho para com aqueles que me acompanharam nesta caminhada e contribuíram para a realização deste trabalho.

As minhas primeiras palavras são dirigidas à minha orientadora, Professora Doutora Ana Costa, pelo apoio incondicional desde o primeiro momento, pela constante disponibilidade, pela proteção e motivação nos momentos mais difíceis, pela revisão cuidadosa em cada etapa desta dissertação. O seu suporte e amizade foram fortes pilares na construção deste trabalho.

Agradeço do fundo coração o apoio incondicional, a disponibilidade e o carinho da minha supervisora, Doutora Ana Aguiar. A sua presença foi crucial durante todo o meu percurso. Obrigada por me ter ajudado a crescer em todos os níveis da minha vida. Foi sem dúvida o meu exemplo.

Um muito obrigado à Universidade Fernando Pessoa, pelo acolhimento e pela formação que me proporcionou ao longo destes anos. A todos os colaboradores e docentes, o meu Muito Obrigado!

Agradeço a todos os Profissionais da Clínica onde o estudo foi realizado, por me receberem de forma tão acolhedora, por me autorizarem na recolha dos dados e por todo o apoio que me deram sempre nesta fase final do meu percurso académico.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

A todas as famílias das crianças que participaram no meu estudo, um muito obrigado, pois sem eles nada disto seria possível.

Gostaria de agradecer aos meus pais Laura e Domingos e ao meu irmão Rui por todo o carinho e amor que me deram e por toda a confiança que depositaram em mim em todos os momentos deste percurso. Amo-vos.

Agradeço ao meu marido Rogério o apoio incondicional em todos os momentos da minha vida. Por todo o amor e carinho que me deu nos momentos mais difíceis deste percurso, sendo crucial para eu nunca desistir. A confiança que sempre depositou em mim ajudou-me a concretizar o meu sonho, sem nunca pensar em desistir. Sem dúvida a minha fonte de inspiração. Obrigada meu amor. Amo-te para sempre.

Agradeço à minha querida amiga Ângela por todo o carinho e apoio que me deu ao longo de todo o meu percurso académico. Esteve e está sempre do meu lado em todos os momentos da minha vida, sendo uma amiga para sempre com um lugar muito especial no meu coração. Obrigada por tudo amiga. Adoro-te.

Um obrigado muito especial para a minha cunhada Eliana. Agradeço pela presença, carinho, apoio e confiança que me foi dando em diversos momentos importantes para mim ao longo deste percurso. Obrigada Adoro-te.

Gostaria de agradecer aos meus sogros D. Manuela e Sr. António e aos meus cunhados João e Pedro por todo o carinho que sempre me deram e me apoiaram sempre ao longo

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

do meu percurso. À minha sogra um obrigado especial pela confiança que sempre depositou em mim e por me dar sempre a mão quando mais precisei.

Obrigada às minhas colegas, Joana, Ilda, Virgínia, Inês, Rafaela, Rita, Catarina, Teresa e Patrícia, por toda a vossa paciência e apoio neste percurso. A vossa ajuda foi fundamental. Obrigada a todas.

Um grande obrigado para a minha amiga e colega de trabalho Diana por todo o apoio e ajuda que me deu ao longo deste percurso tao importante para mim. Obrigada.

A todos, muito obrigada!

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
-------------------------	----------

Parte I. – Enquadramento Teórico

Capítulo I

INTRODUÇÃO	5
-------------------------	----------

1.1 Perturbações do Espectro do Autismo	5
--	----------

1.2 Características das Perturbações do Espectro do Autismo	8
--	----------

1.3. Prevalência	12
-------------------------------	-----------

1.4. Avaliação	13
-----------------------------	-----------

1.4.1 Autism Diagnosis Interview-Revised	13
---	-----------

1.4.2 Childhood Autism Rating Scale	15
--	-----------

1.5. Diagnóstico	16
-------------------------------	-----------

1.6. Intervenção.....	19
------------------------------	-----------

1.6.1 Modelo Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children	20
---	-----------

1.6.2 Modelo de Denver	25
-------------------------------------	-----------

1.6.3 Modelo The Development, Individual Difference, Relationship-based	26
--	-----------

SÍNTESE	29
----------------------	-----------

Capítulo II

INTRODUÇÃO	30
-------------------------	-----------

2.1 História e enquadramento da Intervenção Precoce	30
--	-----------

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

2.2 Conceitos Intervenção Precoce.....	32
2.3 Objetivos da Intervenção Precoce.....	34
2.4 Razões para intervir precocemente.....	35
2.5 Faixa etária da população-alvo da Intervenção Precoce	36
2.6 Intervenção Precoce no autismo.....	37
SÍNTESE	40
 Parte II. – Estudo Empírico	
INTRODUÇÃO	42
1. Objetivos do estudo	42
1.1 Objetivos específicos.....	42
2. Método	43
2.1 Participantes	43
2.2 Materiais.....	55
2.2.1 Autism Diagnostic Observation Schedule	55
2.2.2. PEP-R – Perfil Psicoeducacional Revisado (Psychoeducational Profile Revised) - Schopler, Reichler, Bashford, Lansing & Marcus, 1990.....	58
2.3. Programa de Intervenção Precoce	60
2.4. Procedimento	61
2.5 Resultados	61
2.6. Discussão dos resultados	61
CONCLUSÃO GERAL	61
Referências Bibliográficas	61

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Anexos

**Anexos I – Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa
para a realização do estudo.**

Anexos II – Consentimento Informado.

INTRODUÇÃO

Desde o início da existência humana que as comunidades tendem em excluir aqueles que se afastam da norma tanto ao nível físico como mental. Esta postura deve-se muito aos mitos e crenças infundadas e também à falta de informação. Atualmente, a sociedade mostra um enorme interesse por esta população, por isso, a investigação procura conhecimento acerca destes fenómenos visando a sua integração numa sociedade construída à margem de todos aqueles que apresentam necessidades especiais (Siebel, 2008).

A PEA é uma perturbação com sintomas e graus de manifestação bastante variados, sendo considerada como um transtorno de desenvolvimento, essencialmente nas áreas da comunicação e interação social (Siebel, 2008). Contudo podem verificar-se várias habilidades nas crianças com esta perturbação, como capacidades motoras, musicais, de cálculos matemáticos complexos, de memória e outras. A origem do diagnóstico desta perturbação ainda mantém-se incerta, visto que não existe informação de quando surgiram as primeiras pessoas com PEA. Considera-se que as PEA sempre existiram, apesar do desenvolvimento da ciência ter apenas tornado possível, há relativamente pouco tempo, a sua identificação e o seu diagnóstico (Mendes, 2013).

A PEA é uma perturbação do desenvolvimento que se manifesta antes dos 3 anos de idade. Esta perturbação compromete todo o desenvolvimento psiconeurológico afetando a comunicação e a interação social, podendo também estar associado um défice cognitivo (Almeida, 2014).

A IP na infância consiste em serviços, realizados por uma equipa transdisciplinar, dirigidos à criança e à família, com o objetivo de reduzir os fatores de risco, no desenvolvimento da criança. Deste modo, procura-se minimizar o mais possível os fatores que viriam a dificultar o

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

desenvolvimento esperado da criança, utilizando uma intervenção intensiva e sistemática (Oliveira, 2010).

O tema deste trabalho foi escolhido devido ao grande interesse por esta área e por estar a trabalhar diretamente com crianças com PEA. Deste modo, surgiu também o interesse com o apoio de diversas colegas, verificar a eficácia de um programa de intervenção precoce em crianças com PEA.

Este trabalho tem por propósito ser a dissertação de mestrado sobre o tema da “Eficácia da Intervenção Precoce intensiva e sistemática em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo”, tendo como participantes seis crianças com PEA. Pretendemos com este trabalho efetuar uma discussão sobre a eficácia do Programa de IP, em crianças com PEA, utilizado numa Clínica do Porto especializada em PEA. Mais especificamente verificar se as crianças inseridas no programa de IP apresentam melhorias em relação ao comportamento, à comunicação e à interação social, em comparação com as crianças que não frequentam o programa de IP, mas que frequentam outras terapias (psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional) na referida clínica.

Deste modo, a presente dissertação está organizada em duas partes: parte I – enquadramento teórico e parte II – estudo empírico. A parte I está dividida em dois capítulos, o capítulo I que aborda as PEA salientando a história do conceito, a definição do mesmo, as características mais presentes, a prevalência da perturbação, a avaliação realizada nestas perturbações, o respetivo diagnóstico e por fim a intervenção. O capítulo II é referente à IP, onde é abordada a história do conceito, a definição do mesmo, as razões para intervir precocemente, qual a faixa etária da população-alvo e a utilização desta intervenção precoce em crianças com PEA.

A parte II deste trabalho remete para o estudo empírico onde são apresentados os objetivos do estudo, os participantes, os instrumentos utilizados, o procedimento e, para finalizar o capítulo, os resultados e a sua discussão.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Para finalizar, é realizada uma conclusão final onde são apresentados os resultados mais relevantes do estudo realizado, as limitações que foram encontradas no decorrer da investigação e propostas para futuras pesquisas.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Parte I. – Enquadramento Teórico

Capítulo I

INTRODUÇÃO

Neste capítulo é feito o enquadramento conceptual sobre as PEA, começando por descrever a história do conceito, a sua prevalência e as principais características.

Posteriormente, foca-se a avaliação, o diagnóstico e a intervenção desta perturbação.

1.1. Perturbações do Espectro do Autismo

Autismo é uma palavra de origem grega, que resultou da junção das duas palavras “aut” e “ismo”, em que a primeira significa “de si mesmo, próprio”, e a segunda quer dizer “orientação, estado”, deste modo este termo designa uma orientação para si próprio. O termo autismo começou a ser utilizado no começo do século XX, como forma de referenciar um conjunto de perturbações do pensamento que permaneciam nos doentes esquizofrénicos (Oliveira, 2006). As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) são utilizadas como sinónimo do autismo reportando-se a uma situação clínica que se apresenta com inúmeras alterações clínicas, linguísticas e neurocomportamentais (Borges, 2000).

A American Psychiatric Association (APA), em Maio 2013 publicou a quinta edição do Manual de Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), após um processo de revisão que teve uma duração de aproximadamente 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), que 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. Deste modo, esta patologia encontra-se agora dentro das neurodesenvolvimentais, visto que anteriormente se encontrava dentro dos transtornos invasivos do desenvolvimento (Soares, 2014).

As PEA são consideradas uma perturbação neurodesenvolvimental precoce que se manifestam cedo no desenvolvimento, maioritariamente evidentes antes dos dois anos de idade (Oliveira, 2009) sendo caracterizadas por défices do desenvolvimento que condicionam dificuldades no funcionamento a nível pessoal, social, académico e ocupacional. Os défices do desenvolvimento abrangem diversas limitações específicas na aprendizagem ou no controlo de funções executivas, até défices globais de inteligência ou das capacidades sociais (Costa, 2013). Deste modo, a PEA é caracterizada por défices constantes na comunicação e interação social em diversos contextos, incluindo dificuldades na reciprocidade social, comportamentos comunicativos não verbais utilizados na interação social e capacidade de desenvolver, manter e entender relacionamentos (APA, 2014). Verifica-se que esta perturbação se manifesta num espectro contínuo de gravidade de maior ou menor intensidade através da diversidade de combinações possíveis de sintomas (Coelho & Aguiar, 2014).

O termo “autismo” foi utilizado pela primeira vez por Bleuler em 1911, no início do século XX, para caracterizar os sintomas de “afastamento” presentes na esquizofrenia como a perda de contacto com a realidade (Miranda, 2011). Contudo, o autismo só aparece descrito como um quadro sintomático (e não como um sintoma) em 1943 num artigo publicado por Leo Kanner intitulado “Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo” (Gonçalves, 2011). Neste trabalho, o autor começou por agrupar um conjunto de comportamentos aparentemente característicos, manifestados por onze crianças, maioritariamente do sexo masculino. Teoricamente, estes comportamentos poderiam identificar crianças com este distúrbio, verificando-se que demonstravam défice percetivo, emocional e cognitivo (Almeida, 2014).

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Seguindo-se a Kanner, Hans Asperger, em 1944 publicou o artigo intitulado “Psicopatologia Autística da Infância” baseado num estudo que envolveu quatro crianças descritas como portadoras da mesma resistência em estabelecer contacto social, e os mesmos padrões de interesse restritos, contudo, demonstravam competências linguísticas sofisticadas (Almeida, 2014).

Mais tarde, em 1979, Wing e Gould após publicarem os resultados do seu estudo em Camperwell e confirmarem que “embora as crianças autistas apresentassem um vasto leque de dificuldades, havia três áreas de incapacidade que podiam facilmente ser identificadas, linguagem e comunicação, competências sociais, e flexibilidade de pensamento ou de imaginação (...)” (Fernandes, 2010, pág. 16). Deste modo, descrevem aquela que ainda hoje é conhecida e aceite como a definição para as PEA – a Tríade de Lorna Wing – que salienta os défices ao nível da interação social, comunicação verbal e não verbal e imaginação. Este conjunto de alterações faz-se acompanhar por um padrão de atividades repetitivo e limitado (Coelho & Aguiar, 2014).

Relativamente à comunicação, para além da sua complexidade quanto ao conteúdo verbal (expressão, volume e velocidade do discurso), inclui o contacto visual da expressão facial e da linguagem corporal (Gonçalves, 2011). De acordo com diversos trabalhos realizados, verificou-se que os indivíduos com PEA apresentam uma enorme dificuldade em interpretar com facilidade a comunicação, de forma a que lhes permitem identificar ou responder adequadamente ao seu verdadeiro significado verbal (Fernandes, 2010).

Para a maioria das pessoas, a leitura e a interpretação das expressões faciais e dos gestos conduz a uma melhor compreensão daquilo que a outra pessoa quer dizer (Silva, 2012). Nos indivíduos com PEA existe uma menor capacidade de interpretar estes sinais, quando combinados com a linguagem oral. Deste modo, vai surgir uma dificuldade em compreender aquilo que o outro está a dizer. Contudo, segundo alguns especialistas, os indivíduos com PEA

podem enfrentar estas dificuldades com uma intervenção especializada e, assim, a sua capacidade de comunicação pode ser melhorada (Fernandes, 2010).

Atualmente, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM 5) as PEA englobam perturbações previamente referidas como autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação, perturbação desintegrativa da segunda infância e perturbação de Asperger (APA, 2014).

Apesar de ainda não ser possível identificar uma causa precisa desta alteração do desenvolvimento, diversos estudos consideram que poderá estar presente uma causa biológica, sendo necessário considerar os fatores genéticos, as causas pré e pós-natais, bem com uma combinação complexa que leva a uma grande variação na expressão comportamental (Vaz, 2014).

Por outro lado, a interação entre os aspetos intrínsecos e os fatores ambientais influenciará o produto final do desenvolvimento. A gravidade das PEA e a adaptação social, apesar de persistirem ao longo da vida, podem ser melhoradas através de uma intervenção sistemática e intensiva, iniciada o mais precocemente possível. Esta deve ser alargada à família e a todos os contextos onde a criança com PEA, está inserida (Coelho & Aguiar, 2014).

1.2. Características das Perturbações do Espectro do Autismo

A visão clínica sobre as PEA, nos últimos 50 anos, tem sido constantemente redefinida, mas as características essenciais destas crianças mantêm-se as mesmas. Verifica-se que os comportamentos mais frequentes nas crianças com PEA são: (1) o brincar repetitivo; (2) as perguntas estereotipadas; (3) os interesses exagerados por temas específicos; (4) os comportamentos motores estereotipados (por exemplo: abanar as mãos e os braços quando

estão zangados ou excitados); (5) as corridas sem objetivo, rodopiar, andar em bicos de pés; e (6) os interesses persistentes por objetos (ou parte deles) sem lhes atribuir uma utilização funcional ou simbólica (Oliveira, 2006).

Ao longo de muitos anos considerava-se que os indivíduos com PEA isolavam-se de tudo ao seu redor, não aceitavam o contato físico, não estabeleciam contato visual com as pessoas, não demonstravam interesse pelo outro e, ainda, não distinguiam os seus progenitores de um estranho. Contudo, surgiram inúmeras pesquisas que demonstraram que nas áreas do comportamento social, da linguagem, da comunicação, dos rituais, dos interesses restritos e das estereotípias, os comprometimentos não ocorriam “ao acaso”, apresentavam-se juntos, apesar de apresentarem intensidades e qualidades diferentes (Duarte, 2013). Desta forma constatou-se que as crianças com PEA conseguiam desenvolver comportamentos de afeto com os seus progenitores, manifestando alguma angústia quando separados dos seus pais, e deste modo procuram atenção quando se magoam e aproximam-se deles quando se encontram numa situação de risco (Batista & Bosa, 2002). Por outro lado, é difícil distinguir os comportamentos dos indivíduos com PEA dos indivíduos com outro tipo de perturbações do desenvolvimento, visto que as características que distinguem estes indivíduos são essencialmente a socialização, o jogo, a linguagem e a comunicação bem como o nível de atividade e interesses (Gonçalves, 2011).

Segundo Borges (2000) existem quatro critérios que predominam nestas crianças: (1) deficiência grave nas relações com os seus progenitores, parentes e outras pessoas; (2) atraso no desenvolvimento da linguagem; (3) comportamento estereotipado, desde movimentos repetitivos do corpo, até comportamentos ritualistas (por exemplo: alinhar os brinquedos ou a mobília numa determinada ordem); (4) estes comportamentos surgem prematuramente, de um modo geral, antes dos três anos de idade (Correia, 2011). Nas crianças com PEA é frequente observar a dificuldade em estabelecer uma interação com o outro, o que poderá conduzir a uma

falha na comunicação não verbal, como o contacto ocular, a expressão facial e a postura corporal, que interferem na interação social e na comunicação (Gonçalves, 2011).

As limitações relativamente à linguagem têm manifestações variáveis, dependendo da idade da criança, nível intelectual e capacidade de linguagem, bem como outros fatores, como, por exemplo, a história de tratamento e suporte atual. Muitas crianças com PEA apresentam défices da linguagem, podendo variar desde uma completa ausência de fala até um atraso da linguagem e compreensão pobre da fala (APA, 2014).

As crianças com PEA utilizam com muita frequência a “ecolália” durante a sua comunicação, ou seja, repetem ou fazem eco das palavras ou frases que são transmitidas por outras pessoas, o que é característico do processo de aquisição da linguagem (Jordan, 2000). Assim, este comportamento deve ser estimulado e encorajado, uma vez que deve ser visto como uma forma de comunicação e é essencial para que a criança consiga estabelecer uma interação social (Oliveira, 2012). Estes indivíduos usam diversas vezes a “ecolália”, como forma de comunicar e brincar com as palavras, no sentido de analisá-las. A ecolália pode ser definida em três tipos diferentes: (1) ecolália imediata (repetição exata da palavra ou frase logo após ser ouvida), (2) ecolália atrasada (repetição da palavra ou frase que foi ouvida após algumas horas, dias ou semanas) e (3) ecolália moderada (repetição de frases com algumas mudanças relativamente à original. Pode ser imediata ou atrasada) (Telmo, 2006).

Outro modo de comunicação por parte destas crianças são os seus comportamentos mais perturbadores que nos permitem perceber quando elas estão aborrecidas, frustradas, incapazes de completar a tarefa, incomodadas com algum ruído, entre outros aspetos (Jordan, 2000).

Nas PEA, existem crianças que evidenciam sintomas muito precocemente, desde o nascimento e, noutros casos, inicialmente apresentam um desenvolvimento normativo e, por volta dos dezoito meses, começam a surgir sintomas da perturbação quando deveriam começar a adquirir a linguagem rapidamente (Folgado, 2013). De um modo geral, o que leva os pais a

preocuparem-se e a dirigirem-se a um profissional de saúde, é o facto de a criança apresentar atraso na aquisição da linguagem, andar muito sonolenta e calma, chorar desconsoladamente durante longos períodos de tempo, reagir com indiferença aos sinais de afeto e não corresponder ao colo e ao aconchego (Martins, 2012). Por outro lado, outro fator de preocupação, por parte dos pais, é também a inexistência da imitação, cooperação nas brincadeiras (gestos de comunicação, acenar, despedir-se de alguém) e na partilha dos sentimentos e emoções, enquanto bebé (Viveiros, 2011).

Outras situações que se podem verificar nestas crianças, são problemas de sono e de alimentação, podendo estas recusar a comida uma vez que possuem um gosto muito restrito quanto aos alimentos (Costa, 2009).

Para além das características e dificuldades já referidas, as crianças com a PEA podem ou não apresentar as seguintes alterações no seu desenvolvimento cronológico (Morais, 2012; Viveiros, 2011): dos 0 aos 6 meses são indiferentes à ausência ou presença da mãe; não respondem aos sorrisos; reagem exageradamente aos sons (por exemplo: telefone, apito, grito); as vocalizações iniciais podem não surgir ou estarem sensivelmente atrasadas. Dos 6 aos 12 meses recusam comer alimentos sólidos; têm dificuldades em sentar-se, em gatinhar; não são crianças afetuosas; não têm medo de pessoas estranhas; não batem palmas; têm dificuldade em articular algumas palavras simples e não olham nem aponta para os objetos. Dos 2 aos 3 anos mostram interesse por áreas específicas (por exemplo: sons); observam de modo muito próximo objetos em movimento; observação constante e repetitiva dos próprios dedos; têm pouco ou nenhum interesse pelos brinquedos; mexem nos brinquedos de forma estranha; a imaginação está pouco desenvolvida ou mesmo ausente; não têm interesse pelo contacto interpessoal e quando querem algo, movem a mão da pessoa e usam-na para alcançar o objeto desejado. Dos 6 anos à adolescência o relacionamento social é problemático; linguagem limitada; melhoria das respostas a estímulos sensoriais; dificuldades de abstração; não há

envolvimento emocional; a afetividade permanece ausente; emocionalmente distante; comunica de forma desconexa e irrelevante; impulsivas ou com pouco autocontrole. Na fase adulta as incapacidades intelectuais agravam-se; comportam-se de forma estranha; dificuldades no relacionamento interpessoal; conforme o grau de comprometimento, é possível aprenderem alguns padrões de conduta e exercerem a sua cidadania, integrando-se satisfatoriamente no meio envolvente.

1.3. Prevalência

Em Portugal, segundo um estudo epidemiológico realizado por Oliveira (2005) estimava-se que, em Portugal, por cada mil crianças houvesse uma com PEA. A prevalência global estimada das PEA nas crianças em idade escolar é 0,92 por cada mil crianças em Portugal Continental e de 1,56 por cada mil nos Açores. A prevalência das PEA é menor na região Norte e é também, em Portugal, inferior aos valores obtidos a nível internacional, que apontam para números mais elevados nos restantes países da Europa e América do Norte. Esta investigação clínica abrangeu cerca de 345 000 crianças, nascidas de 1990 a 1992 e que frequentam o 1º ciclo de ensino básico (Oliveira, 2010).

Contudo, verifica-se que o número de casos de crianças diagnosticadas com PEA tem vindo a aumentar um pouco por todo o mundo, o que poderá ser explicado por uma maior consciencialização para esta perturbação, quer por parte dos profissionais, quer por parte da sociedade, em geral (Oliveira, 2010). Wall (2010) considera que este aumento se deve ao facto de existir maior informação e conhecimento das PEA e não propriamente pela prevalência da perturbação.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Posto isto, estima-se que a prevalência mundial do autismo seja de uma a duas crianças em cada mil e que, em Portugal, seja de aproximadamente um caso em cada mil crianças em idade escolar (Oliveira, 2009).

Relativamente aos aspetos de diagnóstico relacionados com o género, a prevalência das PEA é quatro vezes maior no sexo masculino relativamente ao sexo feminino (Silva, 2012). No entanto, as raparigas com PEA têm maior probabilidade de ter défice intelectual grave (APA, 2014). Por outro lado, a prevalência desta perturbação é cinquenta vezes maior em irmãos de crianças já portadoras de PEA do que na população em geral (Ferreira, 2011).

1.4. Avaliação

Segundo Aguiar e Ribeiro (2006), existem inúmeros instrumentos úteis para a avaliação das PEA. É de salientar que a avaliação deve ser feita por médicos especialistas em PEA, embora seja fundamental a colaboração de uma equipa multidisciplinar na avaliação. Deste modo, serão mencionados alguns dos instrumentos que possam ser utilizados nestas situações e que normalmente são mais utilizados. Os instrumentos de diagnóstico para PEA 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.

1.4.1. Autism Diagnosis Interview-Revised

O Autism Diagnosis Interview-Revised (ADI-R) foi desenvolvida por Le Couteur, Lord e Michael Rute (2003). É uma entrevista estruturada administrada a pais ou cuidadores das crianças e tem como objetivo obter informação pormenorizada dos comportamentos requeridos

para um diagnóstico de PEA. Esta entrevista deve ser realizada por um entrevistador clínico experiente e o informador deve estar familiarizado com a criança alvo. A entrevista foca-se sobre três domínios do funcionamento, importantes para o diagnóstico, sendo eles a linguagem/comunicação, a interação social recíproca e os comportamentos e interesses restritos e estereotipados (Pereira, 2009)

Este instrumento permite interpretar os resultados de duas formas: a primeira centra-se na informação sobre os antecedentes da criança e da família. A segunda forma foca-se na avaliação dos comportamentos mais precoce nas diversas áreas de funcionamento e proporciona uma base para se estruturar a intervenção. Contudo, é importante complementar esta avaliação com outros instrumentos validados, uma vez que o diagnóstico pela ADI-R não é o mesmo que um diagnóstico clínico. Esta entrevista permite realizar uma avaliação de inúmeras anomalias ligeiras que pertencem ao fenótipo alargado das PEA o que, deste modo, comprova que é um instrumento útil (Coelho & Aguiar, 2014).

O protocolo da entrevista inclui oito secções principais: (1) questionário referente à família, educação, início do diagnóstico e medicações efetuadas; (2) perguntas sobre uma visão geral do comportamento do sujeito; (3) análise das etapas essenciais do desenvolvimento; (4) avaliação da idade da aquisição da linguagem e eventual regressão; (5) funcionamento da linguagem / comunicação; (6) desenvolvimento social e jogo; (7) interesses e comportamentos; (8) comportamentos gerais associados (por exemplo: autoagressão) (Sato, 2008).

Atualmente, o ADI-R e o ADOS (irá ser aprofundado mais à frente no estudo empírico) são considerados como os padrões de instrumentos de diagnóstico do autismo e encontra-se traduzido (Pereira, 2009).

1.4.2. Childhood Autism Rating Scale

A Childhood Autism Rating Scale (CARS) é uma escala de avaliação por observação, desenvolvida por Schopler e Reichler (1988), que tem como objetivo identificar crianças com PEA e diferenciá-las de crianças com outros atrasos de desenvolvimento. Este instrumento destina-se a crianças a partir dos 2 anos de idade e é composto por 15 itens que permitem avaliar o grau de severidade de crianças com PEA. Para além da sua fiabilidade, apresenta uma grande vantagem, sendo ela a sua fácil aplicação a qualquer grupo etário, permitindo uma discriminação e avaliação da gravidade do diagnóstico, com critérios objetivos e quantificáveis relevantes para planificar a intervenção (Soares, 2014). Este instrumento encontra-se traduzido para a população portuguesa. Os itens considerados na CARS são: (1) relação com as pessoas, ou seja, observar como a criança reage às tentativas de contacto e quantificar o esforço necessário para ela iniciar a interação; (2) imitação (essencial para o desenvolvimento; imitação de gestos, ou sons, de acordo com a idade e capacidade de compreensão, e o tempo de latência); (3) resposta emocional, que avalia a capacidade de exprimir emoções em resposta a estímulos, sua intensidade e adequação; (4) movimentos do corpo, que avalia a coordenação e adequação dos movimentos, presença de estereotípias, posturas bizarras e coordenação motora; (5) utilização de objetos, que avalia o interesse da criança por brinquedos e objetos, a forma como os utiliza, interesse por pormenores, uso de jogo simbólico; (6) adaptação à mudança, que avalia a tendência para rituais ou rotinas e a forma como reage à alteração das mesmas; (7) resposta visual, onde se avalia o evitamento ou não do contacto ocular e a sua permanência na interação; (8) resposta auditiva que avalia a sensibilidade particular a estímulos auditivos e reação aos mesmos, como tapar os ouvidos ou ignorar o chamamento; (9) resposta ao paladar, cheiro e tato que avalia a forma como reage ou não adequadamente a estes estímulos; (10) medo ou ansiedade que avalia a presença de medos ou fobias específicos e não comuns para a

idade; (11) comunicação verbal que avalia o tipo e uso de linguagem (ou a sua ausência) e o grau de perturbação ou bizarras, tipo de vocabulário, ecolália, inversão de pronomes e intencionalidade ou não da comunicação; (12) comunicação não verbal, que avalia a comunicação não verbal, desde os gestos à postura, expressão facial, corporal, reação à expressão não verbal dos outros, assim como o interesse em comunicar; (13) nível de atividade que avalia o grau de atividade maior ou menor da criança em relação à idade e situação, podendo interferir com a sua adaptação; (14) nível e consistência da resposta intelectual que se refere ao nível geral de funcionamento intelectual, memória, consistência ou discrepância em certas áreas (talentos) de acordo com a idade; e (15) impressão global - apreciação global do grau de PEA em termos qualitativos de acordo com a informação recolhida na história clínica, observação e dados adicionais (Coelho & Aguiar, 2014).

É importante referir que este instrumento não pode ser utilizado isoladamente, é necessário complementar com outras fontes de informação e avaliação (Ferreira, 2011).

Para além destes instrumentos existem muitos outros, sendo um deles o Psychoeducational Profil Revised (PEP-R) que vai ser aprofundado mais à frente no estudo empírico, uma vez que é um dos instrumentos utilizados no estudo realizado.

1.5. Diagnóstico

O conceito diagnóstico surgiu da palavra grega “diagnostikó”, que se traduz por um estudo do aprofundamento concretizado com o objetivo de conhecer um determinado acontecimento ou realidade, utilizando diversos procedimentos teóricos, técnicos e metodológicos que procuram reduzir a incerteza (Coelho, 2011). O diagnóstico é baseado no comportamento observado e na avaliação psicológica e educativa. Os sintomas de PEA variam assim como variam os métodos de avaliação para a obtenção de um diagnóstico (Araújo, 2007).

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Considera-se que o aparecimento das PEA, esteja relacionado com alguma anormalidade do cérebro, ainda não definida, mas que poderá estar associada a um princípio genético (Padilha, 2008). As PEA demonstram uma etiologia bastante heterogénea, de modo que acaba por dificultar a existência de um teste médico definitivo ou de uma cura para este tipo de patologia (Landa, 2008).

Assim, a avaliação deve ser realizada por um ou vários profissionais de saúde com vários anos de experiência (Martins, 2011).

Nas crianças com PEA verifica-se que apresentam atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos: interação simbólica, linguagem para fins de comunicação social ou jogos simbólicos ou imaginativos (Viveiros, 2011).

O diagnóstico nas PEA é fundamental numa primeira instância, para permitir explicar aos familiares o que a criança tem, bem como dar-lhes uma ideia daquilo que poderão esperar no futuro. Para, além disso, este diagnóstico descreve os sintomas presentes na criança, referindo os mais marcantes e os mais moderados, assim como os pontos fortes e menos fortes da criança em questão (Correia, 2014). Numa segunda instância, o diagnóstico permite iniciar um plano de intervenção e encaminhar a criança para os serviços que este irá necessitar para ultrapassar as suas dificuldades. Ao longo deste processo, o diagnóstico deve informar os pais sobre o que está errado e o que eles devem fazer em termos de intervenção (Oliveira, 2010). Deste modo, quanto mais cedo for realizado o diagnóstico, mais precocemente se poderá intervir e esta intervenção poderá ter um impacto muito positivo no desenvolvimento da criança e na sua família (Marques, 2000; Perry, Condillac & Freeman, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o sujeito, para ser diagnosticado com PEA, tem que apresentar pelo menos 6 dos 12 sintomas, em que pelo menos dois são referentes

à área social e um de cada uma das categorias da comunicação e dos comportamentos/interesses (Duarte, 2013).

Contudo, constata-se que o diagnóstico das PEA é complexo, visto que não existem marcadores, testes ou itens de avaliação de comportamento exclusivo para estas perturbações (Reis, 2014). Nas PEA, a avaliação, a despistagem e o diagnóstico alteraram-se ao longo do tempo. Há uma década, estes tipos de perturbações eram diagnosticadas tendo em conta uma opinião clínica subjetiva. Ao longo dos anos foi-se alcançando uma concordância acerca do diagnóstico e assim criaram-se entrevistas e medidas de observação normalizadas (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003), como já referimos.

O diagnóstico tem como objetivo entender como e porque certos sintomas aparecem em determinados sujeitos tendo em conta a sua constituição: fatores genéticos, temperamento, desenvolvimento, história de vida e circunstâncias psicossociais (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003).

Para se realizar um bom diagnóstico das PEA, deve-se efetuar uma análise adequada à criança, a nível físico e psicológico (Gonçalves, 2012). Esta avaliação deve integrar entrevistas com os progenitores e/ou outros parentes interessados; observações diretas e/ou indiretas; exames psico-mentais e, por vezes, são ainda necessários exames complementares de doenças genéticas ou hereditárias (Santos, 2012). Quanto mais cedo for efetuado o diagnóstico, mais precocemente se poderá intervir, estimulando o desenvolvimento da criança (Marques, 2000).

Filipek e colaboradores (1999, citado por Mesquita, 2011) consideram que os indícios sociais do diagnóstico precoce são: contacto ocular muito pouco visível, frequentemente brincar sozinho, não demonstrar qualquer interesse pelos outros, isolar-se do mundo que o rodeia. Relativamente aos sinais comunicativos são: não reagir às ordens que lhe são dadas, não reagir quando chamam pelo seu nome, não apontar, não dizer adeus, não explicar o que pretende e utilizar as mãos dos outros para alcançar o que deseja. Quanto aos sinais de

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

comportamento estes são: hiperatividade, rigidez, não há cooperação da sua parte, hipersensibilidade ou insensibilidade a barulhos e ao tato; usa os brinquedos sem ser para a sua função habitual, roda os objetos, faz movimentos bizarros, estereotipados e repetitivos ou, por outro lado, mostra desinteresse e passividade em relação aos objetos do seu meio envolvente.

Hoje em dia, existe uma maior sensibilidade quanto à realização do diagnóstico desta patologia e tem-se verificado um grande desenvolvimento nos instrumentos, de forma a realizá-lo com exatidão (Ferreira, 2011).

1.6. Intervenção

É de salientar a importância de planear uma intervenção individualizada, sistemática e intensiva, iniciada o mais precocemente possível e alargada à família e aos restantes contextos de vida (Coelho & Aguiar, 2014). Neste sentido, ao longo dos anos foram desenvolvidas metodologias de intervenção com o objetivo de minimizar os défices existentes e maximizar as competências adquiridas pelas crianças, promovendo a sua autonomia e qualidade de vida, aliviando o stress familiar (Lima, 2012). A maioria das metodologias são implementadas de forma precoce e intensiva e podem categorizar-se em função da sua orientação teórica em metodologias comportamentais, desenvolvimentais ou ensino estruturado (Lima, 2012).

1.6.1. Modelo Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children

O modelo Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children – Tratamento e Educação de Crianças com Autismo e Problemas de Comunicação

(TEACCH) foi criado em 1966, como sendo um programa transdisciplinar, na divisão de psiquiatria da Universidade da Carolina do Norte, nos EUA. Este modelo foi especificamente concebido para ser desenvolvido com crianças com PEA. Apresentava como principal objetivo ajudar a preparar as pessoas com PEA a viverem e trabalharem de forma mais autónoma possível, em casa, na escola ou no local de trabalho (Lopes, 2011). Foca-se essencialmente na ajuda às pessoas com PEA, de forma a integrar estas na sociedade como adultos (Ferreira, 2011).

Deste modo, o modelo TEACCH, iniciou o seu crescimento graças aos seus resultados empíricos, que levou a que este modelo seja uma filosofia de intervenção em diversos países e em diferentes culturas (Ferreira, 2011).

O modelo TEACCH salientava a importância de ser realizada uma avaliação de desenvolvimento bastante precisa de forma a saber qual a melhor intervenção e as melhores estratégias que deveriam ser utilizadas para determinada criança, procurando promover uma boa aprendizagem por parte da mesma e facilitar a sua adaptação ao contexto familiar, escolar e à comunidade (Cardoso, 2014).

Schopler (1972, citado por Coelho & Aguiar, 2014) desenvolveu este modelo, uma vez que trabalhava com crianças com PEA e procurava ensinar o método mais eficaz para ajudar estas, ou seja, ensinar aos pais e aos professores métodos de educação especial e técnicas comportamentais que respondessem às necessidades das mesmas. Este método consiste na intervenção direta com as crianças, num programa curricular centrado nas áreas fortes e nas áreas emergentes, considerando os pontos fortes e fracos da criança e da respetiva família. Estes métodos baseiam-se essencialmente na forma de pensar e de aprender da criança, valorizando os seus pontos fortes, como o processamento visual, a memória visual e a memória para rotinas. Após verificar a eficácia deste projeto, este transformou-se num programa extensivo a todo o estado da Carolina do Norte, surgindo assim o modelo TEACCH.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Ao longo dos anos, a intervenção alargada à família tem sido acentuada, reforçando a importância do envolvimento dos pais ao longo de todo o processo, tanto na fase inicial de avaliação do desenvolvimento de cada criança, como na posterior elaboração e implementação do programa educativo individual (Soares, 2014).

Este programa assenta na utilização de cinco tipos de estrutura, sendo a primeira a estrutura física que consiste na organização do espaço de intervenção, de forma visualmente clara. Os diferentes espaços deverão corresponder a áreas onde a criança realiza diferentes atividades e a separação destas áreas deve ser bem definida. Esta organização permite à criança compreender melhor o seu meio e a relação entre os acontecimentos. É importante salientar que esta divisão de áreas é realizada nos diferentes contextos onde a criança está inserida (escola, casa e no contexto clínico) (Duarte, 2013). As áreas são criadas em função do espaço existente e das necessidades de cada criança. A estrutura física ajuda a criança a compreender o que esperamos dela quando a conduzimos para um determinado espaço, o que aumenta a colaboração nas atividades propostas. O mais importante é que a estrutura física permita à criança antecipar os acontecimentos e organizar-se o mais autonomamente possível, o que vai contribuir para uma maior estabilidade emocional. Em todos os contextos referidos a estrutura física deverá ir mudando em função da avaliação contínua das necessidades da criança (Cumine, Leach & Stevenson, 2008).

A segunda estrutura refere-se a um horário que permite à criança saber quais são as atividades que vão ser realizadas ao longo do dia e em que sequência. Tal como a estrutura física, o horário de atividades permite à criança antecipar e prever quais as atividades que irá realizar ao longo do dia, contribuindo desse modo para a sua estabilidade emocional. Este horário contribui para a diminuição da ansiedade e da ocorrência de comportamentos desadequados. Simultaneamente, aumenta a capacidade da criança de lidar com mais facilidade com as alterações de rotinas, uma vez que estas podem ser antecipadas de um modo

visualmente claro, aumentando desse modo a flexibilidade mental. Para a elaboração do horário é necessário ter em consideração a avaliação individual de cada criança (Cumine, Leach, & Stevenson, 2008).

A terceira estrutura consiste no Plano de Trabalho Individual. Este plano permite à criança antecipar as tarefas que vão ser realizadas ao longo do dia e indica quais as tarefas que vão ser realizadas em determinadas áreas e em determinado momento, ou seja, permite que a criança consiga ter um suporte visual consistente das atividades que estão incluídas no horário. O plano de trabalho indica quais são as tarefas que esperamos que a criança faça, por que ordem, a quantidade de trabalho que tem de fazer, quando é que o trabalho acabou e o que fazer quando acabou. Esta informação é fundamental para obter a colaboração da criança e evitar diversos problemas comportamentais. Por outro lado, vai ajudar a criança a adquirir a noção de princípio, meio e fim, promovendo a sua autonomia. Assim, a criança não vai necessitar constantemente da orientação do adulto para realizar uma tarefa e permite que esta saiba o que fazer quando acabar as atividades (Cumine, Leach, & Stevenson, 2008).

A quarta estrutura refere-se às Estruturas Visuais, que consistem numa variedade de pistas visuais ou de instruções que poderemos utilizar para ensinar à criança como realizar uma tarefa. Deste modo, pretendemos proporcionar à criança pistas visuais que lhe permitem saber como realizar uma tarefa (Cumine, Leach, & Stevenson, 2008).

A quinta e última estrutura refere-se às rotinas que para todos nós são necessárias. Para as crianças com PEA, as rotinas são cruciais para a auto-organização, a funcionalidade e o bem-estar das mesmas. Por vezes os pais questionam os técnicos relativamente à pertinência de utilizar rotinas, uma vez que estas crianças apresentam uma tendência muito acentuada para o estabelecimento das suas próprias rotinas e, deste modo, os pais receiam estar a acentuar este problema. Contudo é pertinente perceber que não é possível impedirmos esta tendência natural, na ausência da qual ela se vai sentir completamente perdida e ansiosa, num mundo que para

ela é completamente caótico. Deste modo, considera-se que este é um dos motivos que leva a criança com PEA a desenvolver, ela própria, uma quantidade de rotinas, repetitivas e estereotipadas, que acabam por interferir com a sua aprendizagem, com o processo de socialização e com toda a dinâmica familiar (Duarte, 2013). Estes comportamentos ritualistas podem aumentar gradualmente, quando a criança não consegue antecipar um acontecimento que irá ocorrer ao longo do dia ou quando ocorre uma alteração nas suas rotinas. Nos indivíduos com PEA, é importante perceber como devemos recorrer à utilização das rotinas, ou seja, é necessário implementarmos rotinas positivas, que promovam o desenvolvimento da criança, para que possamos contribuir para a sua compreensão relativamente ao mundo que a rodeia, para que este passe a ter algum sentido e permitindo à criança antecipar os acontecimentos (Cumine, Leach, & Stevenson, 2008). Numa fase inicial, para facilitarmos à criança esta compreensão, seria pertinente associar as rotinas a um horário de atividades de forma a que a criança consiga antecipar os acontecimentos que vão ocorrer ao longo do dia. Isto poderá ser feito recorrendo a desenhos, desde que a criança perceba o que se vai passar. Esta estratégia poderá evitar que a criança tenha necessidade de adotar comportamentos ritualistas. Esta estratégia pode também ser aplicada a crianças com um bom nível de compreensão da linguagem, uma vez que estas processam mais facilmente uma rotina que seja transmitida visualmente (Martins, 2012).

Para além de respeitar a natureza da PEA e promover a antecipação, a auto-organização e a regulação emocional, as rotinas servem outros objetivos (Leon, 2002). Por exemplo, a rotina básica «primeiro trabalhar e depois brincar», permite que a criança consiga compreender as relações entre os acontecimentos, ou seja, as relações de causa-efeito e permite que perceba que o seu próprio comportamento influencia aquilo que acontece. Esta compreensão permite que a criança consiga desenvolver a sua iniciativa, a sua autonomia, e também a sua segurança, o que diminui o sentimento de ser totalmente dependente de acontecimentos inesperados e

incompreensíveis que ela não antecipa e não controla. A rotina de orientação «de cima para baixo e da esquerda para a direita», ou a rotina «primeiro arrumar as peças e depois fazer», em diversos jogos e atividades, fornecem à criança uma estratégia de resolução de problemas e de abordagem sistemática, que poderá ser implementada em diversas tarefas (Mello, 2005). Permite conseqüentemente a aquisição de competências de tomada de decisões e de resolução de problemas, perante situações novas. Contudo é de salientar a implementação das rotinas só deverá ser utilizada enquanto a criança não as consegue interiorizar, e a antecipação à alteração das rotinas só faz sentido enquanto a criança não apresentar mecanismos de regulação interna que lhe permitam aceitar as alterações como algo natural (Duarte, 2013). Deste modo a criança habitua-se à ideia que os imprevistos podem acontecer e que podem ser mais ou menos positivos. Deste modo, os cinco tipos de estruturas que definem os aspetos essenciais do Modelo do Ensino Estruturado deverão ser mudados ou até extintos, em função da avaliação contínua das necessidades de cada criança ao longo do seu crescimento (Kwee, Sampaio & Atherino, 2009).

O ensino estruturado é utilizado quando existem alterações das capacidades do input sensorial, dificuldade em gerir imprevistos, limitação na capacidade de abstração e simbolismo, memória sequencial pobre, rotinas, preocupações, estereotípias e rituais e dificuldade na generalização (Ferreira, 2011).

O modelo TEACCH não se reduz unicamente a uma técnica ou a um método, ou seja, este modelo é um programa completo para trabalhar com pessoas com PEA e poderá ser utilizado em conjunto com outros métodos (Gonçalves, 2011). Este método pretendia demonstrar que a intervenção educativa e a colaboração dos pais com os profissionais na elaboração e implementação de programas de ensino individualizado, são a abordagem mais eficaz para ajudar crianças com PEA (Duarte, 2013).

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

É de salientar que este modelo pode ser utilizado em qualquer ambiente educacional, não apenas para alunos em salas de aula, incluindo clínicas de psicologia, espaços musicais, sessões e terapia ocupacional e terapia da fala, entre outros. Assim, os serviços baseados no modelo TEACCH são usados com indivíduos desde a infância até à idade adulta em inúmeras configurações, por exemplo os programas de intervenção precoce, salas de aula de escolas públicas e privadas, casa da família e habitação privada, jogos e outros grupos sociais, acampamento de verão e outros programas de recreação, sessões de aconselhamento individual e em grupo e locais de trabalho competitivo e protegido (Kwee, Sampaio & Atherino, 2009).

1.6.2. Modelo de Denver

O modelo de Denver foi desenvolvido pelos psicólogos Rogers e Dawson em 1981, como sendo uma abordagem abrangente de Intervenção Precoce para crianças com PEA com idades compreendidas entre 24 e 60 meses (Soares, 2014). Este modelo considerava as PEA como uma falha no desenvolvimento social e da comunicação. Deste modo o programa focou-se em elaborar relações próximas com as crianças como fundamentação ao desenvolvimento social e comunicativo. Em primeiro lugar valorizou, as interações dinâmicas que envolviam um afeto positivo que levaria a criança a procurar outros parceiros sociais para participarem nas suas atividades preferidas. Neste modelo é elaborada a técnica das “rotinas sensoriais sociais” que tem como objetivo evidenciar a interação que as crianças iniciavam e continuavam durante a comunicação não verbal, sendo estas rotinas sensoriais fundamentais (Rogers & Dawson, 2010).

As principais características deste modelo incluem: (1) uma equipa multidisciplinar; (2) foco no envolvimento interpessoal; (3) desenvolvimento fluente, recíproco e espontâneo da imitação de gestos, movimentos faciais e expressões e utilização de objetos; (4) ênfase no

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal; (5) foco nos aspetos cognitivos das brincadeiras realizadas em rotinas de jogo interativo; e (6) parceria com os pais (Rogers & Dawson, 2010).

Os procedimentos deste modelo podem ser utilizados em diversos contextos de ensino como nos centros pré-escolares, nos infantários inclusivos, nas intervenções implementadas pelos pais ou nas intervenções no domicílio. Este modelo foi desenvolvido para ser aplicado e supervisionado por profissionais de Intervenção Precoce, como professores de educação especial, psicologia educacional, clínica ou de desenvolvimento, terapia da fala, terapia ocupacional, intervenção ABA (Análise Aplicada do Comportamento), ou outras pessoas que estejam diretamente treinadas e supervisionadas por qualquer um destes profissionais. A sua implementação foi desenhada com base no desenvolvimento e psicologia clínica infantil, educação infantil, terapia da fala, terapia ocupacional e metodologia ABA. Deste modo, qualquer pessoa que utiliza este modelo, necessita de ter conhecimentos básicos ao nível destes conceitos e práticas destas disciplinas. Isto é mais facilmente obtido dentro de uma equipa de Intervenção Precoce que possa cruzar todos estes conceitos e práticas (Vismara & Rogers, 2008).

1.6.3. Modelo The Development, Individual Difference, Relationship-based

O modelo The Development, Individual Difference, Relationship-based (DIR) é um modelo de intervenção multidisciplinar, foi desenvolvido em 1998, nos Estados Unidos por Stanley Greenspan e Serena Wieder em 1998, que engloba a abordagem *Floortime* com o envolvimento e participação da família, com a intervenção de várias valências terapêuticas (Terapia da Fala e Terapia Ocupacional) e a articulação e integração nas estruturas educacionais (Ferreira,

2011). Apresenta a designação DIR uma vez que se baseia na intervenção ao nível do desenvolvimento, diferenças individuais e relação (Borges, 2000).

Este modelo pretende a estimulação da criança várias horas por semana, uma vez que isso é necessário para qualquer criança que apresente dificuldades na relação e na comunicação (Barbosa, 2009). Por outro lado, este modelo considera que a criança tem capacidade de melhorar e construir um círculo de interesses e de interações com o adulto. Assim, inicialmente é realizada uma avaliação que dê um perfil individual da criança. De seguida é previsto intervir em três áreas específicas como a integração sensorial baseada na estimulação conjunta do equilíbrio e tato; a terapia de jogo, onde se recorre a diversos brinquedos numa sala e, por último, a terapia da fala, onde se dá relevância à comunicação (Borges, 2000).

Este modelo visa envolver a criança numa relação afetiva e tendo como princípios básicos seguir a iniciativa da criança, envolver-se numa atividade 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 afetiva levar a criança a comunicar connosco, alargar os momentos de interação através do jogo, alargar a gama de interesses e competências de processamento sensorial, adaptar a intervenção às características motoras, auditivas, e sensoriais da criança e tentar simultaneamente estimular os níveis funcionais do desenvolvimento funcional (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico emocional) (Borges, 2000).

Segundo Greenspan (1992), as dificuldades relacionais das crianças com PEA devem-se à incapacidade de ligar o afeto ao planeamento motor e simbolização emergente. Considera que para desenvolver as potencialidades a nível sensorial, verbal e do planeamento é fundamental a adequação do ambiente relacional. Greenspan (1992) reforça a importância de atender às fases do processo de desenvolvimento numa perspetiva interativa, salientando 6 níveis

essenciais: (1) partilha de atenção (numa experiência multissensorial e afetiva); (2) envolvimento: o bebé aprende a olhar, ouvir e partilhar prazer no contacto com a figura de vinculação; (3) início da comunicação pré-simbólica nos dois sentidos: início do diálogo socio emocional, adicionado ao prévio diálogo sensório-motor, com reciprocidade; (4) organização de ciclos de comunicação, numa organização pré-representacional; (5) partilha de significados, onde a criança aprende a usar representações (imitação, jogo simbólico) e sequências de ideias; e (6) pensamento emocional: início da diferenciação conceptual e emocional quando a criança aprende a categorizar representações mentais e inter-relacionar significados (Coelho & Aguiar, 2014).

Segundo Greenspan (1992), os défices no processamento da informação e integração sensorial podem levar a compromisso nas fases descritas, com consequentes dificuldades relacionais, emocionais e na interpretação das emoções dos outros. O modelo DIR (Greenspan, 1992) consiste numa intervenção clínica e global que associa a abordagem *Floortime*, que foca os aspetos relacionais, com o envolvimento e participação da família e com o contributo de diferentes vertentes terapêuticas (Terapia de fala, Integração sensorial) e das estruturas socioeducativas. A abordagem *Floortime* consiste numa intervenção interativa, não dirigida, procurando estabelecer uma relação afetiva com a criança, em que o adulto deve ajudá-la a envolver-se e, ao mesmo tempo, a regular as suas emoções, em ambiente calmo e seguindo determinadas linhas orientadoras como: (1) levar a criança a interagir, devendo o adulto estar consciente dos seus próprios sentimentos e emoções, para conseguir manter-se calmo e relaxar a criança.; (2) seguir a iniciativa da criança, envolvendo-se com ela, de forma lúdica, no chão (3) entrar na sua atividade e apoiar as suas intenções, tendo em conta as diferenças individuais e os estádios de desenvolvimento emocional de cada criança; (4) aumentar o leque de experiências interativas através do jogo; (5) desenvolver as competências motoras e processamento sensorial, estando atento aos estímulos que a fazem reagir positivamente ou

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

negativamente.; (6) adaptar as intervenções às diferenças individuais de processamento auditivo e visuo-espacial, modulação sensorial e planeamento motor; (7) abrir e fechar ciclos de comunicação (reciprocidade) usando diversas estratégias, lúdicas e verbais, sempre seguindo os interesses da criança; e (8) favorecer a mobilização simultânea dos seis níveis de desenvolvimento emocional, de acordo com o modelo de Greenspan (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico-emocional) (Mello, 2007).

SÍNTESE

Ao longo deste capítulo abordou-se a evolução das PEA segundo diversos autores, referindo as principais características presentes nesta perturbação.

De seguida referiu-se a prevalência da perturbação em Portugal, verificando-se que é quatro vezes maior no sexo masculino do que no sexo feminino.

Para finalizar, abordaram-se os instrumentos que podem ser utilizados para a realização de uma avaliação, o diagnóstico possível e os respetivos modelos de intervenção.

No próximo capítulo salientamos a relevância da IP na infância, mais concretamente em crianças com PEA.

Capítulo II

INTRODUÇÃO

Neste capítulo é feito o enquadramento conceptual sobre a IP, começando por descrever a história da IP e a definição do conceito.

De seguida salientamos os objetivos da intervenção, as razões para intervir e a faixa etária da população-alvo.

Para finalizar o capítulo foca-se a IP em crianças com PEA.

2.1 História e enquadramento da Intervenção Precoce

No século XX, surgiu a Intervenção Precoce como uma evolução natural dos programas de educação especial (Carrapatoso, 2003). Em 1965, surgiu o programa Head Start um dos principais programas da era da Intervenção Precoce (Pereira, 2009). Este programa pretendia aumentar as competências das crianças vindas de famílias com baixos rendimentos, competências essas que passavam pelo desenvolvimento cognitivo, intelectual e social, assim como a sua saúde física e mental (Oliveira, 2010).

Apesar do sucesso que tiveram em algumas áreas, estes primeiros programas focavam-se essencialmente no problema presente no desenvolvimento da criança, não tendo em consideração o ambiente em que esta está inserida, atuando numa perspetiva médico-terapêutica (Ferreira, 2011).

Deste modo, verificava-se que os primeiros programas de Intervenção Precoce centravam-se unicamente na criança, sendo utilizadas abordagens unidisciplinares e inicialmente procurava-se o problema médico, caso existisse, sem prestar atenção ao papel fundamental da

família, uma vez que se tratava de uma criança pequena (Costa, 2002; Tegethof, 2007). No entanto, começou-se a verificar uma evolução gradual relativamente a um conjunto de programas centrados na criança, visto que com o tempo e a prática os investigadores verificaram que a família tem um papel crucial no desenvolvimento da criança, sendo importante existir um trabalho em conjunto (Tegethof, 2007).

Inicialmente, a grande preocupação relativamente à avaliação dos programas de Intervenção Precoce era verificar a sua eficácia (Fioravanço, 2014). Contudo após esta necessidade de provar a eficácia dos programas, a avaliação focava-se em permitir um melhoramento das práticas, ou seja, centrava-se na operacionalização de indicadores de qualidade. Atualmente procura-se dar maior ênfase aos resultados obtidos pela investigação empírica e pela prática profissional, no sentido de chegar a um conjunto de práticas a seguir para uniformizar os procedimentos na área e procurar alcançar o sucesso desejado (Tegethof, 2007).

Segundo Franco (2007) e Franco e Apolónio (2008), existem três áreas que influenciam a Intervenção Precoce em termos de contributos conceptuais e que acabam por justificar a sua prática, sendo elas: a investigação sobre o desenvolvimento dos bebés, as perspetivas contextuais e ecológicas do desenvolvimento e, mais recentemente, as neurociências. Destas últimas, verifica-se que a intervenção realizada mais precocemente tem um maior impacto e maior probabilidade de alcançar os resultados pretendidos, uma vez que a intervenção precoce recebe a ênfase na plasticidade neurológica dos bebés e das crianças pequenas. Por sua vez, conseguiu-se atribuir uma importância fundamental à relação mãe-bebé com a investigação na área do desenvolvimento infantil, reforçando que a boa qualidade das relações desempenha um papel crucial no desenvolvimento das crianças, visto que o meio é dado a conhecer à criança pelo cuidador. Deste modo é desejável que a relação que se estabelece seja o mais enriquecedora possível. Assim, reforça-se o valor das intervenções precoces no processo de

desenvolvimento, isto é, realizar uma intervenção mais focada na qualidade e natureza das interações do que exclusivamente centrada na criança (Oliveira, 2010).

Por outro lado, constatou-se que as perspetivas contextuais e ecológicas do desenvolvimento têm em consideração as relações que a criança estabelece com os diferentes contextos que a envolvem: a família, a escola, a comunidade e a cultura onde esta está inserida. Atualmente a Intervenção Precoce é vista como um conjunto de serviços e apoios que podem ser realizados em diversos contextos e que se desenvolvem com base numa relação de parceria com a família (Correia, 2014). Estes serviços têm como objetivo promover o desenvolvimento da criança, em idades precoces, que apresentam deficiências ou incapacidades, atraso de desenvolvimento ou risco grande de atraso de desenvolvimento, e de melhorar a sua qualidade de vida, bem como a das suas famílias (Tegethof, 2007).

2.2 Conceito Intervenção Precoce

A Intervenção Precoce é vista como uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família, no âmbito da educação, da saúde e da ação social, com vista a: (1) assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento; (2) potenciar a melhoria das interações familiares; e (3) reforçar as competências familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência. A nível internacional, surgiu associada ao apoio a crianças portadoras de deficiência, tendo progressivamente assumido uma perspetiva mais abrangente (Correia, 2011).

As práticas de Intervenção Precoce, nos diferentes países, dependem em grande parte das tradições e opções políticas quanto à saúde, educação e assistência às crianças (Franco & Apolónio, 2008).

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

A conceptualização da Intervenção Precoce assenta em três grandes fundamentos psicológicos e desenvolvimentais sendo o primeiro fornecido pelos contributos do campo das neurociências, nomeadamente o que tem a ver com a plasticidade cerebral, que permitem compreender o que ameaça ou afeta o desenvolvimento nos primeiros tempos de vida, se podem contrapor a maleabilidade e as potencialidades de maturação rápida que o sistema nervoso central tem nessa altura. O segundo grande pilar, refere-se a diversos estudos, sobre o desenvolvimento infantil, que reforçam a importância da relação de mãe-bebé nos primeiros anos de vida e colocam em evidência as enormes capacidades dos bebés e das crianças pequenas. Em terceiro lugar, assenta no contributo das perspetivas ecológicas e sistémicas que realçam a importância dos fatores do meio, do ambiente e dos contextos no desenvolvimento. Deste modo, considera-se que as estratégias e programas de intervenção, hoje em dia, focam tanto os aspetos pessoais e intraindividuais do desenvolvimento (condição biológica, física, emocional e cognitiva), como os aspetos relacionais e transacionais (nomeadamente dentro da família), bem como ainda as dimensões sistémicas e contextuais do desenvolvimento (o ambiente social, cultural e político - organizacional). Assim, constata-se que a Intervenção Precoce procura não se situar apenas num dos campos clássicos de intervenção (nomeadamente a educação, a saúde ou a educação especial) mas procura englobar todos os sistemas e práticas que têm como alvo a criança pequena (Franco & Apolónio, 2008).

Denhoff (1981, citado por Carrapatoso, 2003) define Intervenção Precoce como sendo um programa de enriquecimento que tem como objetivo proporcionar atividades promotoras do desenvolvimento a bebés e crianças, nos primeiros anos de vida, que apresentam ou estão em risco de apresentar diversos défices.

Bricker, Bailey e Bruder (1984, citado por Mendes, 2013) entendiam que a Intervenção Precoce tinha o objetivo de eliminar défices já existentes ou que se preveem vir a existir nas

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

crianças durante os primeiros trinta seis meses, utilizando intervenções terapêuticas ou educacionais.

Segundo Dunst (1985, citado por Tegethof, 2007) a Intervenção Precoce tem como objetivo principal prestar o suporte a famílias de crianças com PEA, nos primeiros anos de vida, por membros de redes de suporte social informais ou formais que têm efeitos diretos ou indiretos no funcionamento dos pais, família e criança. Para este autor a Intervenção Precoce é um conceito alargado que inclui qualquer tipo de ajuda, apoio ou serviço prestado à criança e família, quer de uma forma individual ou em grupo.

Todas as definições de Intervenção Precoce identificam uma faixa etária específica, bem como enunciam alguns princípios que lhes estão subjacentes e são comuns (Carrapatoso, 2003). Todas entendem a criança como um todo e, sendo assim, tendem a considerar a intervenção como global. Também consideram a criança não apenas nas suas características intrínsecas e individuais, mas inserem-na num contexto de vida, relacional e cultural (Serrano, 2007). Reforçam a necessidade da intervenção ter um momento certo e oportuno, tão cedo quanto possível, para ser feita, independentemente da natureza das ações específicas que a possam constituir (Franco & Apolónio, 2008).

2.3 Objetivos da Intervenção Precoce

Segundo Meisels e Shonkoff (2000), a Intervenção Precoce tem como principal função ajudar as crianças com PEA e as suas famílias a crescer. Majnemer (1998) considera que a Intervenção Precoce tem o objetivo de promover, junto da criança e da sua família, a saúde e bem-estar, promover competências emergentes, minimizar atrasos de desenvolvimento, remediar incapacidades existentes ou emergentes, prevenir a deterioração funcional, promover a função parental adaptativa e o funcionamento da família como um todo. Deste modo, a

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

intervenção precoce na infância terá como grandes objetivos a promoção do bem-estar e melhoria da qualidade de vida da criança sobre a qual é realizada a intervenção e da sua família, permitindo que esta usufrua de um desenvolvimento o mais “normal” possível e se possa integrar plenamente na sociedade (Almeida, 2004).

Para outros autores, como Blackman (2003), o objetivo da Intervenção Precoce está relacionado com a prevenção ou minimização das limitações físicas, cognitivas ou emocionais, das crianças com PEA. Por outro lado, para Franco (2007) a Intervenção Precoce tem como objetivo criar condições que facilitam o desenvolvimento da criança no meio (familiar, escolar e social) e desenvolver a sua autonomia pessoal; reforçar as boas relações e competências familiares através da promoção de uma boa base emocional de suporte; e introduzir mecanismos de compensação e de eliminação de barreiras. Tudo isto considerando sempre a criança ativa no processo, envolvendo a comunidade, e promovendo redes de suporte à criança e à respetiva família (Franco, 2007).

Segundo os diversos autores referidos anteriormente, é possível verificar que o grande objetivo da Intervenção Precoce, está relacionado com a atenuação das limitações funcionais no desenvolvimento, e a capacitação da família para lidar com a criança. Assim, a Intervenção Precoce passa pela criação de uma base de suporte ao desenvolvimento, através do estabelecimento de estratégias específicas que vão permitir a aprendizagem, enquanto o amadurecimento neuronal ainda está a decorrer (Capone, 2004).

2.4 Razões para intervir precocemente

Os primeiros anos de vida são fundamentais para influenciar o desenvolvimento da criança e dar apoio às famílias. Constata-se que é uma forte filosofia preventiva, visto que o principal objetivo da intervenção é prevenir ou minimizar os problemas desenvolvimentais para as

crianças em risco, como resultado de fatores biológicos ou ambientais (Carvalho, 2011). Para Bairrão e Almeida (2003, citado por Oliveira, 2010) “É consensual que, quanto mais cedo se iniciarem os programas de Intervenção Precoce e quanto melhor for a sua qualidade, mais eficaz será a intervenção.” (p.17). Após vários anos de investigação, consegue-se verificar que existem evidências significativas de que a Intervenção Precoce não só acelera e reforça o desenvolvimento da criança, mas também melhora o funcionamento da família e reduz os gastos da sociedade com educação especial e outros serviços reabilitativos (Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN), 2008).

Outro ponto que se considera pertinente, para se intervir precocemente, é a plasticidade cerebral, visto que o cérebro é um órgão dinâmico e interativo, que necessita de estimulação do meio que envolve a criança e que, como tal, depende da especificidade do ambiente em que se encontra (Santos, 2007). Assim, Nelson (2000) refere que o cérebro em desenvolvimento é capaz de se modificar por experiências tanto positivas como negativas (Oliveira, 2010).

2.5 Faixa etária da população-alvo da Intervenção Precoce

Na área da Intervenção Precoce, tem surgido alguma controvérsia ao longo dos anos, relativamente à faixa etária da população-alvo dos programas de intervenção. Em Portugal, a Intervenção Precoce destina-se, segundo o Decreto-lei 281/2009, a crianças pré-escolares, dos 0 aos 6 anos, que apresentem alterações no seu desenvolvimento biopsicossocial ou se encontrem em situações de alto risco para as vir a ter (Tegethof, 2007). Noutros países, consideram que as faixas etárias deveriam ser distintas, ou seja, uns deveriam ir até aos 3 anos de idade e outros até aos 6 anos de idade (como por exemplo nos Estados Unidos da América, em que há uma distinção entre intervenção precoce dos 0 aos 3 anos e educação especial precoce, dos 3 aos 6 anos (Malheiro, 2010).

2.6 Intervenção Precoce no autismo

Inicialmente é importante salientar que cada criança é única, ou seja, um tratamento pode ser adequado para uma criança, mas para outra pode não ser tão eficaz. As PEA são caracterizadas pelos défices sociais, comunicativos e cognitivos severos, mas também apresentam uma enorme variabilidade. Isto é, verifica-se que há crianças que falam frequentemente e com frases completas, enquanto outras não aprendem de todo a falar e algumas crianças mantêm-se distantes e não se envolvem, enquanto outras são afetuosas e interessadas nas interações com quem as rodeia (Kasari, 2002). Esta variabilidade também pode estar presente na resposta da criança à intervenção (Dawson & Sterling, 2008; Kasari, 2002).

Segundo Marques (1998), é fundamental, para a evolução positiva das crianças com PEA, existir uma deteção atempada dos “sintomas”, pois vai permitir implementar precocemente um plano de intervenção, para além de depender da gravidade da perturbação e dos meios de intervenção disponíveis.

Por outro lado, a instituição americana National Research Council (NRC) (2001), considera que para existir boas práticas nos casos de PEA, é necessário seguir as seguintes diretrizes: (1) ter atenção à diversidade no sentido de que cada tratamento seja o mais adequado possível à situação em causa; (2) iniciar a intervenção o mais cedo possível e de forma intensiva; (3) encorajar o envolvimento da família; (4) criar programas individualizados a partir da informação reunida na avaliação; (5) desenvolver e utilizar um currículo compreensivo, integrando diferentes abordagens terapêuticas/educacionais; (6) proporcionar um ensino sistemático e planeado; (7) privilegiar métodos comportamentais de terapia; (8) incluir uma monitorização periódica do progresso e objetivos; (9) seguir um programa especializado e baseado em áreas como a imitação, comunicação, jogo, e capacidades de interação social; (10)

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

incluir atividades educativas que estimulem o envolvimento, a iniciativa e a adaptação às transições por parte da criança; (11) as estratégias utilizadas devem ser levadas a cabo num ambiente de aprendizagem estruturado e favorável; (12) deve estar programado e ser efetuado a generalização das aprendizagens em vários ambientes que envolvam a criança e não apenas num ambiente específico; (13) deve ser utilizada uma abordagem funcional e proactiva aos comportamentos problemáticos; (14) providenciar oportunidades de interação entre a criança e os pares; (15) preparar as crianças para as transições para ambientes escolares futuros; e (16) promover a consistência entre os profissionais envolvidos.

Nas crianças com PEA é crucial implementar estratégias em fases muito precoces do desenvolvimento, que promovam a interação, a comunicação e a imaginação, através da brincadeira e do jogo, que constituem um dos melhores meios para as crianças aprenderem. Assim, quando se trabalha com crianças com PEA e se planeiam os programas de intervenção junto das mesmas, estes deverão incluir: (1) uma Intervenção Precoce; (2) uma parceria próxima e eficaz com os pais e outros profissionais; (3) estrutura e rotina para a criança; (4) a utilização de pistas visuais para apoiar a criança; (5) a utilização de sistemas de comunicação alternativos; (6) a inclusão de momentos de aprendizagem de um-para-um; (7) observação regular; (8) consciência das questões (ou possíveis dificuldades) sensoriais; (9) ter em consideração as preferências e forças da criança, assim como as suas dificuldades; e (10) a utilização de estratégias específicas de ensino para crianças com PEA (Wall, 2010).

Relativamente às boas práticas para a avaliação destas crianças, considera-se que deve incluir uma avaliação desenvolvimental, a avaliação da linguagem e da comunicação, assim como a avaliação das capacidades adaptativas. Por outro lado, Perry, Condillac e Freeman (2002), referem que as boas práticas na avaliação, assim como todo o processo de avaliação, são realizados com o suporte da investigação mais recente publicada na área. Mais ainda, as boas práticas requerem a utilização de medidas de observação estandardizadas, sendo que o

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) e a *Childhood Autism Rating Scale (CARS)* são as escalas recomendadas (Perry, Condillac & Freeman, 2002).

Contudo, para além das escalas de observação, também consideram que é necessário a administração de uma medida estandardizada, fiável e válida do funcionamento intelectual verbal e não verbal, apropriada à idade e nível de funcionamento da pessoa em causa (Perry et al., 2002). Por fim, e em termos de informação a recolher, é importante saber os antecedentes biológicos e ambientais, assim como uma análise do comportamento da criança, sobretudo do considerado problemático. Quanto aos avaliadores devem obviamente ser experientes e capazes de fazer os ajustes necessários, mantendo a validade da prova (Perry et al., 2002).

Algo que é também fundamental no trabalho com crianças com PEA é a transferência da aprendizagem para espaços do dia-a-dia, sendo que esta, no entanto, requer um planeamento cuidadoso. Os profissionais devem ter em consideração vários fatores, quanto ao trabalho com as famílias de crianças com PEA, tais como: (1) a natureza da situação com a qual estão a lidar (devem ser sensíveis à mesma); (2) o impacto que a família tem na criança; (3) a dinâmica e funcionamento da família e as capacidades de funcionamento desta como um todo; (4) as perspetivas individuais e a necessidade de apoio de cada membro da família; (5) as redes de apoio existentes dentro e fora da família; (6) o facto de a família conhecer melhor a criança; (7) o facto de os processos de avaliação necessitarem da inclusão da família; e (8) os profissionais conhecerem a legislação e os direitos das famílias de crianças com necessidades especiais, e lembrarem-se sempre que ainda que a criança seja o foco da intervenção, não se pode nunca esquecer a família (Wall, 2010).

Até ao momento, foi feita uma descrição sobre as alterações que se podem verificar precocemente no desenvolvimento das crianças com PEA. Assim, verifica-se que é importante existir um diagnóstico precoce para que se possa realizar uma intervenção o mais cedo possível, em unidades especializadas (Ferreira, 2011).

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Em Portugal as unidades de intervenção precoce destinam-se a crianças com deficiência ou risco de atraso grande de desenvolvimento, de idades compreendidas entre os 0-6 anos de idade. Contudo, reforça-se este apoio a crianças até aos três anos pretendendo-se assim, eliminar ou diminuir tanto quanto possível os atrasos destas crianças para a aquisição de determinadas competências (Ferreira, 2011).

SÍNTESE

Ao longo deste capítulo abordou-se a evolução da IP e a descrição do conceito segundo vários autores.

De seguida são referidos os principais objetivos da intervenção em crianças com PEA, apresentando as razões que levam à IP. Focou-se, então, a faixa etária da população-alvo, verificando que existe alguma controvérsia relativamente a este ponto.

Para finalizar salientou-se a IP em crianças com PEA, uma vez que é vista como fundamental nestes casos.

No próximo capítulo é apresentado o estudo empírico.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Parte II. – Estudo Empírico

INTRODUÇÃO

A escolha deste tema surgiu devido ao interesse de aprofundar o conhecimento relativamente a PEA e de que forma a IP é eficaz nestas perturbações.

A pergunta de partida à qual procuramos dar resposta foi a seguinte: o programa de intervenção precoce aplicado a crianças com PEA, é eficaz?

A segunda e última parte deste trabalho é referente ao estudo empírico da investigação onde apresento os objetivos do estudo, os participantes, a descrição dos materiais utilizados e o procedimento para a elaboração do respetivo estudo.

Para finalizar são apresentados os resultados, a discussão dos mesmos e uma síntese final.

1. Objetivos do estudo

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção precoce, aplicado a crianças com diagnóstico de PEA, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 3 e os 4 anos.

1.1 Objetivos específicos

Mais especificamente pretende verificar se:

1. as crianças inseridas no programa de intervenção precoce apresentam melhorias em relação ao comportamento, em comparação com as crianças que não frequentam o programa;

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

2. as crianças inseridas no programa de intervenção precoce apresentam melhorias em relação à comunicação, em comparação com as crianças que não frequentam o programa;

3. as crianças inseridas no programa de intervenção precoce apresentam melhorias em relação à interação social, em comparação com as crianças que não frequentam o programa.

2. Método

2.1. Participantes

Os participantes são 6 crianças com idades compreendidas entre os 3 e 4 anos, divididos em dois grupos: o grupo experimental (IP) e o grupo de controlo.

No seguinte quadro (Quadro 1) verificamos que nos dois grupos existem duas crianças do sexo masculino e uma do sexo feminino. Relativamente às idades. Em ambos os grupos existem duas crianças com 4 anos e uma com 3 anos de idade.

Quadro 1:

Participantes do grupo 1 e do grupo 2 considerando sexo e idade

Sexo	Idade
Grupo 1 (Grupo Experimental - IP)	
Masculino (G.)	4 anos
Masculino (M.)	3 anos
Feminino (C.)	4 anos

Grupo 2 (Grupo de Controlo)

Masculino (R.)	4 anos
Masculino (T.)	3 anos
Feminino (L.)	4 anos

Para uma melhor compreensão, vamos caracterizar os participantes de cada grupo pela mesma ordem que se encontra na tabela.

Grupo 1 (Grupo Experimental)

Caso 1 (Elo IP) (G.): nasceu a 14 de setembro de 2011, tendo atualmente 4 anos e 4 meses. Chegou à clínica especializada, para ser avaliado com o objetivo de descrever os comportamentos de comunicação e interação, bem como traçar o seu perfil de desenvolvimento para apoiar a elaboração do plano de intervenção e integração num Programa de Intervenção Precoce (Elo-IP). Foi realizada uma entrevista com a mãe e foi administrado o PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisto) e o ADOS 2 em dezembro de 2014.

Constata-se que a criança apresenta um nível de desenvolvimento global próximo daquilo que é esperado para a idade embora o perfil de desenvolvimento obtido seja um pouco irregular. Na área de realização verbal obtém resultados ligeiramente acima do esperado para a faixa etária, visto que é capaz de ler palavras isoladas e frases curtas. Ao nível da imitação, da perceção, da motricidade global, da coordenação óculo-manual e da realização cognitiva os resultados são os esperados considerando os valores normativos. Apesar do desempenho da criança nas diferentes tarefas indicar um grande potencial ao nível da realização cognitiva, ela apresenta dificuldades na capacidade de flexibilizar determinado raciocínio ou procurar alternativas para a resolução de determinado problema. A motricidade fina está ligeiramente

abaixo da média, observa-se alguma dificuldade da criança em manipular objetos de menores dimensões (por ex., enfiamentos).

No domínio da linguagem observa-se a ocorrência de desvios severos ao nível do discurso, em que a criança tende a comunicar através da reprodução de frases previamente produzidas por outros, tanto por repetição imediata (ecolália imediata) como por reprodução diferida no tempo (ecolália diferida), não adequando a pessoa nem o tempo verbal, na maior parte das suas verbalizações.

Na área do relacionamento e afeto, demora algum tempo a responder à voz do adulto, especialmente quando está a manipular um objeto do seu interesse. Por vezes, resiste às intervenções do adulto, procurando evitar atividades que não se enquadram nos seus centros de interesse e tenta manter-se na atividade que estava a realizar. Em alguns momentos observa-se dificuldade, por parte do G., em tolerar a frustração, atingindo níveis elevados de agitação associados a alguma desregulação emocional. Demonstra dificuldades em pedir ajuda ao adulto de forma espontânea embora o faça de forma cada vez mais consistente. Ocasionalmente demonstra iniciativa para procurar, apesar de se observar em dificuldades nas abordagens sociais que realiza e que nem sempre são adequadas. Tanto nos pedidos de ajuda como em outras abordagens sociais nem sempre estabelece contacto ocular com o outro e, quando o estabelece, por vezes, não o coordena com o discurso.

Quanto ao jogo e interesse pelos materiais, apresenta algum jogo funcional e demonstra alguma dificuldade no jogo simbólico, revelando alguma dificuldade em atribuir características de um objeto a outro, no jogo de faz-de-conta (por ex., fazer de conta que um lápis é uma colher). Os interesses sensoriais atípicos ocorrem ao nível visual, mas essencialmente ao nível auditivo (sensibilidade ao ruído dos colegas ou ruídos intensos).

Verificou-se que são os desvios e não o atraso relativamente aos valores normativos que caracterizam o desenvolvimento da criança. Foram observadas dificuldades ao nível da

comunicação e linguagem, da interação social recíproca, da resolução de problemas, da flexibilização cognitiva e a presença de interesses específicos que, por vezes, condicionam a qualidade das suas interações. Sendo a comunicação e a socialização domínios essenciais à integração em qualquer contexto, as dificuldades acima referidas poderão comprometer a qualidade das suas interações com os pares.

Porém, apesar das dificuldades descritas, o G. exibe indicadores que sugerem tratar-se de uma criança com um bom potencial para o desenvolvimento global, apresenta precursores de comunicação e interação social (utilização de produções verbais, por vezes, integradas com contacto ocular para comunicar com o outro, tentativas de abordagens sociais ao outro). Assim, foi sugerida uma estimulação adequada que promova o desenvolvimento das competências de comunicação e socialização, mas também um trabalho intensivo ao nível da flexibilização cognitiva e apropriação do discurso que a criança produz, através de um programa de intervenção intensiva (Elo-IP). Deste modo, poderá existir um aumento da sua funcionalidade e melhor integração em todos os contextos.

Após a realização da avaliação, foi elaborado um plano de intervenção com os objetivos a serem trabalhados com o G.. Deste modo, vão ser trabalhadas várias áreas, tais como: a cognição, a imitação, a perceção, a motricidade global, a motricidade fina, a integração social recíproca, a compreensão emocional, o jogo e os interesses restritos.

Caso 2 (Elo IP) (M.): nasceu a 5 de agosto de 2012, tendo atualmente 3 anos e 5 meses. O M. dirigiu-se à clínica a pedido da médica pediatra e dos pais, por apresentar dificuldades ao nível da comunicação, interação e comportamento. Em setembro de 2014 foi realizada uma entrevista aos pais e foram administrados dois instrumentos, o ADOS 2 e o PEP-R.

Ao nível da comunicação e da linguagem, observa-se que o M. utiliza diversas vocalizações intencionais, mas apenas algumas palavras isoladas, tais como “ali”, “aqui” e “mama”. Tem

dificuldades na utilização do contacto ocular para regular a interação e na coordenação do contacto ocular com as vocalizações, por exemplo, para fazer pedidos. Nestas situações, geralmente aponta ou coloca o objeto na mão do adulto e vocaliza, sem, no entanto, estabelecer contacto ocular.

Na interação social, o M. envolve-se nas diversas atividades com o adulto demonstrando prazer na interação. No que diz respeito à atenção conjunta, a criança é capaz de fazer referência a um objeto distante, apontando e olhando para o outro, com o objetivo de partilhar o seu interesse. Relativamente às abordagens sociais, quando o adulto inicia a interação, é capaz de se envolver por períodos razoáveis de tempo, dando continuidade ao jogo com o outro. Quando a atividade é bloqueada intencionalmente, o M tende a desistir facilmente procurando outro objeto para explorar. A criança mostra mais dificuldades na iniciação da interação, uma vez que, à exceção dos pedidos para satisfazer as suas próprias necessidades, os momentos nos quais procura o outro para iniciar a interação são bastante reduzidos.

Na área do jogo, o M. brinca espontaneamente de forma funcional com vários objetos de representação (dá de comer e beber à boneca e brinca com miniaturas de alimentos, carros, telefone, avião, animais). Para além disso, é capaz de desenvolver algum jogo simbólico, mas apenas por imitação utilizando, por exemplo um cubo para fazer de conta que é um gelado.

Ao nível do comportamento, não se verifica interesses sensoriais nem maneirismos motores.

Verifica-se que as dificuldades apresentadas pelo M. se inserem no âmbito das perturbações da comunicação social e da interação. Pela avaliação e observação clínica, verificou-se que M. revelava um grande potencial de evolução.

Após a realização da avaliação, foi elaborado um plano de intervenção com os objetivos a serem trabalhados com o M.. Deste modo, vão ser trabalhadas várias áreas, tais como: a

cognição, a imitação, a perceção, a motricidade global, a motricidade fina, a integração social recíproca, o jogo e os interesses restritos.

Caso 3 (Elo IP) (C.): nasceu a 7 de julho de 2011, tendo atualmente 4 anos e 6 meses. A C. chegou à clínica para ser avaliada, com o objetivo de descrever o seu perfil de desenvolvimento para a elaboração de um programa de intervenção. Foi realizada uma entrevista aos pais e foi administrado o ADOS-2 e o PEP-R. Verificou-se que a C. apresenta dificuldades ao nível da comunicação e linguagem, da regulação e expressão emocional, da interação social recíproca e do jogo. Os pais manifestaram grande preocupação relativamente aos domínios da comunicação e socialização.

No que respeita à comunicação e linguagem, a C. faz algumas vocalizações ocasionais, especialmente quando está envolvida em alguma atividade. As vocalizações que produz tendem a ser repetitivas, com uma entoação peculiar e raramente demonstram intencionalidade comunicativa (por ex., vocaliza repetidamente enquanto manipula camião e batom, direcionada para os objetos e sem intenção de comunicar com o outro). Apresenta dificuldades em utilizar gestos para comunicar, não utilizando gestos instrumentais como o apontar. Esporadicamente, utiliza gestos convencionais por imitação, como o bater palmas na atividade da festa de aniversário. Comunica essencialmente através do choro ou gritos. Por exemplo, chora quando quer um objeto fora do seu alcance e quando precisa de ajuda para manipular um objeto, não o colocando espontaneamente na mão do outro para obter ajuda.

Quanto à interação social recíproca, a C. mostra algum prazer com determinadas ações do examinador, nomeadamente, nas atividades das bolas de sabão (sorri e estabelece contacto ocular quando quer mais bolas de sabão). Os jogos sociais (por exemplo, cu-cu) também se mostram atividades atrativas para a C. correspondendo aos momentos em que a criança se mostra mais responsiva durante a avaliação. Apesar de estar associado também a alguma

satisfação ao nível sensorial, o envolvimento naqueles jogos indica a intenção de comunicar e estabelecer uma interação com o outro, demonstrando a existência e utilização ocasional de um dos percursores à comunicação – o olhar com intencionalidade comunicativa. Em outras atividades menos apelativas, a criança ainda não utiliza o contacto ocular ou outros comportamentos (vocalizações, gestos) para comunicar.

Em relação ao jogo, a criança mostra dificuldade em manipular os brinquedos adequadamente, apresentando ainda um jogo funcional muito reduzido que realiza por imitação do outro e apenas com objetos do seu interesse (por ex., imitação do uso do batom e da ação de comer gelado). Não faz jogo simbólico, isto é, não brinca de forma espontânea com uma boneca.

Quanto aos comportamentos estereotipados e interesses restritos a C. apresenta alguma estereotipia motora e maneirismos, especialmente nos momentos de maior excitação (por ex., enrola os dedos, movimenta os braços e as pernas de forma peculiar durante a atividade de bolas de sabão). Também demonstra ter centros de interesses específicos, focando-se em determinados objetos, o que dificulta o desvio da atenção para outras atividades. Mostra-se muito resistente à interferência do outro nas suas ações, bem como à introdução de objetos ou jogos fora dos seus centros de interesse, rejeitando a atividade e atingindo níveis elevados de frustração e agitação motora que dificultam a continuidade da sessão.

Como tal, foi sugerido um acompanhamento em intervenção psicoeducacional que com muita estimulação adequada, sistemática e intensiva nas várias áreas do desenvolvimento poderá reverter num aumento da funcionalidade da C. e melhor integração em todos os contextos, nomeadamente em casa e no jardim de infância.

Após a realização da avaliação, foi elaborado um plano de intervenção com os objetivos a serem trabalhados com a C.. Deste modo, vão ser trabalhadas várias áreas, tais como: a

cognição, a imitação, a percepção, a motricidade global, a motricidade fina, a integração social recíproca, a compreensão emocional, o jogo e os interesses restritos.

Grupo 2 (Grupo de Controlo)

Caso 4 (R.): O R. nasceu a 24 de fevereiro de 2011 tendo atualmente 4 anos e 11 meses. Ao longo do seu desenvolvimento e com início bastante precoce, começou a apresentar atrasos na aquisição de competências, relativamente ao que seria esperado para a sua idade. A criança chegou a imitar alguns sons e, mais tarde deixou de produzir quaisquer vocalizações. No âmbito das consultas com o pedopsiquiatra, surgiu a suspeita de alguma dificuldade auditiva, que acabou por ser despistada, confirmando-se que o R. ouve perfeitamente. A par desta situação, surgiram outras preocupações tais como: dificuldades na relação, comunicação e iniciação de interações sociais (tanto com adultos como com crianças) e ainda uma total ausência de resposta ao nome.

Deste modo, o R. chegou á clínica com o objetivo de despistar a possibilidade de ser portador de PEA. Foi realizada uma entrevista aos pais e foi administrado o ADOS-2 e o PEP-R. Após esta avaliação verifica-se que o R., no que respeita à comunicação e linguagem, comunica através de palavras isoladas e poucas frases curtas. A criança apresenta dificuldade em servir-se de gestos para comunicar. Utiliza poucos gestos convencionais (por ex., bater palmas) ou instrumentais (por ex., apontar). Não se observa a utilização espontânea de gestos para comunicar.

Quanto à interação social recíproca, o R. mostra algum prazer nas interações com o adulto, especialmente em atividades que incluem materiais do seu interesse. Contudo, não adequa o contacto ocular ao longo da interação social nem integra o olhar com outros comportamentos (por ex., tentativas de pedir ajuda) de forma consistente. Ainda não mostra ao outro objetos que

sejam do seu interesse, mas permite que o objeto lhe seja retirado pelo adulto. Quando chamado pelo nome, não responde imediatamente. Contudo vai conseguindo estabelecer um contacto ocular mais logo e intencional. O R. consegue dirigir uma maior diversidade de expressões faciais indicadoras de alegria e bem-estar, de aborrecimento ou frustração, mas também apresenta expressões de tristeza e surpresa. Apesar da qualidade das interações a criança mostra-se ainda dependente dos interesses dela.

Em relação ao jogo, o R. apresenta um jogo funcional com alguma diversidade de objetos e algum jogo simbólico. Porém, o jogo é um domínio onde o R. apresenta dificuldades.

Quanto aos comportamentos estereotipados e interesses e restritos observa-se algum interesse sensorial atípico pelos materiais, especialmente em relação a estímulos visuais e táteis, em que a criança alterna entre comportamentos de procura e evitamento daqueles estímulos. Os pais e educadores também salientaram a resistência da criança à ingestão de determinados sólidos, o que poderá estar associado a algum comprometimento sensorial ao nível do gosto. A criança apresenta, interesses muito restritos em determinados objetos (por ex.: carro), jogos de encaixes e puzzles. Por vezes mostra-se bastante resistente à introdução de objetos ou jogos diferentes, rejeitando a atividade e atingindo níveis elevados de frustração e agitação motora.

Pode-se constatar que o R. apresenta um nível de desenvolvimento ligeiramente inferior ao que seria esperado para a sua faixa etária, essencialmente nos domínios da imitação, da motricidade global e fina e da realização cognitiva. Também apresenta dificuldades ao nível da comunicação e linguagem, da interação social recíproca e do jogo, bem como a presença de interesses restritos, características que são compatíveis com a PEA.

Após a realização da avaliação, foi elaborado um plano de intervenção com os objetivos a serem trabalhados com o R.. Deste modo, vão ser trabalhadas várias áreas, tais como: a

cognição, a imitação, a perceção, a motricidade global, a motricidade fina, a integração social recíproca, a compreensão emocional, o jogo e os interesses restritos.

Caso 5 (T.): O T. nasceu a 14 de março de 2012, tendo atualmente 3 anos e 10 meses. O T. chegou à clínica, a pedido dos cuidadores e da pedopsiquiatra, com o objetivo de descrever o seu perfil de desenvolvimento e avaliar as suas competências ao nível da comunicação e da socialização. Para a realização desta avaliação foi realizada uma entrevista aos pais e avós da criança e foram administrados o ADOS-2 e o PEP-R. Verifica-se que o T. comunica, essencialmente, através de vocalizações que dirige ao outro, mas de forma pouco consistente. As vocalizações produzidas com intencionalidade comunicativa consistem, essencialmente, em pedidos de ajuda, embora também vocalize, esporadicamente, ao mostrar um brinquedo ao cuidador. Por vezes verbaliza algumas palavras que, no entanto, ocorrem por ecolália imediata.

Nos momentos em que precisa de ajuda na manipulação de um brinquedo ou para obter um objeto fora do seu alcance, a criança procura o outro, vocaliza e, por vezes, coordena as vocalizações produzidas com o contacto ocular.

Relativamente à interação, observou-se uma crescente adequação do contacto ocular e das vocalizações. A criança demonstra consciência da presença do outro, tanto dos cuidadores como do examinador e dirige-se a ambos quando precisa de ajuda. Inicia abordagens sociais com o outro para fazer pedidos e, com os cuidadores, também o faz para partilhar brinquedos. Porém mostra alguma dificuldade em manter as interações, na medida em que se foca excessivamente na manipulação dos objetos.

Consegue fazer alguns pedidos, como por exemplo, pedir para reproduzir uma ação de que gosta particularmente (imitar o som do avião). Quando faz um pedido consegue, geralmente integrar adequadamente o contacto ocular com vocalizações dirigidas ao outro. Manifesta, porém, mais dificuldade nos pedidos de objetos fora do seu alcance. Dá objetos a pedido,

embora não o faça de forma consistente. Sempre que manipula um objeto do seu interesse, mostra-o a um dos cuidadores e pede que o manipule com ele.

Apresenta algumas expressões faciais indicadoras de alegria, aborrecimento e frustração, mas que nem sempre são dirigidas para o outro. Revela dificuldade em regular-se durante alguns momentos (por ex., quando o adulto bloqueia um brinquedo ou quando apresenta novos materiais), ficando agitado e começa a chorar. Naqueles momentos, tende a desistir da atividade que lhe provoca frustração e procura outro objeto para manipular.

Quanto ao jogo, o T. apresenta algum jogo funcional com objetos, embora a maioria das ações que realiza ocorre por imitação das ações do adulto.

Em determinados momentos, por exemplo, no jogo livre, o T. revela interesses específicos que ocorrem num grau acentuado. Quando encontra algo do seu interesse tende a focar-se na manipulação daquele objeto, dificultando a exploração dos outros brinquedos, sendo necessário por vezes, retirar o brinquedo do seu campo de visão para que seja possível prosseguir com a avaliação.

Deste modo, constata-se que o T. apresenta algumas dificuldades, essencialmente ao nível da comunicação e linguagem, da interação social recíproca, do jogo, da imitação, da perceção, da realização cognitiva e ainda a presença de interesses específicos que condicionam a qualidade das suas interações.

Após a realização da avaliação, foi elaborado um plano de intervenção com os objetivos a serem trabalhados com o T.. Deste modo, vão ser trabalhadas várias áreas, tais como: a cognição, a imitação, a perceção, a motricidade global, a motricidade fina, a integração social recíproca, o jogo e os interesses restritos.

Caso 6 (L.): A L. foi avaliada em abril de 2014, com 29 meses, chegou à clínica, a pedido dos pais e da pediatra do desenvolvimento, com o objetivo de descrever o seu perfil de

desenvolvimento e avaliar as suas competências ao nível da comunicação e socialização. Para a realização desta avaliação foi realizada uma entrevista aos pais da criança e foram administrados o ADOS-2 e o PEP-R. Comunica através de vocalizações que dirige ao outro, mas apenas quando modeladas. A maioria das suas verbalizações consiste na nomeação de imagens ou objetos, utilizando indiferenciadamente a língua portuguesa e inglesa, mas com reduzida intencionalidade comunicativa. Os pedidos de ajuda são também inconsistentes sendo que a criança mostra preferência por tentar alcançar os objetos sozinha, ou utilizar outros objetos para alcançá-los. A utilização de gestos, bem como o apontar, é também reduzido e pouco intencional.

Relativamente à interação, observou-se a capacidade para utilizar o contacto ocular, por exemplo, para pedir para dar continuidade a uma atividade, mas apenas por modelagem e tem dificuldade em coordená-lo com as verbalizações. A criança demonstra reduzida consciência da presença do outro e dificuldades em iniciar abordagens sociais, quer para fazer pedidos quer para partilhar objetos do seu interesse. Quando as interações são iniciadas pelo adulto, mostra agrado nas interações que vão de encontro aos seus interesses, mostrando dificuldade em manter-se na interação e rejeitando a interferência do outro. Apresenta algumas expressões faciais, mas apenas indicativas dos extremos emocionais que nem sempre são dirigidas para o outro. Revela dificuldade em regular o seu comportamento, ficando agitada e revelando dificuldades de regulação emocional, quando as tarefas são bloqueadas ou interrompidas. Nestas situações tende a desistir da atividade que lhe provoca frustração e procura outro objeto para manipular.

Quanto ao jogo, apresenta reduzido jogo funcional com objetos, sendo, no entanto, capaz de, pontualmente, imitar o adulto.

Apresenta ainda comportamentos repetitivos e interesses específicos que ocorrem num grau acentuado. Quando algum objeto ou tarefa lhe desperta particular interesse, tende a focar-se na

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

sua manipulação, dificultando a exploração dos outros brinquedos. Observou-se também a presença de maneirismos motores, como correr e dar saltinhos, principalmente nos momentos de maior excitação.

Assim, a criança apresenta dificuldades, ao nível da comunicação e linguagem, da interação social recíproca, do jogo e ainda a presença de comportamentos repetitivos e interesses específicos que condicionam a qualidade das suas interações.

Após a realização da avaliação, foi elaborado um plano de intervenção com os objetivos a serem trabalhados com a L.. Deste modo, vão ser trabalhadas várias áreas, tais como: a cognição, a imitação, a perceção, a motricidade global, a motricidade fina, a integração social recíproca, a compreensão emocional, o jogo e os interesses restritos.

Após a caracterização de cada participante, verifica-se que as áreas a serem trabalhadas são bastante semelhantes em todos os casos, tanto nos que estão a frequentar o programa de IP como nos outros que apenas têm sessões semanais ou bissemanais. Os critérios utilizados para integrar as crianças no programa de IP estão relacionados com o grau das dificuldades apresentado por cada criança. O que significa que as crianças podem necessitar de trabalhar as mesmas áreas, mas o grau de dificuldade poderá ser diferente, levando a uma intervenção diferente. Nestes casos se o grau de dificuldade for maior, as sessões semanais ou bissemanais poderão não ser o suficiente e deste modo será necessário propor uma intervenção intensiva e sistemática, ou seja, integrar a criança no programa de IP. Contudo, poderá haver casos em que a criança necessita de IP, mas devido a fatores monetários por parte da família poderá não ser possível usufruir do programa e apenas poderá ter sessões semanais ou bissemanais.

2.2. Materiais

Para o presente estudo foram utilizados dois instrumentos de avaliação o ADOS e o PEP-R, em que o ADOS foi apenas utilizado para obter um diagnóstico final.

2.2.1. Autism Diagnostic Observation Schedule

O ADOS consiste numa avaliação semiestruturada das áreas da comunicação e linguagem, da interação social e do jogo ou uso imaginativo de materiais que se destina a avaliar crianças e adultos, com ou sem linguagem, através da proposta de várias atividades (Lima, 2012) que permitem ao avaliador observar se ocorrem ou não comportamentos sugestivos do diagnóstico. Este é considerado o instrumento de medida observacional mais utilizado para avaliar e diagnosticar a Perturbação do Espectro do Autismo (Coelho, 2011).

Este instrumento é composto por cinco módulos que se distinguem pela idade e pelo nível de linguagem expressivo. O módulo T é aplicável a crianças de 12 aos 30 meses de idade com ausência de linguagem ou com uso de expressões simples. O módulo 1 destina-se a indivíduos sem linguagem ou linguagem pouco consistente e com idade superior aos 30 meses, o módulo 2 dirige-se a indivíduos de qualquer idade que usem frases, mas não sejam verbalmente fluentes. O módulo 3 é administrável a indivíduos com uma linguagem fluente e adolescentes (menores de 16 anos) e por fim, o módulo 4 é possível de administrar a adolescentes e adultos com linguagem fluente. Cada módulo apresenta diferentes atividades estandardizadas construídas para evocar comportamentos que estão diretamente relacionados com o diagnóstico de PEA em diferentes níveis de desenvolvimento e idade cronológica. Os protocolos de administração orientam o avaliador na aplicação das atividades e na codificação dos

comportamentos observados. No presente estudo foi administrado o módulo 1 a todas as crianças (Lord, Rutter, DiLavore, Risi, Gotham & Bishop, 2015).

O ADOS avalia áreas como a *comunicação e linguagem; interação social recíproca; jogo e comportamentos restritos e repetitivos*. No domínio da *Comunicação e Linguagem* é avaliado: o nível geral de linguagem não ecolália; a frequência de vocalização dirigida a outros; a entoação de vocalizações ou verbalizações; a ecolália imediata; o uso estereotipado/idiossincrático de palavras ou frases; o uso do corpo dos Outros para Comunicar; o apontar e os gestos. No domínio da *Interação Social Recíproca* é avaliado: o contacto social invulgar; o sorriso social responsivo; as expressões faciais dirigidas aos outros; a integração do olhar e de outros comportamentos durante as propostas sociais; o prazer partilhado na interação; a resposta ao nome; o pedir; o dar; o mostrar; o início espontâneo de atenção conjunta, a resposta à atenção conjunta e a qualidade das abordagens sociais. No domínio do *Jogo* o ADOS avalia: o jogo funcional com objetos e a imaginação/criatividade. Por fim no domínio dos *comportamentos estereotipados e interesses restritos* é avaliado: o Interesse sensorial invulgar no material de Jogo/pessoas; os maneirismos com as mãos e com os dedos ou outros maneirismos complexos; os comportamentos de autoagressão e os interesses repetitivos, invulgares ou comportamentos estereotipados.

As classificações gerais atribuídas nestas áreas devem ser determinadas tendo em conta o comportamento da criança ao longo de toda a avaliação. Caso o comportamento da criança mude qualitativamente depois de um período de adaptação, as classificações deverão ser baseadas no período após a estabilização do comportamento (Coelho, 2011).

O módulo 1 do ADOS é composto por 10 atividades com 34 itens correspondentes. As atividades apresentadas são: (a) o jogo livre que permite determinar como a criança interage com o avaliador e com os pais e até que ponto a criança explora materiais simbólicos e funcionalmente; (b) a resposta ao nome que consiste em chamar pela criança e observar a

consistência da resposta da criança quando é chamada pelo seu nome; (c) a resposta à atenção conjunta que pretende determinar se a criança é capaz responder à atenção conjunta; (d) o jogo das bolas de sabão; (e) a antecipação de uma rotina com objetos que pretendem avaliar se a criança realiza a atenção conjunta, faz pedidos, se partilha o prazer e observar o seu comportamento motor durante a atividade; (f) o sorriso social responsivo que pretende observar a consistência do sorriso da criança em resposta ao sorriso do avaliador ou do cuidador; (g) a antecipação de uma rotina social cujo foco de observação consiste em observar se a criança inicia a repetição de uma rotina; (h) a imitação funcional e simbólica; (i) a festa de aniversário que se foca no interesse e na capacidade da criança aderir à atividade proposta, e (j) o lanche. Estas atividades centram-se no uso de jogos e outros materiais atrativos para as crianças e permitem a observação estandardizada. Assim, o ADOS é composto por inúmeros materiais, cuidadosamente selecionado. (Lima, 2012)

Apesar de existirem cinco módulos de avaliação no ADOS, optei por descrever apenas o módulo 1, visto que foi o único a ser utilizado no presente estudo.

2.2.2. PEP-R – Perfil Psicoeducacional Revisado

Em 1979, Schopler e os seus colaboradores elaboraram o PEP, uma vez que diversos autores alertavam para o facto do desenvolvimento das crianças com PEA ser atípico, com áreas fortes e fracas muito acentuadas independentemente do nível intelectual geral e que muitos dos comportamentos interpretados como falta de colaboração ao longo da administração dos testes de avaliação poderiam dever-se a dificuldades reais, como por exemplo na compreensão das instruções verbais fornecidas. Posteriormente, nos anos 90 editaram uma nova versão, o PEP-R, que incluía mais itens de avaliação em idades precoces. Este instrumento, desenvolvido no âmbito do modelo TEACCH, é utilizado como o instrumento

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

formal de avaliação do desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar, ou das crianças com PEA mais severa até aos 12 anos de idade cronológica (Coelho, 2011).

A fim de avaliar corretamente as competências de cada criança, este instrumento de avaliação possui um sistema de cotação que não contempla apenas os sucessos e os insucessos, mas também as áreas de desenvolvimento em via de aquisição (itens emergentes), devendo estas ser incluídas no plano de intervenção específico de cada criança. Desta forma, o desempenho é cotado em função de três graus: sucesso, emergente e insucesso (Lima, 2012) permitindo identificar os padrões de aprendizagens das crianças, as suas competências atuais e emergentes e as áreas que necessitam ser trabalhadas tendo em conta a idade e nível desenvolvimental de cada criança (Coelho, 2011). A cotação final confere um Quociente de Desenvolvimento (Lima, 2012).

O PEP é um instrumento de avaliação que permite avaliar simultaneamente o nível de desenvolvimento da criança em áreas consideradas fundamentais para a sua idade (Escala de Desenvolvimento) e eventuais desvios do comportamento da criança (Escala de Comportamento). Assim, o nível de desenvolvimento é avaliado tendo em conta 7 áreas distintas: a imitação, motricidade fina, motricidade global, coordenação viso-motora, perceção, realização cognitiva e realização verbal. Adicionalmente, a escala do comportamento avalia desvios comportamentais da criança relativamente a 4 domínios: a linguagem, respostas sensoriais, relacionamento e afeto e ao nível do jogo e interesses pelos materiais.

Por outro lado, este instrumento consiste num teste flexível, em termos de administração, adequando-se à forma idiossincrática como as crianças com PEA se comportam em situações de avaliação, permitindo assim uma avaliação fidedigna das suas reais capacidades e dificuldades (Coelho, 2011).

Trata-se de uma avaliação de aplicação direta com a criança através de várias tarefas propostas que contempla áreas importantes para a avaliação de competências das crianças com

PEA, nomeadamente o facto de fazer associação objeto-imagem, contemplar a identificação de imagens e objetos (e não só a nomeação), permite ainda avaliar as competências de imitação e o jogo simbólico que não são contemplados em outros testes (Lima, 2012). Os materiais vão sendo apresentados à criança no contexto de atividades de jogo estruturadas, o que facilita a sua colaboração e, desta forma, permite avaliar crianças não-verbais, não tem tarefas cronometradas, recorre à demonstração e a ordens verbais muito simples, o material é lúdico e apelativo e permite avaliar as áreas sensoriais (Leon, 2002).

Este instrumento tem como principal objetivo a planificação de programas de intervenção individualizados e, para tal, os resultados finais são transformados num perfil de desenvolvimento que constitui o ponto de partida para a planificação da intervenção (Coelho, 2011).

2.3. Programa de Intervenção Precoce

A nível conceptual, o programa Intervenção Precoce baseia-se na Intervenção Psicoeducacional Integrada (Coelho & Aguiar, 2014), e no programa Denver (2010) de intervenção precoce.

O programa de Intervenção Precoce é implementado numa clínica no Porto especializada em PEA, ou, eventualmente, em contexto domiciliário, e a partir dos 3 anos de idade realizar-se-á uma integração progressiva no jardim de infância, com a possibilidade de continuidade da intervenção especializada em contexto escolar.

O programa de intervenção precoce tem como objetivos: iniciar uma intervenção especializada de carácter sistemático e intensivo o mais precocemente possível, uma vez que estes dois aspetos constituem as variáveis determinantes para um desenvolvimento mais normalizado; implementar uma intervenção não só centrada na criança mas alargada à família,

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

com o objetivo de dotar os seus membros de estratégias e autoconfiança que lhes permite assumirem, verdadeiramente, a liderança no processo educativo da criança e aumentar a qualidade de vida da criança e das suas famílias; prevenir os efeitos secundários causados pelos défices precoces que interferem com desenvolvimento mais tardio provocando num “cascata” de problemas, tanto a nível do desenvolvimento psicológico como a nível do desenvolvimento neurológico.

O alcance dos objetivos delineados pressupõe o envolvimento diário das crianças nas atividades incluídas no seu programa de intervenção, durante as manhãs de segunda a sexta, podendo prolongar-se em alguns momentos da parte da tarde, ou pontualmente aos fins de semana, em contexto domiciliário ou em contexto de jardim de infância, de acordo com as necessidades individuais de cada criança e de cada família.

Sendo alargado à família, esta deverá participar nos processos de avaliação e elaboração do programa de intervenção precoce assim como, sempre que possível, ao longo da sua implementação. Serão ainda realizadas reuniões individuais e de grupo com as famílias para discussão de dificuldades, necessidades, progressos e estratégias de acordo com um modelo de avaliação e intervenção contínua.

O programa acima referido é aplicado a crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos, com PEA ou com dificuldades graves nos domínios da comunicação e da socialização.

As áreas que são trabalhadas neste programa de IP são a cognição, a imitação, a perceção, a motricidade fina, a motricidade global, a integração social recíproca, a compreensão emocional, o jogo e os interesses restritos.

2.4. Procedimento

Inicialmente, foi realizado um pedido de autorização à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, para poder realizar o estudo de investigação. Após este pedido ter sido aceite, uma vez que os participantes são menores de idade foi ser apresentado aos seus tutores legais os objetivos do estudo, dando a possibilidade aos mesmos de concederem a devida autorização, para que os participantes participem no estudo. Esta fase foi concluída com o preenchimento do consentimento informado pelos responsáveis dos participantes (Anexo 1).

As 6 crianças que participaram neste estudo estavam a ser acompanhadas em várias valências (psicologia, terapia da fala, terapia ocupacional e musicoterapia) na clínica. Os participantes são divididos em dois grupos, em que 3 crianças formam o grupo 1 (G, M e C) pois frequentam o Programa de Intervenção Precoce que decorre ao longo de toda a semana de segunda à sexta, no período da manhã, das 8h30 às 11h30. As outras 3 crianças formam o grupo 2 (R, T e L) visto que não frequentam o Programa de Intervenção Precoce e têm sessões individuais de psicologia, terapia da fala e terapia ocupacional semanal ou bissemanal.

Posteriormente, os participantes deste estudo foram inicialmente avaliados através da administração do ADOS-2, como forma de despiste das Perturbações do Espectro do Autismo e para obtenção de um diagnóstico final. De seguida foi administrado o PEP-R de forma a delinear o estado desenvolvimental de cada criança. Após a administração dos dois instrumentos de avaliação, as crianças do grupo 1 foram inseridas no programa de intervenção precoce e, os do grupo 2, iniciaram as sessões semanais ou bissemanais.

Numa fase final, passado aproximadamente 6 meses, foi novamente administrado o PEP-R a todos os participantes do estudo com o objetivo de verificar a influência do processo de intervenção. As avaliações foram realizadas pelos profissionais responsáveis por cada caso.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Depois de obter os resultados iniciais e finais de cada avaliação, passou-se a analisar os resultados.

2.5. Resultados

Neste ponto, apresentamos os resultados do estudo, procurando analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (experimental e controlo).

Inicialmente foi administrado o ADOS-2 a todos os participantes do estudo, de forma a obter um diagnóstico final. O quadro 2 indica os resultados do ADOS-2 de cada sujeito do grupo 1 e do grupo 2. São apresentados os valores obtidos na área da comunicação/interação e nos comportamentos restritos/repetitivos e o total das duas áreas.

Quadro 2:

Resultados do ADOS-2 do Grupo 1 e do Grupo 2

Participantes	Comunicação/ Interação	Comportamentos restritos/repetitivos	Total ADOS-2
Grupo 1 (Grupo Experimental –IP)			
G.	9	4	13
M.	10	3	13
C.	17	7	24
Grupo 2 (Grupo de Controlo)			
R.	13	3	16
T.	10	5	15
L.	15	4	19

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

No quadro 3 apresentamos os resultados do PEP-R inicial de cada sujeito do grupo 1 e do grupo 2. Os valores apresentados são referentes à Escala de Comportamento e à Escala do Desenvolvimento. Alguns sujeitos não apresentam qualquer valor numa determinada área, uma vez que não é aplicável (NA) ao mesmo.

Quadro 3:

Resultados do PEP-R (inicial) do Grupo 1 e do Grupo 2

PEP-R Inicial	Grupo 1 (Grupo Experimental)			Grupo 2 (Grupo de Controlo)		
	G.	M.	C.	R.	T.	L.
Relacionamento Afetivo	3	7	4	6	3	4
Jogos e Interesses pelos Materiais	4	4	1	3	1	2
Respostas Sensoriais	6	10	8	11	9	9
Linguagem	3	NA	1	0	NA	1
Imitação	11	7	10	4	4	10
Perceção	11	10	10	9	7	9
Motricidade Fina	7	7	9	7	8	6
Motricidade Global	15	10	10	10	11	9

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Coordenação Olho-mão	5	3	8	7	5	8
Realização Cognitiva	13	9	13	9	4	4
Cognição Verbal	15	1	4	3	0	1

No quadro 4 estão indicados os resultados do PEP-R final de cada sujeito do grupo 1 e do grupo 2. Os valores apresentados são referentes à Escala de Comportamento e à Escala do Desenvolvimento. Alguns sujeitos não apresentam qualquer valor numa determinada área, uma vez que não é aplicável (NA) ao mesmo, como já referimos anteriormente.

Quadro 4:

Resultados do PEP-R (final) do Grupo 1 e do Grupo 2

PEP-R Final	Grupo 1 (Grupo Experimental)			Grupo 2 (Grupo de Controlo)		
	G.	M.	C.	R.	T.	L.
Relacionamento Afetivo	7	4	8	2	3	7
Jogos e Interesses pelos Materiais	3	1	5	2	1	4
Respostas Sensoriais	5	8	10	7	8	10

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Linguagem	6	NA	4	1	1	4
Imitação	13	8	15	12	11	10
Perceção	12	10	11	11	11	11
Motricidade Fina	10	7	12	10	11	8
Motricidade Global	15	14	12	14	11	13
Coordenação Olho- mão	9	5	9	8	8	9
Realização Cognitiva	22	9	16	17	18	14
Cognição Verbal	21	2	14	13	11	11

O quadro 5 é referente à comparação entre o PEP-R inicial e final do grupo 1. Para realizar esta comparação dentro do mesmo grupo e visto que o número de sujeitos é reduzido utilizou-se o teste não paramétrico Wilcoxon.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Quadro 5:

Comparação do PEP-R inicial com o PEP-R final do grupo 1 (Teste Wilcoxon)

PEP-R Grupo 1	n		M		DP		Z	p
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final		
Relacionamento								
Afetivo	3	3	4,67	6,33	2,082	2,082	-1,089	0,276
Jogos e								
Interesses pelos	3	3	3,00	2,00	1,732	1,000	-0,816	0,414
Materiais								
Respostas								
Sensoriais	3	3	8,00	7,67	2,000	2,517	-0,272	0,785
Linguagem								
Imitação	3	3	9,33	12,00	2,082	3,606	-1,604	0,109
Percepção	3	3	10,33	11,00	0,577	1,000	-1,414	0,157
Motricidade								
Fina	3	3	10,33	9,67	0,577	2,517	-0,535	0,593
Motricidade								
Global	3	3	11,67	13,67	2,887	1,528	-1,342	0,180
Coordenação								
Olho-mão	3	3	5,33	7,67	2,517	2,309	-1,604	0,109

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Realização Cognitiva	3	3	11,67	15,67	2,309	6,506	-1,342	0,180
Cognição Verbal	3	3	6,67	12,33	7,371	9,609	-1,604	0,109

Os resultados obtidos, no PEP-R inicial e final do grupo 1, através do teste Wilcoxon (Quadro 5), permitem verificar que não existem diferenças significativas em nenhuma das áreas do PEP-R. Contudo, as médias do PEP-R final aumentaram relativamente ao PEP-R inicial.

O quadro 6 é referente à comparação entre o PEP-R inicial e final do grupo 2. Para realizar esta comparação dentro do mesmo grupo e visto que o número de sujeitos é reduzido utilizou-se o teste não paramétrico Wilcoxon.

Quadro 6:

Comparação do PEP-R inicial com o PEP-R final do grupo 2 (Teste Wilcoxon)

PEP-R Grupo 2	n		M		DP		Z	p
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final		
Relacionamento Afetivo	3	3	4,33	4,00	1,528	2,646	-0,447	0,655
Jogos e Interesses pelos Materiais	3	3	2,00	2,33	1,000	1,528	-0,447	0,655

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Respostas	3	3	9,67	8,33	1,155	1,528	-0,816	0,414
Sensoriais								
Linguagem	2	3	0,50	2,00	0,707	1,732	-1,342	0,180
Imitação	3	3	6,00	11,00	3,464	1,000	-1,342	0,180
Perceção	3	3	8,33	11,00	1,155	0,000	-1,633	0,102
Motricidade								
Fina	3	3	7,00	9,67	1,000	1,528	-1,633	0,102
Motricidade								
Global	3	3	10,00	12,67	1,000	1,528	-1,414	0,157
Coordenação								
Olho-mão	3	3	6,67	8,33	1,528	0,577	-1,633	0,102
Realização								
Cognitiva	3	3	5,67	16,33	2,887	2,082	-1,604	0,109
Cognição Verbal	3	3	1,33	11,67	1,528	1,155	-1,633	0,102

Os resultados obtidos, no PEP-R inicial e final do grupo 2, através do teste Wilcoxon (Quadro 6), permitem verificar que não existem diferenças significativas em nenhuma das áreas do PEP-R. Contudo, as médias do PEP-R final aumentaram relativamente ao PEP-R inicial.

O quadro 7 é referente à comparação entre o PEP-R inicial do grupo 1 com o PEP-R inicial do grupo 2. Para realizar esta comparação entre os dois grupos utilizou-se o teste não

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

paramétrico Mann-Whitney (alternativa não-paramétrica ao Teste t de student para amostras independentes).

Quadro 7:

Comparação do PEP-R inicial do grupo 1 com o do grupo 2 (Teste Mann Whitney)

PEP-R Inicial	N		M		DP		U	p
	IP	Sem IP	IP	Sem IP	IP	Sem IP		
Relacionamento Afetivo	3	3	4,67	4,33	2,082	1,528	4,000	0,822
Jogos e Interesses pelos Materiais	3	3	3,00	2,00	1,732	1,000	2,500	0,369
Respostas Sensoriais	3	3	8,00	9,67	2,000	1,155	2,000	0,268
Linguagem	2	2	2,00	0,50	1,414	0,707	0,500	0,221
Imitação	3	3	9,33	6,00	2,082	3,464	1,500	0,178
Perceção	3	3	10,33	8,33	0,577	1,155	0,000	0,043
Motricidade Fina	3	3	7,67	7,00	1,155	1,000	3,000	0,487
Motricidade Global	3	3	11,67	10,00	2,887	1,000	3,000	0,487

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Coordenação	3	3	5,33	6,67	2,517	1,528	3,000	0,500
Olho-mão								
Realização	3	3	11,67	5,67	2,309	2,887	0,500	0,068
Cognitiva								
Cognição Verbal	3	3	6,67	1,33	7,371	1,528	1,500	0,184

P<0,05

Os resultados obtidos, no PEP-R inicial dos dois grupos, através do teste de Mann Whitney (Quadro 7), permitem afirmar que só na área da Perceção é que existe uma diferença estatisticamente significativa ($U = 0,000$; $p < .05$). Nas restantes áreas verifica-se que não existem diferenças significativas.

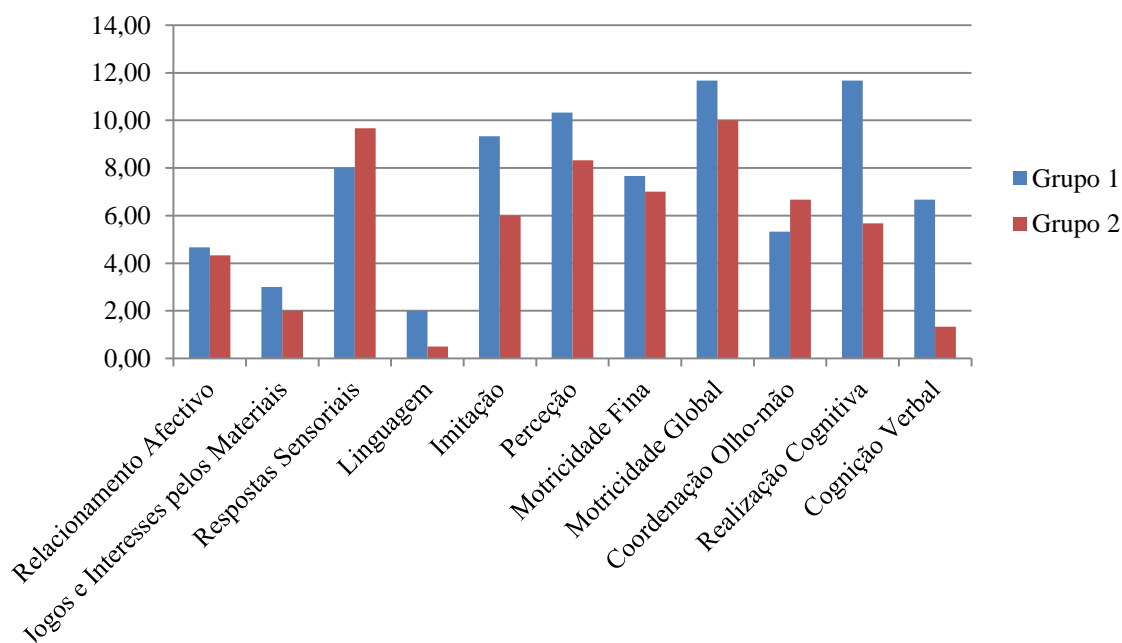


Figura 1:

Comparação do PEP-R inicial do grupo 1 com o do grupo 2 (Média)

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

O quadro 8 é referente à comparação entre o PEP-R final do grupo 1 com o PEP-R final do grupo 2. Para realizar esta comparação entre os dois grupos utilizou-se o teste não-paramétrico Mann-Whitney (alternativa não-paramétrica ao Teste t de student para amostras independentes).

Quadro 8:

Comparação do PEP-R final do grupo 1 com o PEP-R final do grupo 2 (Teste Mann Whitney)

PEP-R Final	N		M		DP		U	p
	IP	Sem IP	IP	Sem IP	IP	Sem IP		
Relacionamento Afetivo	3	3	6,33	4,00	2,082	2,646	4,000	0,822
Jogos e Interesses pelos Materiais	3	3	3,00	2,33	2,000	1,528	2,500	0,369
Respostas Sensoriais	3	3	7,68	8,33	2,517	1,528	2,000	0,268
Linguagem	2	3	5,00	2,00	1,414	1,732	0,500	0,221
Imitação	3	3	12,00	11,00	3,606	1,000	1,500	0,178
Perceção	3	3	11,00	11,00	1,000	0,000	0,000	0,043

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Motricidade Fina	3	3	9,67	9,67	2,517	1,528	3,000	0,487
Motricidade Global	3	3	13,67	12,67	1,528	1,528	3,000	0,487
Coordenação Olho-mão	3	3	7,67	8,33	2,309	0,577	3,000	0,500
Realização Cognitiva	3	3	15,67	16,33	6,506	2,082	0,500	0,068
Cognição Verbal	3	3	12,33	11,67	9,609	1,155	1,500	0,184

Os resultados obtidos, no PEP-R final dos dois grupos, através do teste de Mann Whitney (Quadro 8), permitem afirmar, como no PEP-R inicial, que existe uma diferença significativa na área da Perceção ($U = 0,000$; $p < .05$). Nas restantes áreas continuamos a verificar que não existem diferenças significativas, mas que relativamente às médias constatamos que são mais elevadas no grupo 1 relativamente ao grupo 2.

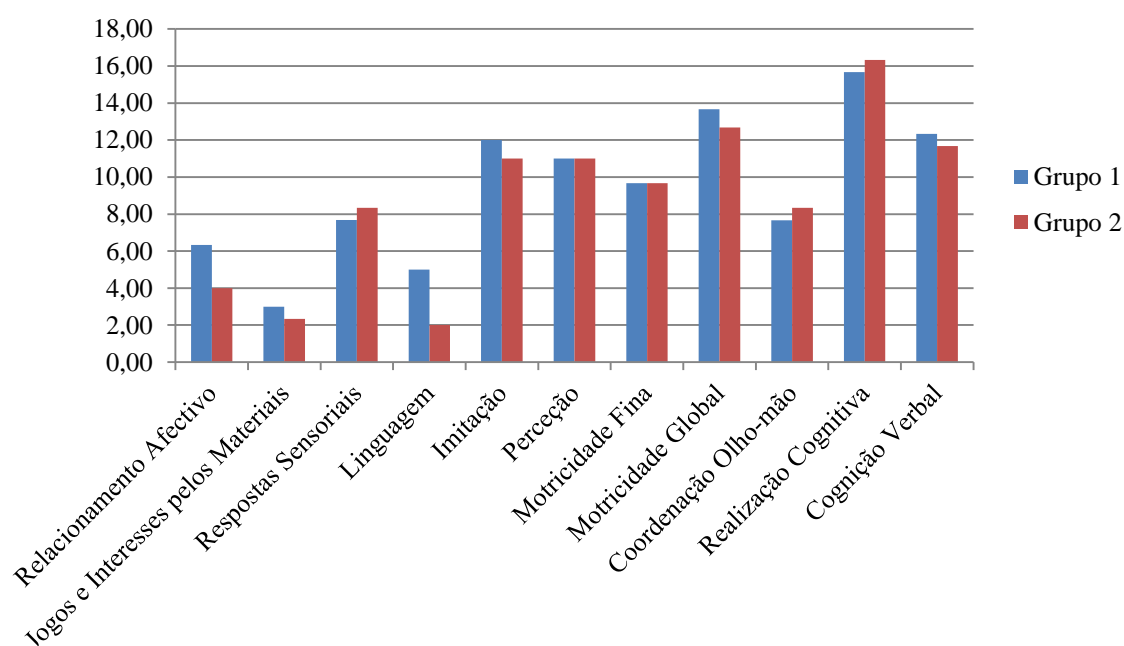


Figura 2: Comparação do PEP-R final do grupo 1 com o PEP-R final do grupo 2 (Média)

2.6. Discussão dos resultados

Neste ponto vão ser analisados e discutidos os resultados obtidos no estudo e verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 1 (grupo experimental) e o grupo 2 (grupo de controlo). Os participantes para este estudo foram selecionados em função da idade e do nível de desenvolvimento, ou seja, de forma a que as idades fossem iguais em ambos os grupos e que o nível de desenvolvimento fosse o mais próximo possível.

O presente estudo teve como objetivo geral verificar a eficácia do programa de IP, verificando se as crianças do grupo 1 tiveram uma evolução mais acentuada do que as crianças do grupo 2.

De modo a dar resposta ao objetivo geral do estudo, neste ponto irá ser realizada a discussão dos resultados anteriormente descritos, sustentada na base teórica e empírica apresentada na primeira parte do trabalho.

Relativamente aos resultados inter-grupo verificamos que em ambos os grupos se verifica uma evolução em quase todas as áreas, não havendo diferenças significativas. Contudo relativamente à média, verificamos que existe uma evolução mais acentuada no grupo 1 relativamente ao grupo 2.

O primeiro objetivo específico deste estudo era verificar se as crianças inseridas no programa de IP apresentam melhorias em relação ao comportamento, em comparação com as crianças que não frequentam o programa. Visto que o PEP-R está dividido em duas escalas, escala de desenvolvimento (imitação, perceção, motricidade fina, motricidade global, coordenação mão-olho, realização cognitiva, cognição verbal) e escala de comportamento (relacionamento afetivo, jogo e interesses pelos materiais, respostas sensoriais, linguagem) (Abreu, 2013), com os resultados obtidos conseguimos verificar que na escala de comportamento não existem diferenças estatisticamente significativas. Contudo, a média

apresentada por cada um indica-nos que são todas mais elevadas no grupo 1 à exceção das respostas sensoriais. Pode-se constatar que existe uma evolução maior no grupo 1 relativamente à escala do comportamento.

Quanto ao segundo objetivo do presente estudo, este pretendia verificar se as crianças inseridas no programa de IP apresentam melhorias em relação à comunicação, em comparação com as crianças que não frequentam o programa. Para verificar este objetivo é necessário analisar os resultados obtidos nas áreas da linguagem e da cognição verbal. Segundo os resultados obtidos verificamos que o grupo 1 obteve médias mais elevadas do que o grupo 2 na área da linguagem e da cognição verbal (linguagem no grupo 1 ($M= 5,00$; $DP= 1,414$) e no grupo 2 ($M=2,00$; $DP= 1,732$; cognição verbal no grupo 1 ($M= 12,33$; $DP= 9,609$) e na cognição verbal ($M= 11,67$; $DP= 1,155$). Deste modo, estes resultados indicam que apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, conseguimos verificar através das médias, que o grupo 1 apresentou uma maior evolução do que o grupo 2.

Relativamente ao último objetivo deste estudo, que pretendia verificar se as crianças inseridas no programa de IP apresentam melhorias em relação à interação social, em comparação com as crianças que não frequentam o programa. Para este objetivo é necessário analisar o resultados obtidos na área de relacionamento afetivo. Analisando os resultados obtidos na área do relacionamento afetivo verificamos que não existem diferenças significativas comparando os dois grupos. Contudo o grupo 1 ($M= 6,33$; $DP= 2,082$) obteve uma média mais elevada do que o grupo 2 ($M= 4,00$; $DP= 2,646$), o que permite verificar uma maior evolução no primeiro grupo que frequenta o programa de IP.

No que se refere à comparação do PEP-R inicial do grupo 1 e do grupo 2 (Quadro5), verifica-se que apenas se verifica uma diferença estatisticamente significativa relativamente à perceção ($U = 0,000$; $p < .05$). Quanto às restantes áreas, não existem diferenças estatisticamente significativas, o que permite constatar que as crianças de ambos os grupos

iniciaram a intervenção com, aproximadamente, o mesmo nível de desenvolvimento, como era pretendido. Isto porque seria muito difícil conseguir uma amostra onde as crianças tivessem um desenvolvimento exatamente igual. Como foi referido na primeira parte do trabalho, é importante salientar que cada criança é única, ou seja, um tratamento pode ser adequado para uma criança, mas para outra pode não ser tão eficaz. As PEA são caracterizadas pelos défices sociais, comunicativos e cognitivos severos, mas também apresentam uma enorme variabilidade. Isto é, verifica-se que há crianças que falam frequentemente e com frases completas, enquanto outras não aprendem de todo a falar e algumas crianças mantêm-se distantes e não se envolvem, enquanto outras são afetuosas e interessadas nas interações com quem as rodeia (Kasari, 2002). Esta variabilidade também pode estar presente na resposta da criança à intervenção (Dawson & Sterling, 2008; Kasari, 2002).

Deste modo, nunca seria possível que as seis crianças tivessem um desenvolvimento exatamente igual, tendo médias iguais nas diferentes áreas. O que se verifica é que as médias no PEP-R inicial em algumas áreas são mais elevados no grupo 1 e noutras no grupo 2.

No quadro 8, indica-nos os resultados obtidos no PEP-R final de ambos os grupos, ou seja, após a intervenção realizada a todas as crianças do estudo, continua a existir diferenças estatisticamente significativas relativamente à perceção ($U = 0,000$; $p < .05$). Nas restantes áreas continuamos a não verificar diferenças estatisticamente significativas, mas relativamente às médias verificamos que o grupo 1 apresenta médias muito mais elevadas do que o grupo 2. Após esta análise de médias, podemos constatar que existiu uma maior evolução nas crianças do grupo 1 que frequentam o programa de IP.

Verificamos que em ambos os grupos a área mais desenvolvida é a Realização Cognitiva (grupo 1 ($M= 15,67$; $DP= 6,506$); grupo 2 ($M= 16,35$; $DP= 2,082$)) e a menos desenvolvida no grupo 1 ($M= 3,00$; $DP= 2,000$) é o Jogo e Interesses pelos Materiais e no grupo 2 ($M= 2,00$; $DP= 1,732$) é a Linguagem.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Segundo algumas investigações, verificam-se que as limitações relativamente à linguagem têm manifestações variáveis, dependendo da idade da criança, nível intelectual e capacidade de linguagem, bem como outros fatores, como, por exemplo, a história de tratamento e suporte atual. Muitas crianças com PEA apresentam défices da linguagem, podendo variar desde uma completa ausência de fala até um atraso da linguagem e compreensão pobre da fala (APA, 2014). Estas limitações relativamente à linguagem estão mais presentes no grupo 2, uma vez que é a área menos desenvolvida.

Por outro lado, outro fator de preocupação, por parte dos pais, é também a inexistência da imitação, cooperação nas brincadeiras (gestos de comunicação, acenar, despedir-se de alguém) e na partilha dos sentimentos e emoções, enquanto bebé (Viveiros, 2011). Estes comportamentos estão mais presentes no grupo 1, visto que a área de jogo e interesses pelos materiais é a menos desenvolvida.

Relativamente ao quadro 5 indica-nos os resultados obtidos pelo grupo 1 no PEP-R inicial e final. Com os resultados obtidos, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das áreas, mas as médias permitem-nos verificar que existiu uma grande evolução após a intervenção. No quadro 6 permite-nos verificar os resultados do grupo 2 e também não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Contudo também verificamos evolução nas médias, apesar de não serem tão acentuadas como no grupo 1. Deste modo também conseguimos analisar que o grupo 1 teve uma maior evolução que o grupo 2, o que permite verificar que o programa de IP está a ter resultados.

Os primeiros anos de vida são fundamentais para influenciar o desenvolvimento da criança e dar apoio às famílias. Constata-se que é uma forte filosofia preventiva, visto que o principal objetivo da intervenção é prevenir ou minimizar os problemas desenvolvimentais para as crianças em risco, como resultado de fatores biológicos ou ambientais (Carvalho, 2011). Para Bairrão e Almeida (2003, citado por Oliveira, 2010) “É consensual que, quanto mais cedo se

iniciarem os programas de Intervenção Precoce e quanto melhor for a sua qualidade, mais eficaz será a intervenção.” (p.17). Após vários anos de investigação, consegue-se verificar que existem evidências significativas de que a Intervenção Precoce não só acelera e reforça o desenvolvimento da criança, mas também melhora o funcionamento da família e reduz os gastos da sociedade com educação especial e outros serviços reabilitativos (Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN), 2008).

Após a discussão dos resultados constatamos que não existem diferenças significativas visto que o período de intervenção foi apenas de seis meses, o que com estas crianças não é o suficiente para se verificar grandes evoluções. Contudo, através das médias conseguimos verificar evoluções nos dois grupos, mas de forma mais visível no grupo 1 (grupo experimental). Estas crianças são avaliadas de seis em seis meses, o que significa que brevemente (finais de fevereiro) vão ser novamente avaliadas e visto que já passou um ano desde a administração do PEP-R inicial. Atualmente estas mesmas crianças já conseguiram adquirir várias competências que se encontravam inicialmente emergentes.

A PEA é caracterizada por défices constantes na comunicação e interação social em diversos contextos, incluindo dificuldades na reciprocidade social, comportamentos comunicativos não verbais utilizados na interação social e capacidade de desenvolver, manter e entender relacionamentos (APA, 2014). Verifica-se que esta perturbação se manifesta num espectro contínuo de gravidade de maior ou menor intensidade através da diversidade de combinações possíveis de sintomas (Coelho & Aguiar, 2014).

Deste modo, considera-se pertinente uma intervenção sistemática e intensiva, iniciada o mais precocemente possível de forma a poder melhorar as dificuldades da criança, visto a gravidade das PEA e a adaptação social, vão persistir ao longo da vida. Por outro lado, também é importante que esta intervenção seja alargada à família e a todos os contextos onde a criança com PEA, está inserida (Coelho & Aguiar, 2014).

SÍNTESE

Nesta segunda parte do trabalho apresentamos o estudo empírico da investigação, onde referimos os objetivos do estudo, os respetivos participantes, o programa de IP e o procedimento. Num outro ponto apresentamos os resultados em quadros devidamente identificados e com texto explicativo. Seguiu-se a discussão dos resultados, verificando os objetivos do estudo.

Após a análise dos resultados, verificamos que não existem diferenças significativas entre os dois grupos, apesar de as médias indicarem que existiu maior evolução nas crianças do grupo 1.

CONCLUSÃO GERAL

A presente investigação surgiu devido ao interesse de aprofundar os conhecimentos relativamente a este tema, visto que foi realizado um estágio curricular nesta área. Assim este trabalho tem como principal objetivo verificar a eficácia de um programa de IP numa Clínica especializada no Porto. Para realizar este estudo foram selecionadas seis crianças com PEA. Os participantes foram divididos em dois grupos (grupo 1 – grupo experimental (IP); grupo 2 – grupo de controlo), em que cada um ficava com três crianças com as mesmas idades e níveis de desenvolvimento muito semelhante.

Para a realização deste estudo, utilizamos dois instrumentos de avaliação, ADOS-2 e PEP-R, sendo estes os instrumentos mais favoráveis ao desenvolvimento do estudo, obtendo-se resultados válidos com a utilização dos mesmos.

O apoio e total colaboração dos profissionais da clínica e dos pais dos participantes foram fundamentais para o sucesso deste estudo de investigação.

No entanto, durante a realização deste estudo de investigação, foram sentidas algumas dificuldades devido a determinados fatores.

O fator tempo criou alguns obstáculos, sendo necessária uma maior rapidez no levantamento de dados, criando um espaço temporal de intervenção muito reduzido, podendo este ser influente nos resultados obtidos. Num futuro estudo de investigação deve ser considerado um maior tempo de intervenção, de modo a obter resultados mais significativos.

Outro fator significativo foi o facto de o número de participantes ser muito reduzido. Isto poderá ter condicionado os resultados, mas trata-se de uma população muito específica pelo que consideramos o número aceitável, no entanto, para verificarmos resultados mais consistentes, no futuro propomos uma investigação com um maior número de participantes.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Para a realização deste estudo, inicialmente foram definidos alguns objetivos como verificar se: as crianças inseridas no programa de intervenção precoce apresentam melhorias em relação ao comportamento, em comparação com as crianças que não frequentam o programa; as crianças inseridas no programa de intervenção precoce apresentam melhorias em relação à comunicação, em comparação com as crianças que não frequentam o programa; e as crianças inseridas no programa de intervenção precoce apresentam melhorias em relação à interação social, em comparação com as crianças que não frequentam o programa.

Através dos resultados obtidos conseguimos verificar que não existem diferenças significativas entre o grupo 1 e o grupo 2 em nenhuma das áreas apresentadas nos objetivos específicos do estudo. Contudo analisando a média de cada grupo relativamente aos comportamentos como é referido no primeiro objetivo, conseguimos verificar que no grupo 1 existe uma evolução maior. Relativamente aos restantes dois objetivos verificamos a mesma situação.

Como reflexão global de todo este processo, salienta-se o facto de na presente investigação ter-se obtido resultados relativamente favoráveis. Apesar de os resultados não serem significativos, podemos verificar uma maior evolução nas crianças que frequentam o programa de IP comprovando a eficácia do programa de IP da clínica em questão. Para obter resultados mais significativos seria necessário colmatar as dificuldades acima referidas.

Em conclusão, e tendo em conta a opinião pessoal, as crianças com PEA devem ter um acompanhamento personalizado, de modo a serem autónomas. Esta autonomia irá facilitar a sua integração na sociedade. O programa IP facilita todo este processo bem como apoia a criança no seu desenvolvimento. No entanto, a colaboração e apoio das famílias e de todo o contexto que rodeia a criança são fundamentais em todo este processo.

Referências Bibliográficas

- Abreu, C. *Avaliação de alunos com perturbações do espectro do autismo em unidades de ensino estruturado do 1º ciclo*. Mestrado.
- Aguiar, C. L. C. & Ribeiro, S. H. B. (2006). Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: epidemiologia e instrumentos diagnóstico. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. Disponível em <http://www.mackenzie.br/index.php?id=1165>. [Consultado em 10/02/2016].
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5th ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Almeida, I. (2004). Intervenção Precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade?. *Análise Psicológica*, 1(22), 113-121.
- Almeida, S. I. M. (2014). *Genes envolvido na determinação do autismo*. Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Araujo, M. (2007). Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. *Psicologia: Teoria e prática*, 9(2), 126-141.
- Barbosa, H. (2009). *Análise do recurso a novas tecnologias no ensino de autistas*. Mestrado. Instituto Superior de Engenharia do Porto, Porto.
- Batista, C. & Bosa, C. (2002). *Autismo e Educação: Reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed.
- Borges, M. (2000). *Autismo – Um silêncio ruidoso. Perspetiva empírica sobre o autismo no sistema regular de ensino*. Mestrado. Almada.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge MA: Harvard University press.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

- Capone, G. (2004). Down Syndrome: Genetic insights and thoughts on early intervention. *Infants and young children*, 17(1), 45-58.
- Cardoso, N. C. F. (2014). *Modelo TEACCH Intervenção em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo Estudo de caso*. Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Viseu.
- Carrapatoso, M. T. J. P. (2003). *Subsídios para o estudo da Intervenção Precoce centrada na família: Quais as perceções dos técnicos?*. Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Carvalho, M. (2011). *Avaliação da satisfação das famílias com as respostas de intervenção precoce na região oeste*. Mestrado. Instituto Superior de Educação e Ciências, Lisboa.
- Coelho, A. P. M. A. (2011). *Perfil psicomotor em crianças com e sem autismo um estudo comparativo*. Mestrado. Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Coelho, A. M. & Aguiar A. I. (2014). *Intervenção Psicoeducacional integrado nas Perturbações do Espectro do Autismo*. Porto: Edições Afrontamento.
- Condillac, P. A. & Freeman, N. L. (2002). Best practice and practical strategies in the assessment/diagnosis of autism. *Journal on Developmental Disabilities*, 9, 61-75.
- Correia, N. (2011). *A importância da intervenção precoce para as crianças com autismo na perspetiva dos educadores e professores de educação especial*. Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Correia, H. (2014). *Contributos de atividade num indivíduo com PEA – Estudo de caso*. Mestrado. Universidade Portucalense, Porto.
- Correia, A. (2014). *Satisfação Norte e a intervenção centrada na família*. Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Costa, L. (2002). *Intervenção Precoce: impacto do PROIP nos vários subsistemas: crianças, família, técnico e serviços no distrito de Castelo Branco*. Mestrado. Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Costa, C. S. (2009). *Musicoterapia ativa num caso de autismo associado à esclerose tuberosa*. Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Costa, V. (2013). *A inclusão de uma criança com limitações cognitivas/deficiência intelectual em contexto educativo regular – Estudo de caso*. Mestrado. Escola Superior João de Deus, Lisboa.

Cumine, V., Leach, J. & Stevenson, G. (2008). *Compreender a Síndrome de Asperger. Guia prático para educadores*. Porto: Porto Editora.

Duarte, V. (2013). *A perceção dos profissionais das clinicas pedagógicas da Universidade Fernando Pessoa e dos familiares dos indivíduos com Perturbação do Espectro do Autismo sobre o modelo TEACCH como estratégia de inclusão*. Mestrado Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Dawson, G. & Sterling, L. (2008). *Autism spectrum disorders*. London: Elsevier.

Fernandes, S. F. S. N. (2010). *A adequabilidade do Modelo TEACCH para a promoção do desenvolvimento de criança com autismo*. Pós-graduação. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto.

Ferreira, M. (2011). *A Integração dos pais na Intervenção de crianças com autismo*. Projeto de Graduação. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Fioravança, M. (2014). *Os docentes nas equipas de intervenção precoce no distrito de Portalegre*. Mestrado. Escola Superior de Educação, Portalegre.

Folgado, S. (2013). *A comunicação e interação na criança autista: um estudo de caso*. Mestrado. Escola Superior de Educação, Castelo Branco.

Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Intervenção em Psicologia*, 11(1), 113-121.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

- Franco, V. & Apolónio, A. (2008). *Avaliação do impacto de intervenção precoce no Alentejo: criança, família e comunidade*. Évora: Administração Regional Saúde do Alentejo, Instituto Público.
- Gonçalves, A. (2011). *Os Modelos de intervenção são eficazes para melhorar a inclusão de crianças com Autismo*. Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Gonçalves, M. (2011). *Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo: Utilização do sistema PECS para promover o desenvolvimento comunicativo*. Mestrado. Escola Superior de Educação, Lisboa.
- Gonçalves, A. S. R. (2012). *Alunos com Perturbação do Espectro do Autismo: Intervenção Educativa*. Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Greenspan, S. I. (1992). *Infancy and early Childhood: the practice of clinical assessment and intervention with emption – I and developmental challenges*. Madison: International University Press.
- Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Kwee, C., Sampaio, T. & Atherino, C. (2009). Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. *Revista CEFAC*, 2(11), 217-226.
- Kasari, C. (2002). Assessing change in early intervention programs for Children with autism. *Journal of Autism and developmental disorders*, 32(5), 447-461.
- Landa, R. (2008). Diagnosis spectrum autism disorders in the first 3 years of life. *Nature Clinical Practice (Neurology)*, 4(3), 138-147.
- Leon, V. C. (2002). *Estudo das propriedades psicométricas do perfil psicoeducacional PEP-R*. Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lima, C. B. (2012). *Perturbações do espectro do autismo: Manual prático de intervenção*. Lisboa: Lidel.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

- Lopes, M. (2011). *Inclusão das crianças autistas*. Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Malheiro, F. I. M. (2010). *Inclusão de uma criança com necessidades educativas especiais num jardim de infância do Movimento da Escola Moderna*. Mestrado. Universidade do Minho, Braga.
- Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo: ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com as mães*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martins, A. L. F. (2011). *Avaliação dos distúrbios da linguagem no Autismo infantil*. Mestrado. Universidade da Beira Interior, Lisboa.
- Martins, C. P. (2012). *Face a face com o Autismo: será a inclusão um mito ou uma realidade?*. Mestrado. Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.
- Mello, A. (2005). *Autismo: guia prático*. São Paulo: AMA.
- Mello, A. M. S. R. & Vatauvuk, M C. (2007). *Autismo: Guia prático*. 5ª ed. São Paulo: AMA.
- Mendes, S. (2013). *As perceções dos Educadores de infância quanto à inclusão de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo no Pré-escolar Público*. Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Mesquita, R. (2011). *Estratégias de inclusão de um aluno com espectro do autismo numa turma do regular*. Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Miranda, D. (2011). *Programa específico de natação para crianças autistas*. Mestrado. Escola Superior Almeida Garrett, Lisboa.
- Morais, T. (2012). *Modelo TEACCH – Intervenção Pedagógica em crianças com Perturbação do Espectro do Autismo*. Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Oliveira, A. (2009). *Perturbação do espectro do autismo: a comunicação*. Projeto de pós-graduação. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

- Oliveira, G. (2005). *Epidemiologia do autismo em Portugal: um estudo de prevalência da Perturbação do Espectro do Autismo e de caracterização de uma amostra populacional de idade escolar*. Doutoramento. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Oliveira, G. (2006). Autismo: história, clínica, diagnóstico. *Revista Diversidades*, 4(14), 19-26.
- Oliveira, G. (2009). Autismo, Cuidados Primários de Saúde. *Rev Port Clin Geral*, 25, 688-95.
- Oliveira, G. (2009). Autismo: diagnóstico e orientação. Parte I – Vigilância. Rastreio e Orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(6), 278-287.
- Oliveira, T. R. (2010). *A intervenção precoce no autismo, e trissomia 21: Orientações para boas práticas de intervenção*. Mestrado. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Oliveira, E. (2012). *A inclusão de crianças autistas no pré-escolar atitudes dos educadores*. Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Ozonoff, S., Rogers, S. & Hendren, R. (2003). *Perturbações do Espectro do Autismo: Perspetivas da Investigação atual*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pacheco, R. C. (2013). *Intervenção Precoce na infância: uma abordagem ao risco ambiental na região autónoma dos Açores*. Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Padilha, M. C. P. (2008). *A musicoterapia no tratamento de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo*. Mestrado. Universidade da Beira Interior, Lisboa.
- Pereira, O. M. P. (2009). *Apoio social e Intervenção Precoce no Concelho de Paredes*. Mestrado. Universidade do Minho, Braga.
- Perry, A., Gondillac, R. & Freeman, N. (2002). Best practices and practical strategies for assessment and diagnosis of autism. *Journal on Developmental Disabilities*, 9(2), 61-75.
- Reis, H. I. S. (2014). *Avaliação diferencial e intervenção no espectro do autismo: a complementaridade de pais e profissionais*. Doutoramento. Universidade do Minho, Braga.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

- Rogers, S. J. & Dawson, G. (2010). *Early start Denver Model for children with autism: promoting language, learning and engagement*. New York: Guia Ford Press.
- Santos, P. (2007). *Promovendo um processo de construção de uma cultura de intervenção precoce*. Doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Santos, S. (2012). *Perturbação do Espectro do Autismo: estratégias inclusivas na sala regular do 1º CEB*. Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Sato, F. P. (2008). *Validação da versão em Português de um questionário para avaliação de autismo infantil*. Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Serrano, A. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.
- Siebel, M. T. F. (2008). *Perspetivas e desafios na Psicologia Clínica e Escolar*. Mestrado. Universidade Federal da Bahia, Brasil.
- Silva, C. C. R. (2012). *Um auxílio no desenvolvimento e aprendizagem de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo*. Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.
- Soares, A. (2014). *Caracterização do apoio à criança com PEA*. Licenciatura. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Tegethof, M. (2007). *Estudos sobre a intervenção precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Telmo, I. (2006). *Formautismo: Manual de formação em autismo para professores e famílias*. Lisboa: Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo.
- Vaz, E. N. (2014). *A influência da prática da atividade física no desenvolvimento de crianças com trissomia 21*. Mestrado. Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Vismara, L. A. & Rogers S. J. (2008). The early start Denver Model: A case study of an innovative practice. *Journal of Early Intervention*, 31(1), 91-108.

Viveiros. M. (2011). *A satisfação da docência com a inclusão de alunos autistas*. Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa.

Wall, K. (2010). *Autism and early years practice*. London: Sage Publications Ltd.

Wing, L., & Gould, J. (1979) Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children Epidemiology and classification *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Anexos

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

**Anexos I – Autorização da Comissão de Ética da Universidade Fernando
Pessoa para a realização do estudo.**

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

De conhecimento à
chamada e Orientado(a).
Inês
01/07/2015

Exma. Senhora
Prof. Doutora Inês Gomes
Diretora da FCHS

Porto, 29 de Junho de 2015

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de reapreciado o projeto de Mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica e da Saúde), de Anabela de Sousa Rodrigues, intitulado "Eficácia da intervenção precoce sistemática intensiva em crianças com perturbação do espectro do autismo" e objeto de um primeiro parecer com data de 20 de Abril, considera nada ter a opor ao mesmo, desde que atendidas as seguintes questões:

- sugere-se que, na medida do possível, os benefícios da intervenção sejam estendidos às crianças da instituição que não tenham beneficiado do programa "Elos de intervenção precoce";
- os resultados da avaliação passem a constar nos processos individuais das crianças na instituição e os responsáveis legais sejam informados dos mesmos.

Relembra-se que se deve garantir a confidencialidade e, na elaboração da dissertação, o anonimato dos dados e que deverá ser obtida autorização da instituição para que os dados sejam utilizados na dissertação de mestrado.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética


Teresa Martiño Toldy

Estudo da Eficácia de um Programa de Intervenção Precoce em crianças dos 3 aos 4 anos, com
Perturbação do Espectro do Autismo, de ambos os sexos.

Anexos II – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

“Eficácia da Intervenção Precoce sistemática intensiva, em crianças com
Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)”

Eu, abaixo-assinado (nome completo)

.....,

responsável pelo participante no projeto (nome completo)

....., compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da sua participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do Responsável pelo participante no projeto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura: