



José Carlos Costa da Mota

**“Aplicação do modelo Son-Rise numa turma de ensino
estruturado - Estudo de caso”**

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2014



José Carlos Costa da Mota

**“Aplicação do modelo Son-Rise numa turma de ensino
estruturado - Estudo de caso”**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2014

José Carlos Costa da Mota

“Aplicação do modelo Son-Rise numa turma de ensino
estruturado - Estudo de caso”

Trabalho apresentado à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Ciências da Educação:
Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor
sob a orientação da Professora Doutora Fátima
Coelho e Mestre Luísa Saavedra

RESUMO

O *Son-Rise Program* (S.R.P) tem vindo a desencadear, nos últimos tempos, inúmeras reacções junto dos diversos agentes educativos. Não só por ser um método, mas também por se encontrarem resultados de sucesso visíveis nos estudos do Centro Americano de Tratamento do Autismo. Pela pouca informação existente sobre a aplicação deste programa em ambiente escolar considerou-se pertinente a realização desta investigação.

Para a realização deste trabalho optou-se por um estudo de caso, envolvendo um participante com perturbação do espectro do autismo (P.E.A.), a frequentar uma sala do ensino estruturado. O objectivo neste estudo é perceber se a aplicação do S.R.P. nas áreas do controlo de esfíncteres e socialização pode ser aplicado numa sala de ensino estruturado, com sucesso.

Para tal, recorreu-se a duas tabelas de registo de comportamentos: A primeira tabela da equipa multidisciplinar do Centro de Reabilitação (CRPSF) e a segunda tabela, normalmente usada pelo S.R.P. nas suas formações com as famílias, foi adaptada para a esfera escolar com a devida autorização dos autores. O programa aplicado ao aluno teve a duração de seis meses, com intervenções diárias de Junho a Novembro de 2013.

Os resultados obtidos demonstram a possibilidade de se aplicar o S.R.P. em ambiente escolar, como programa alternativo a outros existentes para as salas de ensino estruturado, articulando o mesmo com as famílias. Verificou-se que o aluno evoluiu no controlo de esfíncteres, apresentando uma percentagem de 42,50% de sucesso na actividade comparativamente com a 1.^a avaliação em que os resultados apresentavam apenas uma percentagem de sucesso de 0,65%. No que diz respeito aos estágios do modelo de desenvolvimento do S.R.P, encontraram-se também resultados positivos no que concerne à socialização do aluno, havendo uma evolução desde o início do programa que, apenas cumpria tarefas relativas às áreas do estágio 1, concluindo com taxas de cumprimento em actividades inscritas no estágio 5, o estágio mais complexo do modelo de desenvolvimento do S.R.P.

Palavras-chave: Ensino Estruturado, NEE, Controlo de Esfíncteres, Modelo de Desenvolvimento *Son-Rise Program*, Perturbação do espectro do autismo.

ABSTRACT

The Son-Rise Program (SRP) has triggered in recent times numerous reactions among various educational agents. Not only as a method but also because there have been results of visible success in studies of the American Center for Autism Treatment. Due to the little information on the implementation of this program in the school environment, it was considered appropriate to conduct this research.

For this work we chose a case study involving a participant with autism spectrum disorder (ASD) attending a structured learning room. The aim of this study is to understand whether the application of SRP in the areas of sphincter control and socialization can be successfully applied in a structured teaching room.

To this end, we used two registry tables of behavior: On the first we used the table of the multidisciplinary team of the Centre for Rehabilitation (CRPSF) and on the second we adapted the school's table normally used by SRP in their training sessions with the families, with permission from the authors. The program applied to the student lasted six months, with daily operations from June to November 2013.

The obtained results demonstrate the possibility of applying the SRP school environment as an alternative to other existing rooms for structured teaching, articulating the same program with the families. It was verified that the students developed sphincter control, with a proportion of 42.50 % success rate in comparison to the activity of the first evaluation in which results showed only a percentage of success of 0.65%. With regard to the stages of development of the SRP model we also found positive results regarding the socialization of students, with an evolution from the beginning of the program regarding only the areas of stage 1, ending with rate compliance activities included in stage 5, the more complex development model SRP stage.

Keywords: Structured Teaching, SEN, sphincter control, Son-Rise Program Development Model, Autism Spectrum Disorder.

*“É muito importante, antes de tentar mudar
comportamentos, criar uma relação estável.
Primeiro que tudo, juntamo-nos ao nível deles.
As crianças mostram-nos a entrada, nós
mostramos-lhes a saída”*
Raun Kaufman

À memória do colega Pedro Gouveia,
companheiro de muitas batalhas e
responsável pela minha entrada na
Educação Especial

Agradecimentos

Todo este trabalho só foi possível devido ao envolvimento de muitas pessoas a quem eu estarei sempre grato. É certo que cada pessoa teve a sua percentagem de importância pelo que as mesmas aparecerão de forma aleatória.

Assim sendo, desde logo o meu profundo agradecimento:

→ Às Professoras Luísa Saavedra e Fátima Coelho, Orientadoras de Tese, pela motivação demonstrada e por todo o apoio prestado durante a realização deste trabalho;

→ À Maria José Dias, Assistente Operacional do Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família (CRPSF), pelo empenhamento, dedicação e envolvimento no projecto;

→ À equipa Multidisciplinar do CRPSF pela força e incentivo durante todo o trabalho;

→ Às funcionárias da Escola do CRPSF pela paciência tida, sobretudo no período não escolar, sempre prestáveis quando solicitadas;

→ Ao meu irmão Nuno Mota pela inestimável colaboração no tratamento estatístico dos dados recolhidos e observados;

→ À Catarina Gonçalves, mãe de uma criança com PEA e com formação Son-Rise, por todas as dicas e pela força e energia positiva depositada no projecto;

→ À Susana Silva, Presidente da Associação Vencer Autismo, por todas as informações facultadas, fundamentais para a concretização do Estudo de Caso;

→ À colega Mónica Fernandes pela cedência de bibliografia e disponibilidade demonstrada;

→ Aos colegas da Escola do CRPSF pela atenção e colaboração demonstrada nos tempos escolares;

→ Ao colega César Lages pela disponibilidade e prontidão na colaboração prestada;

→ Aos meus pais pelo apoio emocional e sobretudo financeiro;

→ Aos meus filhos, Cinderela e Romeu, pelo tempo em família que lhes “roubei”. Prometo compensá-los;

→ E para o fim, a minha profunda gratidão à minha querida e adorada esposa Rita Paula por tudo o que tem feito por mim, pelo apoio e pela energia positiva que injectou nos momentos em que me senti à deriva. Amo-te muito.

A todos, o meu bem-haja pela vossa colaboração e dedicação e podem ter a certeza de que empregarei cada palavra deste trabalho para oferecer melhor qualidade de vida às crianças com PEA que se cruzarem no meu caminho. Porque como nos diz Frederick Herzberg “*A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento*”.

ÍNDICE

Resumo	1
Abstract	2
Dedicatória	4
Agradecimentos	5
Índice Geral	7
Índice de Siglas	8
Índice de Figuras	9
Índice de Gráficos	9
Índice de Anexos	10
Introdução	12
Capítulo I – Fundamentação Teórica	14
1. Autismo: Os estudos de Kanner	15
2. Critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais	16
3. Co morbilidade do autismo	18
4. Diagnóstico das perturbações do espectro do autismo	20
5. Modelos de Intervenção	22
5.1 Modelo Teacch	25
5.1.1 Ensino Estruturado	25
5.1.2 Aprendizagens e Espaços Pedagógicos	26
5.2 O Modelo ABA	28
5.3 O Modelo Floortime	29
5.4 O Programa Son-Rise	29
5.4.1 Breve história do Programa Son-Rise	29
5.4.2 Princípios Orientadores do SRP	32
5.4.3 Estudos Exploratórios do SRP em ambiente escolar	36
5.4.4 SRP em Portugal	43
Capítulo II – Estudo Empírico	46
1. Metodologia	47
1.2 Objectivos	48

1.3 Participantes	49
1.4 Instrumentos de recolha de dados e procedimentos	50
2. Fases desenvolvidas nos procedimentos	51
3. Análise e discussão dos resultados	54
Capítulo III – Conclusões e Recomendações	95
1. Conclusões do Estudo	96
2. Recomendações	99
Bibliografia	100
Anexos	111

Índice de Siglas

AAP – Associação Americana de Pediatria

APA – American Psychiatric Association

ABA - Applied Behaviour Analysis/ Análise Aplicada do Comportamento (em português)

CRPSF – Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família

DIR - Desenvolvimento Diferencial Individual e Relacional

DSM IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (em português)

DGIDC – Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

DTT - Discrete Trial Training

EUA - Estados Unidos da América

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PECS – Picture Exchange Communication System

PDD - Pervasive Developmental Disorder/Transtorno invasivo do desenvolvimento (em português)

PGD – Perturbações Globais do Desenvolvimento

PHDA – Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

PPI – Preparação para a Inclusão

RAM – Região Autónoma da Madeira

SOE – Sem Outras Especificações

SRP – Son-Rise Program

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children/Tratamento e Educação para Autista e Crianças com limitações (em português).

Índice de Figuras

Figura 1 - Perturbações Globais do Desenvolvimento (Página 15)

Figura 2 – Princípios Orientadores do Currículo Funcional Natural (Página 34)

Figura 3 – Intervenção do SRP – Fluxograma (Página 35)

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Competências Adquiridas Estágio 1 (Maio)

Gráfico 2 – Competências Adquiridas Estágio 2 (Maio)

Gráfico 3 – Competências Adquiridas Estágio 1 (Junho)

Gráfico 4 – Competências Adquiridas Estágio 2 (Junho)

Gráfico 5 – Competências Adquiridas Estágio 1 (Julho)

Gráfico 6 – Competências Adquiridas Estágio 2 (Julho)

Gráfico 7 – Competências Adquiridas Estágio 1 (Agosto)

Gráfico 8 – Competências Adquiridas Estágio 2 (Agosto)

Gráfico 9 – Competências Adquiridas Estágio 3 (Agosto)

Gráfico 10 – Competências Adquiridas Estágio 4 (Setembro)

Gráfico 11 – Competências Adquiridas Estágio 4 (Outubro)

Gráfico 12 – Competências Adquiridas Estágio 5 (Outubro)

Gráfico 13 – Competências Adquiridas Estágio 5 (Novembro)

Gráfico 14 – Evolução global do aluno nas Metas do SRP

Gráfico 15 – Evolução global do aluno nas actividades em desenvolvimento do SRP

Gráfico 16 – Evolução global do aluno nas competências adquiridas do SRP

Gráfico 17 – Primeira Análise Comparativa

Gráfico 18 – Comportamento do Mês de Junho

Gráfico 19 – Comportamento do Mês de Julho

Gráfico 20 – Comportamento do Mês de Agosto

Gráfico 21 – Segunda Análise Comparativa

Gráfico 22 – Comportamento do Mês de Setembro

Gráfico 23 – Comportamento do Mês de Outubro

Gráfico 24 – Comportamento do Mês de Novembro

Gráfico 25 – Análise Comparativa Final

Índice de Anexos

Anexo 1 - Atestado Clínico do Aluno

Anexo 2 – Tabela Registo diário do controlo de esfíncteres (início do estudo)

Anexo 3 – Tabela Registo diário do controlo de esfíncteres (fim do estudo)

Anexo 4 – Tabela do Estágio 1 do Modelo de Desenvolvimento do SRP

Anexo 5 - Tabela do Estágio 2 do Modelo de Desenvolvimento do SRP

Anexo 6 - Tabela do Estágio 3 do Modelo de Desenvolvimento do SRP

Anexo 7 - Tabela do Estágio 4 do Modelo de Desenvolvimento do SRP

Anexo 8 - Tabela do Estágio 4 do Modelo de Desenvolvimento do SRP

Anexo 9 – Infografia (início do estudo)

Anexo 10 – Infografia (Desenvolvimento do estudo)

Anexo 11 – Infografia (Desenvolvimento do estudo – continuação)

Anexo 12 – Infografia (Final do estudo)

Anexo 13 – Infografia (Final do estudo – continuação)

Anexo 14 – Mapas das Metas do Mês de Maio do Currículo Funcional do SRP

Anexo 15 – Mapas das Metas do Mês de Junho do Currículo Funcional do SRP

Anexo 16 – Mapas das Metas do Mês de Julho do Currículo Funcional do SRP

Anexo 17 – Mapas das Metas do Mês de Agosto do Currículo Funcional do SRP

Anexo 18 – Mapas das Metas do Mês de Setembro do Currículo Funcional do SRP

Anexo 19 – Mapas das Metas do Mês de Outubro do Currículo Funcional do SRP

Anexo 20 – Mapas das Metas do Mês de Novembro do Currículo Funcional do SRP

Anexo 21 – Gráficos Estágio 1 (Maio)

Anexo 22 – Gráficos Estágio 2 (Maio)

Anexo 23 – Gráficos Estágio 1 (Junho)

Anexo 24 – Gráficos Estágio 2 (Junho)

- Anexo 25** – Gráficos Estágio 1 (Julho)
- Anexo 26** – Gráficos Estágio 2 (Julho)
- Anexo 27** – Gráficos Estágio 1 (Agosto)
- Anexo 28** – Gráficos Estágio 2 (Agosto)
- Anexo 29** – Gráficos Estágio 3 (Agosto)
- Anexo 30** – Gráficos Estágio 1 (Setembro)
- Anexo 31** – Gráficos Estágio 2 (Setembro)
- Anexo 32** – Gráficos Estágio 3 (Setembro)
- Anexo 33** – Gráficos Estágio 4 (Setembro)
- Anexo 34** – Gráficos Estágio 1 (Outubro)
- Anexo 35** – Gráficos Estágio 2 (Outubro)
- Anexo 36** – Gráficos Estágio 3 (Outubro)
- Anexo 37** – Gráficos Estágio 4 (Outubro)
- Anexo 38** – Gráficos Estágio 5 (Outubro)
- Anexo 39** – Gráficos Estágio 2 (Novembro)
- Anexo 40** – Gráficos Estágio 3 (Novembro)
- Anexo 41** – Gráficos Estágio 4 (Novembro)
- Anexo 42** – Gráficos Estágio 5 (Novembro)
- Anexo 43** – Declaração “Vencer autismo”

Introdução

O autismo e toda a sua envolvência junto da comunidade educativa sofreu um crescente interesse nos últimos anos devido ao investimento que as Escolas Superiores (Universidades e Politécnicos) fizeram na oferta de formação pedagógica. Como consequência, muitos profissionais saíram para o terreno com novas visões e novas ferramentas para trabalhar em turmas especializadas e/ou inclusivas. Sobretudo na abordagem a realizar junto das famílias com crianças com necessidades educativas especiais.

As várias teorias existentes no campo educacional remetem-nos para diferentes perspectivas de actuação, apontando sempre a criança como o centro de toda a actividade lúdico/pedagógica, assumindo a escola um papel determinante na caminhada, que se quer conjunta, junto das famílias. Proporcionar condições para que as crianças com perturbações do espectro do autismo possam crescer e aprender passou a ser um objectivo fundamental.

A responsabilização dos pais, a participação no processo educativo dos seus filhos, a cooperação com a escola numa perspectiva integradora potencia benefícios às crianças com perturbação do espectro do autismo naquilo que é um dos seus maiores défices: a interacção social. Por isso, incentivar os pais a participar na educação dos filhos é consciencializá-los para o papel que a inclusão pode vir a ter no seu futuro, em termos pessoais, escolares e sociais.

Este trabalho de pesquisa serviu para abrir novas perspectivas de actuação, sobretudo no trabalho de interacção que se quer entre a escola e as famílias. Como se tratou de um Estudo de Caso, permaneceu sempre a dúvida sobre os procedimentos usados e qual o alcance dos mesmos. Quisemos verificar a aplicabilidade do modelo de intervenção e que resultados se obteriam no fim do estudo.

A estrutura deste trabalho de investigação obedece a três capítulos: no primeiro temos a fundamentação teórica cujo conteúdo nos direcciona para as definições de

autismo, os critérios inscritos no Manual de Diagnóstico, os vários diagnósticos identificados e, por último, uma síntese dos diferentes modelos de intervenção. Aqui dar-se-á maior ênfase ao *Son-Rise Program*, o modelo de intervenção que foi aplicado no Estudo de Caso.

No segundo capítulo entramos no estudo empírico do trabalho, fazendo referência à metodologia utilizada, aos participantes, os instrumentos usados para recolha de dados, os procedimentos utilizados. No final deste capítulo surge a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

O capítulo três é composto pelas conclusões ao trabalho e recomendações para investigações futuras.

Capítulo I - **Fundamentação Teórica**

1. Autismo: Os estudos de Kanner

O ano de 1943 apresenta-se como o ponto de partida nas abordagens do Autismo. De facto, foi com Kanner (Psiquiatra austríaco) que o autismo se revelou de forma definitiva (Frith, 1997; Falcão, 1999). No entanto, para Kuperstein e Missalglia (2005) o termo “autismo” é bem mais antigo, reportando a 1906 quando Plouller o introduziu na literatura psiquiátrica. Depois, em 1911, Bleuler (*cit. in* Pereira, 1998), difundiu o termo “autismo” quando quis fazer referência ao quadro de esquizofrenia (no que toca à limitação das relações humanas e com o mundo exterior).

Kanner identificou onze crianças apresentando prejuízos nas áreas da comunicação, do comportamento e da interacção social, e caracterizou essa condição como sendo única e não pertencente ao grupo das crianças com Deficiência Mental. Ainda Kanner, no seu artigo “Os transtornos autistas do contacto afectivo”, identificou como traço primordial do autismo "incapacidade para relacionar-se normalmente com as pessoas e as situações" (Kanner,1943, *cit. in* Filho e Cunha, 2010). Sugeriu que fosse dado o nome de Autismo a esta patologia para chamar a atenção para o prejuízo severo na interacção social destas crianças (Schwartzman, 2010). Kanner foi mais longe denominando este comportamento de “autismo infantil” que perdura até aos dias de hoje, embora comumente apelidado de autismo “típico” ou “clássico” (Hewitt, 2006).

Nesta perspectiva, o interesse pelo mundo do Autismo assumiu novas variantes ao ponto de um contemporâneo de Kanner, Asperger (1944) ter identificado um novo diagnóstico dentro do espectro do autismo, a que chamou Síndrome de Asperger referindo que as crianças com este perfil apresentavam limitação nas relações sociais, expressavam-se com anomalias prosódicas e pragmáticas, tinham comportamentos compulsivos e obsessivos e uma tendência para se orientar de forma alheia às condições do meio (Filho e Cunha, 2010). Estas crianças revelavam também uma limitada capacidade para compreender e fazer uso dos gestos e expressões faciais e manifestavam comportamentos estereotipados e repetitivos, acompanhados por frequente fixação por certos objectos (Cumine, Leach & Stevenson, 2006 *cit. in* Freire, 2012).

Segundo Filipe (2012, p. 15), etimologicamente, a palavra autismo deriva do grego “auto” cujo significado refere “a si mesmo” e “ismos” que indica acção ou estado. Já Siegel (2008, p.21), refere que “*o autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afecta múltiplos aspectos da forma como uma criança vê o mundo e aprende a partir das suas próprias experiências*”. Marques (2000) entende que o termo autismo, em sentido lato, pode ser definido como uma condição ou estado de alguém que aparenta estar invulgarmente absorvido em si próprio. Por outro lado, “o autismo também surge frequentemente associado a disfunções da fala e a deficiências motoras ou sensoriais” (Jordan, 2000, p.11). Pode-se assim interpretar que Kanner foi o grande percussor dos estudos sobre o autismo, abrindo portas que, até então, estavam fechadas.

Nos anos 50 e 60 do séc. XX, Bettelheim, (*cit. in* Martins 2012), psicólogo judeu, desenvolveu a “teoria das mães-frigorífico”. Com base nesta teoria, a causa do autismo era a falha de afectividade materna e, como consequência da mesma, muitas crianças foram retiradas às mães e colocadas em instituições, já que as mães eram culpabilizadas pela sua patologia. Abertas as portas, clínicos e pedagogos interessaram-se por esta problemática, elaborando manuais de diagnóstico para o autismo, tais como o DSM.

2. Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – DSM

O DSM-IV-TR define o Autismo como pertencente às Perturbações Gerais do Desenvolvimento (PGD). No entanto, segundo Siegel (2008), o autismo é dividido em dois grupos. Por um lado existe a Perturbação Autista que corresponde ao autismo e no outro lado temos as Perturbações Gerais do Desenvolvimento não autistas. Nestas incluem-se a Síndrome de Asperger, a Perturbação Global do Desenvolvimento sem outras especificações (SOE), a Síndrome do X Frágil, a Síndrome de Rett e a Perturbação Desintegrativa da segunda Infância.

Pereira (2006), refere que o DSM-IV-TR define 3 critérios para a perturbação autista e que para ser diagnosticado com PEA, o indivíduo tem de apresentar pelo menos 6 dos 12 sintomas expressos nos critérios, assim como pelo menos 2 sintomas na

área social e 1 sintoma para cada uma das categorias da comunicação e dos comportamentos/interesses. De acordo com a *American Psychiatric Association* (2000), pelo menos um dos sintomas manifesta-se antes dos 36 meses de idade. (Pereira,2006, pág. 40). Os critérios do DSM-IV-TR são:

1 – Défice qualitativo na interacção social manifestado, pelo menos, em duas das seguintes características:

- a) Acentuado défice no recurso a múltiplos comportamentos não-verbais, tais como: o contacto ocular, a expressão facial, a postura corporal e os gestos reguladores da interacção social;
- b) Incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, integrados no mesmo nível de desenvolvimento;
- c) Ausência espontânea de partilha com outros prazeres, interesses ou objectivos;
- d) Falta de reciprocidade social ou emocional;

2 – Défices qualitativos na comunicação, manifestados, pelo menos, numa das seguintes características:

- a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento na linguagem oral;
- b) Acentuada incapacidade na competência de iniciação ou de manutenção do diálogo com os outros, nos sujeitos com um discurso adequado;
- c) Uso estereotipado ou repetitivo da linguagem idiossincrática;
- d) Ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou de jogo social imitativo, adequado ao respectivo nível de desenvolvimento;

3 – Padrões de comportamento, interesses e actividades restritas, repetitivos e estereotipados que se manifestem, pelo menos, numa das seguintes características:

- a) Preocupação com um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, ao nível do objectivo e da intensidade;
- b) Adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos não funcionais;
- c) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos;
- d) Preocupação extrema com partes de objectos (Pereira,2006, pág. 39-40).

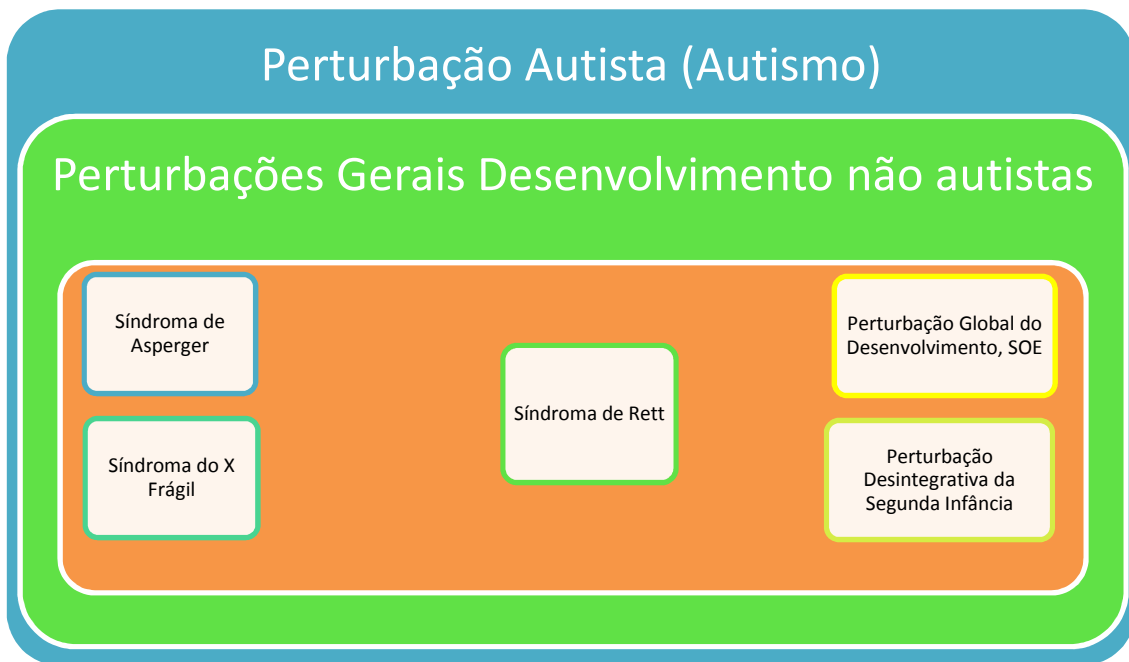


Figura 1. Perturbações Globais do Desenvolvimento: perturbações do espectro do autismo
(adaptado de Siegel, 2008, p. 22)

Convém referir que existe uma nova versão do DSM a que se chama DSM-V. No entanto não é consensual a sua utilização, pois no entender de Filipe (2012, p. 58, *cit. in Ghaziuddin 2011 & Wing et al., 2011*),

“A controvérsia que esta proposta de classificação das perturbações do espectro do autismo tem suscitado gira, essencialmente, em torno de dois aspectos: a fusão dos défices de comunicação e de interação social num único critério e a abolição dos diagnósticos categoriais, tal como vinham a ser utilizados (nomeadamente a abolição do diagnóstico de síndrome de Asperger tem gerado grande controvérsia) ”.

3. Co morbilidades do Autismo

Lima, Garcia e Gouveia (2012, pág. 23), referem que a *“Perturbação do Espectro do Autismo está associada a várias patologias que agravam o quadro existente.”* As mais relevantes e que determinam negativamente o futuro nível de funcionalidade do sujeito são:

- *Défice Cognitivo;*
- *Síndrome do X-Frágil;*
- *Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA);*

- *Perturbações do sono;*
- *Perturbações alimentares.*

Segundo Wing (1997 *cit. in* Martins, 2012), de um modo geral, a tríade de perturbações está associada a padrões repetitivos de actividade, sendo essencial esta recorrência para o diagnóstico de uma perturbação no *continuum* do autismo. Refere-se a padrões incomuns de actividades escolhidas repetidamente, pela própria criança. As manifestações variam muito, mas as alternativas são limitadas, com tendências marcantes para actividades estereotipadas. Para Wing (1979, *cit. in* Amorim, 2011), os sintomas/características do autismo podem ser associadas a uma Tríade, a **Tríade de Wing**, constituída pelo Domínio Social, pelo Domínio da Linguagem e da Comunicação e pelo Domínio do Pensamento e do Comportamento.

No Domínio Social podemos observar comportamentos tais como: não mostra interesse em se relacionar com outras pessoas, tem pouco ou nulo contacto visual, evita o contacto físico, isola-se e não reage quando chamam pelo seu nome.

No Domínio da linguagem e da Comunicação é comum assistirmos aos seguintes comportamentos: Ecolália (repetição de palavras e frases) e resistência aos métodos normais de ensino.

Finalmente, no Domínio do Pensamento e do Comportamento é possível registar estes comportamentos: birras repentinas (baixa tolerância à frustração), hiperactividade ou hipoactividade, resistência à mudança de rotinas, jogo repetitivo, risos e gargalhadas sem motivo aparente e apego inusual a alguns objectos. Estes sintomas são essenciais para que se possa avançar para o diagnóstico das perturbações do espectro do autismo.

(...) É esta tríade que define o que é comum a todas elas, consistindo em dificuldades em três áreas do desenvolvimento mas nenhuma dessas áreas, isoladamente e por si só, se pode assumir como reveladora de “autismo”. É a tríade, no seu conjunto, que indica se a criança estará, ou não, a seguir um padrão de desenvolvimento anómalo (...) (Wing & Gould, 1979, p.17)

4. Diagnóstico das perturbações do espectro do autismo

É ponto assente que o autismo não é balizado por marcadores biológicos, pois no entender de Filipe (2012), o diagnóstico das perturbações do espectro do autismo é clínico. Daí que existam comportamentos indicativos que conduzem ao diagnóstico inicial e que passam por balancear o corpo, a utilização de gestos e sons repetitivos, a mímica corporal com expressão rígida e uma comunicação muito peculiar, em especial o desajuste da entoação.

“Utiliza-se a designação «espectro do autismo», quando nos referimos a uma condição clínica de alterações cognitivas, linguísticas e neuro comportamentais, pretendendo caracterizar o facto de, mais do que um conjunto fixo de características, o autismo parecer manifestar-se através de várias combinações possíveis de sintomas num contínuo de gravidade de maior ou menor intensidade. Apesar disso, utiliza-se com frequência a palavra autismo como sinónimo do espectro de perturbações. (DGIDC, 2008, p. 9)

No entanto, diagnosticar uma criança com autismo pode revelar-se numa tarefa difícil quanto mais nova a criança for. Filipe (2012), apresenta-nos três tipos de diagnósticos que, de certa forma, ajudam a compreender o alcance da problemática, ao mesmo tempo que encaminha para a intervenção precoce as reais possibilidades de oferecer aos autistas hipóteses de uma melhor qualidade de vida, como se exemplifica na tabela 1.

Diagnóstico antes dos 2 anos de idade	Sendo uma perturbação do desenvolvimento, pode-se afirmar que se nasce autista. Os sinais de alerta começam a manifestar-se por volta dos 3-4 meses, altura em que o bebé já deveria interagir socialmente e não o consegue fazer. Existe ausência de jogo simbólico e não se nota prazer na interação com os outros; tem tendência para fugir ao contacto físico; a incapacidade de antecipar uma reacção lógica (ex: estender os braços para frente quando pressente que lhe vão pegar ao colo); também a observação de movimentos restritos e repetitivos pode ser um sinal de alerta.
--	---

<p>Diagnóstico dos 2 aos 6 anos</p>	<p>Nesta faixa etária, o problema da linguagem é associada a suspeitas de autismo por parte dos pais, pois desconfiam que o seu filho tem atraso na fala e suspeitam de surdez, porque o filho parece não ouvir o que lhe dizem. Com efeito, a perturbação da linguagem verbal é um dos indicadores de diagnóstico, podendo ser variável. Isto porque há indivíduos que não chegam a falar e outros que acabam por desenvolver a ecolalia. A repetição de palavras ou frases pode ser frequente e nota-se a troca da forma exclamativa pela interrogativa. O uso repetitivo de sons invulgares manifesta-se nesta faixa etária, tais como: apitos, ruídos de motor, sons de animais e podem persistir ao longo da vida.</p>
<p>Diagnóstico dos 6 anos até à adolescência</p>	<p>A entrada na escola revela-se constrangedora para os autistas na medida em que a socialização forçada com os pares torna mais evidente a existência de uma perturbação da interação social. Por outro lado, as incapacidades de coordenação e as posturas peculiares reflectem-se nas perícias motoras e nas habilidades finas e grosseiras tanto na sala de aula como no ginásio ou até na rua/recreio.</p>

Tabela 1: Fonte: Diagnósticos do Autismo segundo Filipe (2012, pp. 66-69)

Para Ozonoff, Rogers e Hendren (2003), o autismo surge antes dos 3 anos de idade sendo que a maioria das crianças começa a manifestar alterações no desenvolvimento nos 2 primeiros anos de vida. Em casos raros pode ocorrer depois dos 2 anos de idade, mas sempre antes do terceiro ano de vida.

Havendo diagnóstico, passa-se à acção. Estas crianças com PEA necessitam de muito apoio para alcançarem confortável qualidade de vida. Para isso existem vários modelos de intervenção que orientam as suas teorias para a socialização destes indivíduos.

5. Modelos de Intervenção

Antes de se abordar os diferentes modelos de intervenção, torna-se importante clarificar a questão do “luto” que é imperioso fazer quando somos confrontados com uma criança com PEA. Barbosa (2013), entende que existem 5 fases para concretizar o “processo de luto” a começar pela **negação**. Segundo a autora, nesta fase, os pais não aceitam o diagnóstico do filho e acham que estão todos errados. É um sistema de autodefesa emocional.

Depois vem a fase da **rebelião**. Aqui passa-se à acção e os pais iniciam uma batalha para provar que o diagnóstico estava errado e refugiam-se na pesquisa bibliográfica para contrariar o diagnóstico. O processo de desenvolvimento dessa família, e a forma como os pais lidam com a criança, terá a ver tanto com as suas qualidades quanto com os apoios que pode receber (Franco & Apolónio, 2002). Ao mesmo tempo procuram ouvir os conselhos que desejam ouvir, acabando por questionar as suas próprias vidas. Esta fase termina com o medo de encarar o futuro do filho. O que vai ser dele?

A seguir passa-se para a fase da **culpa**. A procura do culpado vai testar a força do casal, pois há a tendência de culpar o cônjuge pelo sucedido. Se o casal se mostra unido, apontam culpas para o diagnóstico do médico que está errado. O clínico não diagnosticou correctamente e o filho é normal. Nesta fase é preciso ter em linha de conta que o “processo de luto” não se efectiva ao mesmo ritmo entre os elementos do casal. Daí que entrar pela busca das respostas aos “porquês” pode ser muito perigoso.

A quarta fase é denominada de **depressão**. Os pais entram numa espiral emocional decorrente das fases anteriores. Há uma saturação provocada pela constante procura de respostas. À falta de esclarecimentos, os pais começam a perceber que afinal o filho tem autismo. Dão-se conta que são o único suporte para o filho e que deverão concentrar os esforços na sua ajuda. Manifestam a sua dor ao constatarem que têm pela frente um longo caminho a percorrer. O isolamento social é uma consequência habitual para estas famílias, pois os comportamentos estereotipados ou estranhos (abandar os

braços, emissão de sons estridentes, crises de agressividade, entre outros) das crianças com autismo incomodam ou assustam as outras pessoas. Como tal, numa tentativa de evitar reacções públicas ou de ter que justificar estes comportamentos, a família tende a restringir as suas saídas e actividades em público, nomeadamente as férias familiares que ficam constringidas ou impossibilitadas (Jarbrink, Fombonne & Knapp, 2003).

E assim chega a fase final, a **aceitação**. É a fase da decisão, do planeamento, do conhecimento e da acção. Os pais vão procurar a verdadeira informação sobre o autismo, tentarão perceber quais os pontos fortes e fracos que o filho possa ter e passam à acção. A quem recorrer e que tipo de intervenção poderá ser a mais adequada ao seu filho.

Daí que Pereira (2006, p.45), refira que os pais “ *desempenham um papel visível e importante na ajuda à criança; por isso, é necessário que desde logo percebam a importância do seu papel no processo de intervenção e apoio à criança*”. E se a intervenção assume um papel primordial em todo o processo, o primeiro objectivo segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP) é minimizar os défices existentes e maximizar as competências fortes da criança através da promoção da sua autonomia e qualidade de vida. Assim alivia-se o stress familiar. Daí que “ *a intervenção deve centrar-se nas seguintes áreas: cognição, socialização, comunicação, comportamento, autonomia, jogo e competências académicas*” (Lima, 2012, p.41).

Perante as áreas atrás enunciadas, Lima (2012), baseia-se na AAP para definir as seguintes linhas de orientação que deverão ser adoptadas pelas diferentes terapias:

- Iniciar a intervenção o mais precoce possível;
- Promover uma terapia intensiva com um mínimo de 25 horas por semana ao longo de todo o ano através de um programa planeado com actividades específicas;
- Permitir o trabalho do um para um através da constituição de turmas reduzidas para aumentar o tempo de trabalho individualizado;
- Incluir os membros da família na intervenção, responsabilizando-os através do treino parental;

- Promover oportunidades de interacção social com pares com um desenvolvimento normal;
- Reavaliar o programa para reajustar os objectivos iniciais;
- Incorporar um bom grau de estrutura através dos elementos como a rotina previsível e horários visuais de trabalho;
- Implementar estratégias para aplicar os conhecimentos adquiridos e manter o uso funcional das novas competências;
- Estimular a área da cognição para o desenvolvimento de competências académicas.

O importante é que os profissionais da Educação tenham consciência do seu papel. Como nos diz Felício (2011, p. 36),

”Para toda a educação especial é preciso ter forte determinação profissional, sendo esta fundamental para que se possa desenvolver uma prática educacional adequada e eficaz. Assim também, deve-se considerar os autistas e suas necessidades, levando para a prática a atenção de seus direitos”.

Não há uma estratégia de ensino que sirva para todos. Cada situação educativa pode requerer uma estratégia diferente, cada pessoa pode necessitar de modificações nas estratégias. Importa ainda mencionar que, é de extrema importância que antes de qualquer intervenção, tendo como base a avaliação da criança e a definição do seu perfil psico-educacional (que é elaborado com base no PEP-3, que avalia competências em quatro áreas do desenvolvimento), seja delineado um Programa Individual de Intervenção, onde estejam explicados os objectivos a atingir e as estratégias de actuação. O programa deve ser construído em parceria entre os pais e os profissionais que irão colaborar com a criança, pois há atitudes comuns que são indispensáveis ao seu sucesso (Martins, 2012). Para que o programa individual de intervenção seja efectivo, é extremamente necessário que neles estejam implicados todos os intervenientes no processo, a família e os vários profissionais” (Telmo e Equipa AjudaTismo, 2006). É essa determinação que nos fará caminhar seguros das nossas competências, sempre com uma planificação consciente e rigorosa, assente num modelo pedagógico adequado, seja ele o SRP, o ABA, o FLOOR TIME ou o TEACCH.

5.1 Modelo TEACCH

O programa TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) “foi especialmente concebido para ser utilizado com crianças com perturbações do espectro do autismo” (Pereira 2006, p.51). Difundida em vários países, a metodologia TEACCH, foi criada em 1971, na Universidade da Carolina do Norte, pelo professor Eric Schopler (Colôa, 2010). Em relação a Portugal, as normas orientadoras da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC) referem que o ensino estruturado aplicado pelo modelo TEACCH tem vindo a ser implementado desde 1996, como resposta educativa aos alunos com PEA em escolas do ensino regular. A primeira experiência teve lugar no Hospital Pediátrico de Coimbra, impulsionada pela Equipa de Tratamento do Autismo.

5.1.1 Ensino Estruturado

O ensino estruturado surge no contexto pedagógico nacional como uma ferramenta essencial às reais necessidades dos alunos com PEA. Na Região Autónoma da Madeira, as normas orientadoras definiram Salas de Ensino Estruturado como uma resposta pedagógica adequada às problemáticas do autismo, tal como se pode observar no Decreto Legislativo Regional n.º 33/2009/M de 31 de Dezembro. Para Pereira et al (2009), existem quatro componentes principais no ensino estruturado: Estruturação Física; Informação Visual; Plano de Trabalho e Pistas Facilitadoras do Desempenho. As seguintes áreas: Trabalho 1:1/aprender; Trabalho independente/trabalhar; Brincar; Computador; Grupo; Reunião e Área Transitória definem os espaços/ambientes pedagógicos, sendo que os mesmos podem ser adaptados consoante a sala e as reais necessidades individuais de cada criança com PEA.

5.1.2 Aprendizagens e Espaços Pedagógicos

Para a metodologia TEACCH, o ensino estruturado assume o papel principal porque como nos refere Mello (2007, *cit. in* Moura e Cantarelli, 2013), é no ensino estruturado que se encontra a forma de estrutura e organização para que a criança melhor se adapte e na qual possa compreender o seu ambiente, aprendendo de forma mais eficiente. As áreas têm de estar bem definidas para que a estruturação das actividades ocorra junto das crianças com PEA. Quer isto dizer que as divisões das áreas possibilitarão à criança perceber as funções de cada uma e o que se pretende alcançar.

Trabalho 1:1/Aprender

Nesta área, a criança beneficia de ensino individualizado com o apoio do adulto que se encontra de frente para a criança. É importante que a criança se coloque de costas para os outros factores de distração de modo a concentrar-se nas tarefas a realizar. Aqui, a criança adquire novas aprendizagens, facilita a interacção e permite a troca visual entre si e o seu interlocutor. É nesta área que se promove a atenção e a concentração.

Trabalho Independente/Trabalhar

Claramente diferente da área anterior, pois a criança autonomiza-se em relação ao adulto. Tem a sua mesa de trabalho e desenvolve actividades de forma autónoma. A criança tem um esquema estruturado de actividades para realizar na sua mesa de trabalho para que se possa organizar. O principal objectivo desta área é proporcionar à criança com PEA estratégias de autocontrolo para que possa aprender ao seu ritmo, integrada numa sala de aulas regular.

Brincar

A área do Brincar surge na sala de aulas como o espaço de descontração. Normalmente este ambiente pedagógico proporciona momentos prazerosos aos alunos, pois dedicam o tempo a realizar actividades do seu agrado sem limites ou imposições. O

aluno brinca só ou na companhia dos seus pares e nesta interacção está igualmente a aprender. Brincar a aprender e aprender a brincar são funções que nunca se deve renunciar na hora de introduzir novas aprendizagens.

Computador

A incursão nas TIC revela-se um bom instrumento de aprendizagem. Isto porque permitirá ao aluno desenvolver competências e otimizar recursos relacionados com as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). O uso do computador com software adequado às suas necessidades vai possibilitar ao aluno com PEA aprender ao seu ritmo, sem interferências exteriores.

Grupo

É uma área importante e uma ferramenta essencial para favorecer a socialização. Neste espaço, os alunos podem cantar os “Bons Dias” e interagir com os pares. O adulto pode aproveitar para marcar as presenças e desenvolver actividades de carácter informativo e/ou pedagógico.

Reunião

É a zona onde acontece a exploração dos objectos, das imagens, dos sons. Tem por objectivo, fomentar o desenvolvimento de competências ao nível das noções espaciotemporais, autonomia e compreensão de ordens verbais.

Área Transitória

Tem uma componente colectiva, partindo sempre da individualização das tarefas. O aluno com PEA cria a rotina de se deslocar à área de transição para se certificar das suas tarefas no período em que se encontra na sala de aula. Trata-se de um ambiente colectivo porque neste espaço estão afixados todos os horários de todos os alunos que frequentam a sala de aulas. Permite a comparação entre os pares e facilita a gestão dos restantes espaços.

O modelo TEACCH acaba por ter muitos seguidores na educação especial devido à forma como foi implementado. No entanto, os outros modelos também têm a sua quota-parte de utilização.

5.2 O modelo ABA

Para Roediger (2004), este modelo assenta toda a sua acção no behaviorismo de Skinner. Os métodos ABA são usados para aumentar e manter comportamentos adaptados e desejados. De certa forma, procura generalizar esses mesmos comportamentos e novos ambientes e situações. Todo o comportamento não desejado acontece devido aos antecedentes, conseqüências ou factores ambientes relacionados com o aluno com PEA. A Terapia ABA tem sido mencionada como a mais promitente terapia no tratamento de indivíduos autistas (Howard, Sparkman, Cohen, Green & Stanislaw, 2005; Landa, 2007; Smith, Mazingo, Mruzek, & Zarcone, 2007; Naoi, 2009 *cit. in Faggiani, 2010*). Diferentes grupos de pesquisa relataram que cerca de 50% das crianças que participaram de tratamento ABA de forma intensiva atingiram funcionamento típico após dois a quatro anos de terapia; e as outras 50% obtiveram ganhos significativos em comunicação, contacto social e tarefas de auto-ajuda (e.g. Lovaas, 1987; McEachin, Smith & Lovaas, 1993; Sallows & Grapner, 2005).

De acordo com Lovaas (2002), parte do sucesso da Terapia ABA está ligada à sua compreensão do autismo não como uma doença ou um problema a ser corrigido, mas como um conjunto de comportamentos que podem ser desenvolvidos por meio de procedimentos de ensino especiais. O *Discrete Trial Teaching (DTT)* é a técnica ABA mais conhecida e foi descrita por Lovaas. É uma técnica que envolve a criança em treinos de tentativa e erro numa interacção de 5 a 7 horas diárias durante os 7 dias da semana para perfazer um total de pelo menos 35 horas semanais. No entanto, esta técnica condiciona o desenvolvimento da criança, uma vez que as tarefas são definidas de forma muito específica para que a criança possa ter um elevado grau de acerto na resposta. E quando não acerta, a criança é induzida a repetir o procedimento tantas vezes quantas as precisas até dominar a resposta pretendida. Myers (2007, *cit. in Lima, 2012*), coloca em causa esta teoria na medida em que dificulta a espontaneidade da criança, limitando o seu comportamento nos ambientes pouco estruturados ao contrário do que sucede no modelo FLOORTIME.

5.3 O modelo FLOORTIME

Segundo Pereira et al (2009), a Abordagem Greenspan Floortime é um sistema que foi desenvolvido por Stanley Greenspan. Surge dentro do modelo **DIR** (**D**esenvolvimento nas diferenças **I**ndividuais e na **R**elação). A abordagem Floortime e o Modelo DIR constituem, no estado actual do conhecimento, a solução mais adaptada à prática clínica com bebés e crianças pequenas com perturbações da comunicação e da relação. Trata-se de um modelo de intervenção intensiva e global onde a abordagem Floortime apela ao envolvimento e participação da família e a articulação e integração nas estruturas educacionais. Realizando sessões de chão, daí se chamar Floortime, a criança com PEA é convidada a desenvolver actividades de jogo, promovendo a relação com o adulto e, conseqüentemente, interagindo social e emocionalmente.

De acordo com Trindade (2012), o Floortime é uma forma sistemática de trabalhar com uma criança e ajudá-la a subir os degraus do desenvolvimento. Trata-se de uma abordagem desenvolvimentista da terapia. Conduz a criança até ao ponto de partida e começa um novo processo de desenvolvimento. Trabalhando de forma intensiva com pais e terapeutas, a criança pode alcançar os patamares do desenvolvimento, de forma individual, para começar a adquirir as habilidades que lhe faltava. Gonçalves (2011), refere que este modelo está a ser desenvolvido em Portugal na Unidade da Primeira Infância, em Lisboa, e os seus resultados deste método tem superado as suas expectativas.

5.4 O Programa Son-Rise

5.4.1 Breve história do Programa Son-Rise

Tolezani (2010), destaca o Son-Rise *Program* (SRP) como um método que agrega tratamentos biomédicos e abordagens educacionais numa simbiose que se completa com a intervenção das famílias. O SRP teve a sua génese nos anos 70 quando

Barry e Samahria Kaufman, ambos professores, se lançaram numa aventura para ajudar o seu filho que fora diagnosticado com autismo severo e um QI abaixo de 30. Não convencidos com as perspectivas de futuro identificadas pelos especialistas consultados, o casal Kaufman desenvolveu um modelo para trabalhar em casa com o seu filho Raun. Segundo Ferreira (2011), os facilitadores e pais que utilizam o SRP fazem da interacção social o seu foco primário quando trabalham individualmente com uma criança com autismo, reconhecendo que a exclusão da experiência social é o ponto principal do desafio da pessoa com autismo.

Experimentando o amor e a aproximação afectiva, Raun foi-se deixando levar pela insistência de seus pais, abrindo as portas do seu mundo para que eles pudessem entrar. As estratégias que o casal Kaufman utilizaram na década de 70 conduziram à criação de actividades com forte carga emocional cujos resultados e avaliações obtidas permitiram a elaboração de um modelo de desenvolvimento do SRP, em 1983, ano em que foi criado o *“The Option Institute and the Autism Treatment Center of America TM”*, em Massachusetts. É esse modelo de desenvolvimento do SRP que se foi aperfeiçoando ao longo dos anos e que, actualmente serve de instrumento imprescindível para se trabalhar o SPR com crianças com perturbação do espectro do Autismo (PEA).

Assim, a década de 70 foi pródiga no aparecimento de terapias educacionais para trabalhar o autismo, utilizando métodos de ensino baseados em técnicas de modificação do comportamento no principal tratamento, sendo reconhecida como a melhor forma de incrementar a qualidade de vida destas crianças e de as aproximar do mundo das outras pessoas (Bautista et al, 1997).

Estudos recentes levados a cabo por Jenkins et al (2012), sugerem que a formação intensiva dos pais no SRP pode determinar, com sucesso, o tratamento do autismo apoiando-se no repouso e aumentando as verbalizações das crianças no contacto social que é mantido durante o período da formação. É uma descoberta particularmente vantajosa para as famílias que vivem longe dos centros de tratamento do autismo. Nesta linha de pensamento, os mesmos autores concluem que o SRP incorpora estes importantes benefícios. Além disso, a abordagem é relativamente eficiente. Considerando que se trata de uma formação de 5 dias para as famílias, as

aprendizagens recebidas permitem realizar uma intervenção a longo prazo com seu filho. A abordagem também é flexível, já que as famílias têm a liberdade de decidir o período de tempo para se dedicarem à intervenção. Ainda segundo o Centro Americano de Tratamento do Autismo, o SRP foi o primeiro a sugerir que as crianças com estes perfis tinham a capacidade para a cura e o crescimento extraordinário. O SRP inovou uma modalidade de tratamento educativo cujo programa coloca os pais como principais professores, terapeutas e administradores dos seus próprios programas e utiliza a casa como o ambiente mais adequado para ajudar os seus filhos. O SRP arriscou sugerir que o respeito e carinho profundo seria o factor mais importante, originando uma motivação às crianças para aprender. Ao usar, desde o início, uma aproximação baseada no amor e na aceitação, concretiza uma parte significativa de todo o processo de ensino, de modo a que seja criada primeiro uma ligação e um ambiente seguro. Os formadores do SRP, Hogan e Hogan (2007), sugerem ainda a utilização do som, já testado como estratégia educativa, como precursor do SRP. Estes princípios permanecem uma pedra angular de toda a abordagem interventiva.

O *Son-Rise Program*, inicialmente estruturado para ser trabalhado em casa, extravasou os limites domésticos para ser alvo de estudos em ambiente escolar e nos espaços clínicos associados à primeira infância. No entanto, segundo refere Houghton (2008), é no quarto de casa que se centra toda a actividade Son-Rise. O *playroom* gira à volta da criança e envolve os pais e os voluntários que trabalham o SPR. As cores devem ser neutras para desviar qualquer estímulo visual e todos os instrumentos pedagógicos deverão estar inacessíveis à criança por forma a evitar distrações. As crianças que experimentam o SPR normalmente gostam do *playroom*, interagem com os pais e voluntários que mais não são do que facilitadores das competências que a criança vai adquirindo à medida que avança nos estágios do modelo de desenvolvimento do SRP.

Em suma, existem duas atitudes nas quais uma abordagem centrada na criança torna a interacção social motivadora: Seguir a criança e dar controlo; Ser responsivo e sensível à criança (Houghton, 2008). Levando o SRP para a esfera escolar, é importante que os profissionais da educação se envolvam e acreditem no método, porque no entender de Beyer (2005), para que o processo inclusivo aconteça de forma satisfatória, as atitudes da instituição e dos professores são muito importantes. Por outro

lado, torna-se imperioso desmistificar a ideia de que estas crianças não aprendem. Camargo e Bosa (2009), referem que se entendermos o indivíduo na óptica das suas limitações, a crença na sua educabilidade e possibilidades de desenvolvimento estará associada à impossibilidade de permanência das crianças com PEA em espaços escolares comuns. Quem se envolve neste processo fica unido ao percurso destas crianças e às suas expectativas porque um serviço que é benéfico para uma criança, pode não o ser para outra, pois cada uma possui características e necessidades educativas diferentes, de acordo com o seu quadro físico e cognitivo (Kauffman e Lopes, 2007). Para se ter uma melhor percepção do alcance do SRP, Hogan e Hogan (2007) definem um conjunto de princípios orientadores que a seguir se apresentam.

5.4.2 Princípios Orientadores do Son-Rise Program

O SRP rege a sua actuação tendo em conta determinados pressupostos pedagógico-emocionais com vista a permitir que a criança com PEA adquira, desenvolva e aperfeiçoe as suas competências sociais. Deste modo, a sua intervenção está direccionada para pais e familiares que, aplicando o SRP, irão ajudar a criança a ultrapassar alguns dos seus limites sociais. A família é o centro emocional da criança, o porto de abrigo aonde a criança se refugia nos momentos de crise. Assim sendo, o Centro Americano de Tratamento do Autismo através do Manual de Formação (2007) disponibilizado às famílias participantes na Formação do SRP determina os seguintes princípios orientadores:

- **Ajudar as crianças autistas a relacionarem-se com os outros:**

Com a aplicação do SRP, os pais serão capazes de criar uma relação social entusiasmante com o seu filho, ao mesmo tempo que aprofundará as expectativas e anseios de ambos. Os recursos postos à disposição dos pais estão adaptados para serem trabalhados com crianças com PEA, permitindo que estes sintam grande prazer na interacção humana. Interagindo com os pais, a criança com PEA prepara-se para a comunicação. Deixa de se isolar para procurar o contacto social com mais confiança. Por outro lado, promove uma aprendizagem individual com a criança, levando a que os movimentos repetitivos não sejam um obstáculo, mas sim um ponto de partida para

novas aprendizagens. O uso de estratégias para aumentar o contacto ocular irá permitir aos pais reforçar o relacionamento com o seu filho e, conseqüentemente, melhorar a interação, a comunicação social e maior flexibilidade de comportamento. Os pais devem acreditar nas capacidades do seu filho, porque só assim estarão aptos a encorajá-los a demonstrarem afectos. A criança autista tem sentimentos bem guardados lá no fundo. Precisamos é que eles se soltem e se manifestem nas interações sociais.

- **Aprender a motivar e a ensinar:**

As crianças com PEA podem aprender competências sociais e funcionais. Basta que acreditemos nelas. Com o SRP, os pais podem contar com as habilidades do seu filho, permitir que ele escolha o que quer fazer, que comunique à sua maneira e que expresse vontade de resolver os problemas de acordo com a sua vontade. Recorrendo ao amor-próprio, a criança pode transmitir esse amor para os outros. É essa a motivação que vai levar a criança a partilhar os seus interesses para que os adultos os possam transformar em experiências dinâmicas e individualizadas. O SRP prevê que assim a criança caminhará ao seu ritmo, motivada em alcançar o maior sucesso possível na escola e na vida.

- **Treino de atitudes e competências:**

Os pais são o centro de todo este processo. São o modelo orientador do seu filho, pelo que a adopção de atitudes e competências são essenciais para transmitir a força motivadora que a criança precisa para se auto superar. O SRP põe à disposição dos pais indicações especializadas e contínuas numa atitude de paz, ausência da crítica e da punição, com optimismo e esperança no futuro. A criança só reage positivamente se receber dos seus pais uma atitude encorajadora, de amor e de felicidade. O importante é que os pais não manifestem desânimo aquando do diagnóstico. Sentir que é possível reverter diagnósticos e apostar numa atitude positiva.

- **Criar um ambiente de aprendizagem óptimo:**

A existência do playroom é fundamental para o sucesso do SRP, onde um quarto “despido” de distrações, cómodo e seguro permitirá à criança adquirir e desenvolver competências. Se a criança estiver tranquila num espaço acolhedor vai controlar-se, evitando tensões que invariavelmente levam às “birras”. A ausência de estímulos visuais proporciona a concentração nas actividades que realmente interessam. É um ambiente especial repleto de emoções partilhadas.

- **Contornar de forma decisiva e útil os comportamentos desafiantes:**

Os pais acabam por se resignar aos comportamentos dos seus filhos. É nessa perspectiva que o SRP procura inverter essa ideia pré-concebida. Sendo o autismo um distúrbio relacional, um impulso neurológico que provoca na criança uma dificuldade permanente de se relacionar, o SRP estabelece estratégias para permitir aos pais encontrarem um caminho seguro para combater os comportamentos desafiantes. Mas para encontrar o caminho é necessário que os pais demonstrem respeito pelo seu filho e o aceitem da forma que ele é. Só assim poderão entrar no mundo dele, derrubando a barreira que o separa do nosso mundo. Ao participar nos movimentos repetitivos e de exclusão, designados de “ismos”, os pais interagem em actividades fora do comum. Estas atitudes levarão à criação de laços e reforço de afectividade, permitindo que a criança promova o contacto ocular voluntário, consentindo a inclusão de outros pares nas brincadeiras.

- **Desenvolvimento do discurso e da linguagem:**

O autismo limita a comunicação verbal, mas não quer dizer que a criança não possa comunicar. Ao usar as estratégias convencionadas pelo SRP, os pais vão aprender a forma mais eficaz de auxiliar o filho a desenvolver as suas competências na comunicação. No SRP nunca é tarde para a criança comunicar. O importante é que ela interiorize as técnicas e as estratégias funcionais. Levar a criança a solicitar ajuda ou a pedir algo é o ponto de partida.

- **Aproveitar as oportunidades de aprendizagem no dia-a-dia:**

O que se pretende com o SRP é que as crianças aprendam ao seu ritmo. Afastar-se das abordagens tradicionais é o propósito deste programa. Não se pretende que as crianças aprendam apenas através da repetição. Procura perceber as motivações das crianças e usa estas mesmas motivações para construir actividades que levarão à aquisição de competências que realmente interessam. Participando voluntariamente nestas actividades, a criança desenvolve experiências que servirão de suporte para novas aprendizagens. As competências funcionais do dia-a-dia como: ir à casa de banho, a hora de dormir, sentar-se à mesa para comer, etc, são treinadas no playroom para que a criança possa depois retirar deste treinamento o maior benefício quando estiver em contacto social, fora do playroom.

- **Capacidade de gerir ou liderar o seu programa:**

O mundo actual obriga as famílias a desdobrarem-se em muitas actividades profissionais, restando pouco tempo para os momentos de lazer, de partilha social. E mais difícil se torna quando existem crianças com PEA no agregado familiar. O *stress* do trabalho, aliado à necessidade de disponibilizar todos os recursos em prol do filho, leva a que exista um défice de atenção e afectividade. Por isso, no SRP os pais têm ao seu alcance um conjunto de estratégias e técnicas que visam criar um grupo de suporte para aplicar o programa. Esse grupo passa, sobretudo, por envolver a comunidade mais próxima no treino e na aprendizagem contínua para que a criança nunca fique prejudicada em momento algum. São os chamados “voluntários” que substituem os pais no desenrolar do programa estabelecido para aquela criança. E a equipa de suporte abordará questões essenciais como a duração do programa, os horários de cada voluntário, as transições das actividades e adaptação das mesmas às necessidades da criança. E é aqui, neste princípio orientador que se elaborou o Estudo de Caso. Aplicando-se o SRP em contexto escolar, pretendeu-se verificar a sua eficácia e assim libertar as famílias na procura de voluntários, pois a escola poderá perfeitamente desempenhar esse papel.

5.4.3 Estudos Exploratórios do SRP em ambiente escolar

Tendo em conta o que já foi debatido ao longo deste trabalho, podemos entender que o SRP resulta da necessidade de ajudar as famílias a superar um dos grandes problemas das crianças com PEA: o seu comportamento e consequente interacção social. Dos vários estudos que foram feitos envolvendo a comunidade escolar, destaca-se os estudos levados a cabo pelas Universidades de Northwestern (EUA) e Lancaster (Inglaterra) sob a orientação de Houghton et al (2013). Neste estudo fizeram parte 12 crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 6,5 anos e dividiram-nas em dois grupos de 6, sendo que um dos grupos recebeu treino intensivo do SRP durante uma semana, ao contrário do outro. Depois, foram comparadas as habilidades sociais e as competências comunicativas entre os dois grupos. Os resultados obtidos demonstraram que as crianças do grupo que beneficiou do treino do SRP apresentaram interacções sociais mais intensas de forma espontânea, bem como o aumento da frequência da comunicação gestual. Por outro lado, a duração das interacções sociais aumentou de forma significativa. O grupo que não beneficiou do SRP manteve as mesmas habilidades, não se observando qualquer evolução durante o mesmo período de tempo. Estes resultados vêm comprovar que a intensiva intervenção focada em promover a interacção *criança-facilitador* pode incrementar os comportamentos sociais e competências comunicativas em crianças com PEA. Da mesma forma, conclui-se que os comportamentos sociais e as competências comunicativas são considerados cruciais para o desenvolvimento infantil, facilitando a aprendizagem num processo contínuo de crescimento cognitivo.

Daí ser importante a Intervenção Precoce, alicerçado num diagnóstico efectuado o mais cedo possível. No entender de Matson, Rieske e Tureck (2011), um aspecto importante no diagnóstico precoce é a sensibilização do público. Os pais e profissionais mais familiarizados com a criança têm de estar atentos aos primeiros sintomas de autismo e saber onde receber ajuda profissional. Jordan (2005), também aponta a necessidade de orientação dos professores, pois é a falta de conhecimento a respeito dos transtornos autísticos que os impossibilita de identificar correctamente as necessidades dos seus alunos com autismo. Estes passos poderão ajudar a diminuir a incidência do primeiro diagnóstico elaborado na referenciação.

Dawson e Adams (1984), realizaram um estudo onde comprovaram a importância do contacto visual nas actividades com crianças com PEA. Segundo as autoras, o jogo de imitação com a criança traz mais benefícios do que realizar uma actividade estranha para a criança. Mais tarde, outro estudo procurou perceber o alcance da intervenção da mãe de uma criança com PEA. Dawson (1990), colocou mães de crianças com PEA a interagirem com os filhos 20 minutos por dia durante duas semanas. A autora concluiu que depois da intervenção, as crianças demonstravam mais aptidões para os jogos e a duração do contacto visual aumentou significativamente.

Nesta linha, será interessante analisar as conclusões de Koegel et al (1987, 1998), que observaram comportamentos distintos nas crianças com PEA face às actividades. Quando estas eram propostas pelos adultos, as crianças esquivavam-se. Se fossem escolhidas por elas, as actividades eram mais prazerosas. Os “ismos” ou estereotípias que as crianças utilizam nas actividades acabaram por beneficiá-las nas interacções sociais com os pares. Isto porque os “ismos” no SRP não são mais do que a fixação repetida nos objectos/instrumentos usados pelas crianças na interacção com o adulto (Wilde, 2013)

Os “ismos” foram igualmente estudados por Hirstein et al (2001), onde as crianças com PEA apresentavam excitação no sistema nervoso em valores muito mais elevados do que uma criança normal, o que as levava a se auto agredir. Ao serem submetidas a actividades com incidência nos “ismos”, as crianças conseguiram regular a excitação do seu sistema nervoso.

Já Mahoney et al (2006), lideraram um estudo com base nas premissas do SRP em que privilegiou a capacidade responsiva do adulto. Neste estudo os autores optaram por dar controlo à criança acerca das actividades e este estilo responsivo acabou por aumentar, na criança, o funcionamento cognitivo, a comunicação e o funcionamento sócio emocional. Para os autores do estudo, a resposta dos pais às iniciativas da criança são mais vantajosas. Neste contexto Corredeira, Silva e Silva (2006), mencionam que a relação entre pais e profissionais pode ser positiva no sentido em que muitos pais se sentem totalmente perdidos no que diz respeito à educação dos seus filhos.

Noutro estudo, Mahoney et al (2005), justificaram a importância do facilitador na busca de assertividade entre o adulto e a criança com PEA. Ao demonstrar uma impressão de aceitação, o facilitador abre o seu espaço à criança oferecendo-lhe expressividade e afectividade. Estando segura, a criança é capaz de desenvolver competências ao nível da linguagem, das competências sociais, da atenção conjunta e da auto-regulação. No SRP, o facilitador assume um papel preponderante na obtenção de resultados positivos junto da criança com PEA, pois é na interacção que se desencadeia nos jogos sociais que a criança desenvolve as competências funcionais. Se se conseguir transferir as funções do facilitador para a escola, desenvolver-se-á estratégias complementares ao normal decurso das actividades numa sala de ensino estruturado.

Desenvolvendo uma interacção positiva entre pais e escola, todos saem a ganhar, porque o envolvimento parental com a escola poderá ter como vantagens um aumento do nível de consciência dos pais, relativamente às dificuldades e capacidades do seu filho, uma adequação do seu nível de expectativas e ainda facilitar o desenvolvimento de atitudes educativas mais eficazes (Schaefer e Honing *cit. in* Marques, 2000).

Por outro lado, Field et al (2001), realizaram outro estudo em que se apoiaram em vinte crianças, todas elas com PEA, para realizarem três sessões de treino em momentos diferentes. Na primeira sessão, o adulto que trabalhou com o grupo apenas se limitou a repetir os movimentos e comportamentos das crianças, os “ismos”, fazendo uma interacção simples com as crianças. Na segunda sessão, houve uma evolução do grupo, pois as crianças demonstraram uma melhor interacção social e relação com o adulto, sobretudo na busca de objectos, na comunicação, nas expressões faciais e na aceitação do jogo recíproco. Finalmente, na terceira sessão, as crianças adquiriram aptidões e comportamentos sociais mais próximos dos adultos, traduzidas em três competências: imitando o adulto, sentando-se ao lado do adulto e tocar no adulto. A aproximação física do adulto foi um dos factores positivos para iniciar frutíferas relações sociais. Os autores sugerem, então, que o comportamento imitativo e treinos de imitação liderados pelas crianças com PEA podem ser uteis dentro de um quadro de intervenção precoce.

Recentemente, em Julho de 2013, foram publicados os resultados de um estudo realizado no Centro Neurológico da APAE de Araguaína - TO no Brasil onde Rivero et al (2013), desenvolveram um estudo em que as crianças com PEA matriculadas no referido Centro teriam um atendimento holístico seguido de uma aplicação do SRP como tratamento terapêutico. Não sendo um estudo em ambiente escolar, o mesmo serve os nossos propósitos, uma vez que a aplicação do SRP foi feita fora do ambiente familiar e, logo, preenchendo os requisitos necessários para se assemelhar ao que se pretendia explorar. A equipa liderada por Rivero aplicou o SRP utilizando o modelo de desenvolvimento de forma personalizada e adequada a cada criança, consoante a sua especificidade. O estudo estendeu-se por 11 meses, dividido em 4 etapas e abrangendo 11 crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 6 anos.

A *primeira etapa* consistiu no levantamento de recursos materiais e humanos e adequação das salas para aplicação do SRP. Depois, procedeu-se à angariação de *facilitadores* para trabalhar o SRP junto das crianças e orientá-los para o programa de forma a capacitá-los na aplicação do modelo de desenvolvimento.

A *segunda etapa* inicia-se com uma consulta inicial com o neurologista. De seguida, cada criança é alvo de uma anamnese e de uma análise fonoaudiológica e pedagógica tendo como recurso as fichas do modelo de desenvolvimento do SRP.

A *terceira etapa* é, para nós, aquela que mais importância prática tem. Trata-se da metodologia a utilizar e que passa sempre pelo uso das fichas do modelo de desenvolvimento do SRP. Nestas fichas, os profissionais envolvidos neste estudo identificaram os estágios em que cada criança se encontrava e depois foram elaboradas actividades inseridas nestes mesmos estágios. Focou-se o trabalho nas habilidades sociais das crianças com sessões de 45 a 60 minutos. Um dado a reter nesta etapa teve a ver com o envolvimento dos pais, uma vez que tiveram conhecimento do modelo adoptado com o seu filho e foram orientados nas actividades para as aplicar em casa, dando seguimento ao trabalho do Centro. É este procedimento que se pretende efectuar no ambiente escolar. A criança vem para a escola, trabalha as competências adequadas ao seu desenvolvimento e depois continua esse trabalho em casa. Na prática, existem dois *facilitadores*: o professor e os pais.

A *quarta etapa* consistiu na consolidação dos dados obtidos durante a execução do projecto e avaliação das crianças quanto à Adesão ao Programa pela Família (APF), Frequência na Instituição (FI), Desenvolvimento da Fala (DF), Aumento da Atenção Compartilhada (AAC), Aumento do Contacto Visual (ACV), Aumento da Interação Social (AIS), Aumento da Flexibilidade de Pensamento (AFP), Desenvolvimento de Auto- Cuidados (DAC).

Por outro lado, toda a envolvimento do SRP assenta numa filosofia semelhante àquela descrita por Le Blanc (1992). Segundo esta autora, o **Currículo Funcional Natural** foi iniciado na década de 70, logo da geração do SRP, na Universidade do Kansas (EUA) e propunha-se desenvolver habilidades que levassem os alunos a agirem da melhor forma possível no ambiente, tornando-os mais criativos e independentes. Segundo Le Blanc, este currículo encerra três questões essenciais: *o que ensinar? Para quê ensinar? Como ensinar?* Aplicando o modelo de desenvolvimento do SRP em ambiente escolar pretende-se ir ao encontro deste currículo. Le Blanc afirma que este currículo deve ser **funcional** (no sentido de ensinar habilidades que tenham função para a vida actual e futura); **natural** (está relacionado ao acto de ensinar. Diz respeito a situações de ensino: materiais, procedimentos e estratégias utilizados, bem como a escolha do local de ensino); **divertido** (o acto de aprender e ensinar deve ser um prazer) e **que ocasione o menor número de erros possível** (o professor deverá facilitar todo o processo de aprendizagem - planear e acompanhar todo o processo, avaliando continuamente o mesmo).

Assim sendo, todo o processo gira à volta do ser humano, das suas necessidades, das suas expectativas e das suas capacidades. É nas relações entre pares que se desenvolve a componente social. Desta forma, os companheiros constituem uma fonte de relações imprescindível, promovendo um contexto adicional único, que influencia as diferenças individuais durante o desenvolvimento social de qualquer criança (Castro, Melo, & Silveiras, 2003). A escola é, assim, um espaço privilegiado de aquisição de conhecimentos como nos demonstram os resultados alcançados por Yang, Wolfberg, Wu e Kwu (2003). Estes autores verificaram em Taiwan notáveis ganhos na interação social recíproca e simbólica de crianças com autismo que participaram em jogos e brincadeiras em grupo, sendo que o convívio escolar proporcionou essas oportunidades.



Figura 2 Princípios Orientadores do Currículo Funcional Natural. (Adaptado de Pereira et al, 2011, pág. 6)

Com base nos estudos de Houghton et al (2013), o esquema a ser usado para intervir na criança com perturbação do espectro do autismo passa por uma actuação de acordo com os princípios do SRP. A figura 2 acaba por exemplificar as estratégias mais adequadas e os procedimentos a ter em conta sempre que o **facilitador** se encontra no playroom com a criança. Pode-se assim observar que o currículo funcional natural descrito por Le Blanc complementa a metodologia do SRP, tal como se pode observar na figura 3.

Fluxograma de Intervenção do SRP

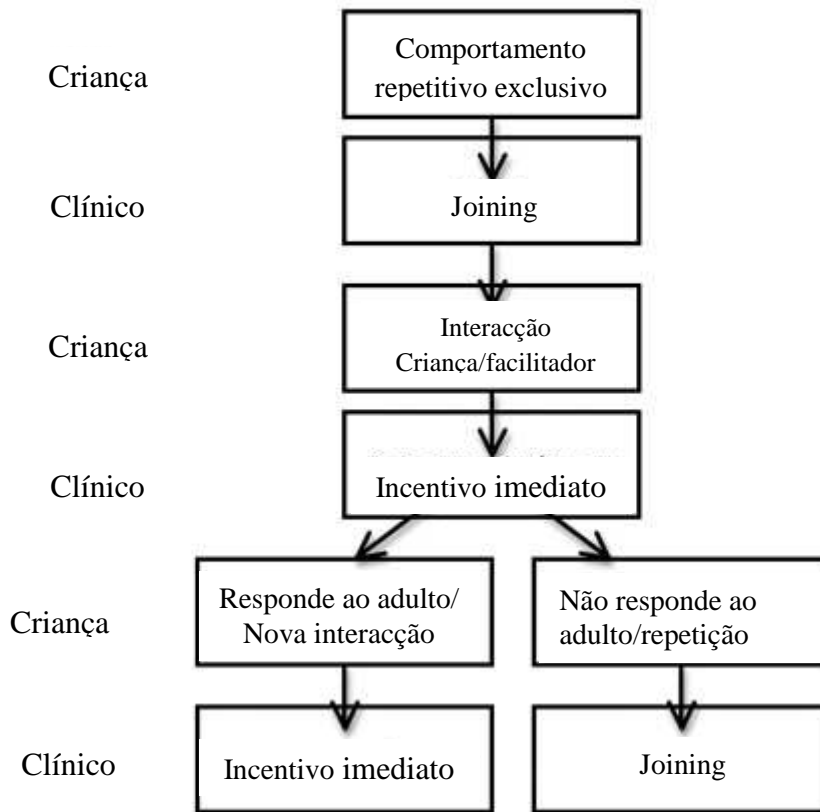


Figura 3. Intervenção do SRP. Fluxograma de comportamentos de criança e médico durante as sessões de intervenção do SRP (Houghton 2013, pág. 6)

Gonçalves (2011, p.3), afirma que “*é possível obter uma melhoria nos sintomas nucleares do autismo através de um programa de modificação do comportamento, pois a vertente da teoria cognitivo-comportamental conduz a focagem de que as crianças com autismo apresentam características semelhantes às crianças normais, mas em níveis de intensidade diferentes*”, e refere ainda “*que as propostas de intervenção deverão ser iniciadas precocemente, de forma intensiva e com a envolvimento activa das famílias*”.

O SRP trata-se de treino intensivo, cumplicidade entre a criança e o adulto numa simbiose perfeita entre a afectividade e o relacionamento social. Tal como nos diz Tolezani (2010), “*no Programa Son-Rise, a aceitação da pessoa com autismo, associada a uma atitude positiva, de entusiasmo e esperança, em relação ao potencial de desenvolvimento desta pessoa, são princípios básicos para o tratamento*”. E se a aceitação passar pela busca incessante de novas aprendizagens, abrindo portas fechadas

e entrando no mundo destas crianças, o sucesso é possível. O que é importante é que haja uma boa articulação entre duas forças que gravitam à volta da criança: escola e pais. É importante que os pais se envolvam no processo, responsabilizando-se e actuando de acordo com o modelo de desenvolvimento, porque o programa dá aos pais uma participação essencial no tratamento, enfatizando o seu desenvolvimento emocional. Essa participação na interacção é um factor essencial para o tratamento e recuperação do autismo, através de uma abordagem prática e abrangente que leva o autista a participar espontaneamente em interacções, como o brincar, e dinâmicas para a motivação na aprendizagem de novas habilidades e o conhecimento de uma forma aberta com outras pessoas (Gonçalves 2011). Perante isto, a equipa do Centro Neurológico da APAE chegou à conclusão de que as crianças cujos pais se envolveram no programa em casa apresentaram melhores desempenhos do que aquelas crianças que só trabalharam o programa no centro. Para Rivero et al (2013, p.5), “*o método Son-Rise revelou-se um método eficaz, a curto prazo, quando a família o adopta como estilo de vida, mudando totalmente o paradigma no tratamento do autismo*”.

5.4.4 SRP em Portugal

Apesar de ser um programa que já está a ser desenvolvido desde 1983 nos Estados Unidos da América, o SRP é recente no nosso país. Oliveira (2011, *cit. in Williams, 2004*), afirma que as famílias se sentiam mais positivas após terem experimentado o SRP. Notavam uma melhoria na interacção de toda a família. O crescente número de famílias a procurar o SRP é exemplo de que os pais estão à procura de algo inovador do que é oferecido pelas abordagens tradicionais ao autismo. Em Portugal foi constituída uma Associação sem fins lucrativos que nasceu da vontade de um grupo de pais em partilhar dúvidas, alternativas, respostas e estratégias para ajudar as crianças com PEA. A *Associação Vencer Autismo* (2011), tem como objectivo ajudar pais e crianças autistas, fornecendo informação, meios e apoio terapêutico e psicológico. Esta associação acredita que a evolução destas crianças, com vista a uma vida livre e independente é possível, daí apostarem na ajuda a tantas famílias que, por uma ou outra razão, ainda não conseguiram o acesso e apoio à informação e terapias existentes.

No ano da fundação, em 2011, a *Associação Vencer Autismo* conseguiu trazer até Portugal os professores seniores do Autism Treatment Center of America™

para uma formação junto das famílias que o desejassem. Esta formação equivale ao primeiro curso que é administrado nos EUA e que é designado de *Start Up*. Depois deste curso, existem outros 3 cursos que apenas são ministrados nos EUA e que são: *Maximum Impact Program; New Frontiers Program e Intensive Program*.

➤ **SRP Start-up:** é a primeira etapa deste processo. Consiste num programa de treino conjunto para pais, familiares e profissionais com a duração de 5 dias. Esta etapa do SRP já ultrapassou o campus americano e em Portugal a Associação Vencer Autismo responsabiliza-se por colaborar na realização desta formação;

➤ **SRP Maximum Impact:** trata-se da segunda etapa do Programa e permitirá aos intervenientes aprimorar os seus conhecimentos adquiridos no Start-up. Munido desses conhecimentos estará apto para desenvolver o trabalho com a sua criança com uma motivação extra;

➤ **SRP New Frontiers:** a terceira etapa leva-nos à aplicação prática do modelo de desenvolvimento. Como utilizá-lo de forma a avaliar correctamente o desenvolvimento social da criança. É nesta etapa que o formando aprenderá a criar as famosas metas e introduzir as técnicas adequadas para fazer avançar a criança. Como seria de esperar, o treino realizado nesta etapa centrar-se-á na educação social e no desenvolvimento curricular.

➤ **SRP Intensive:** a parte final do curso coincide com a quarta etapa. Aqui terá a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos nas etapas anteriores, trabalhando com a sua criança numa experiência educativa simultânea. Sendo a etapa intensiva de aplicação do programa, o formando será sempre apoiado pelos formadores do SRP durante a etapa. Isto é, o formando trabalha com a criança até 8 horas por dia e nesse período terá o auxílio dos formadores com novas técnicas ou instrumentos que o ajudarão a intervir no contacto directo com a criança.

A actividade desta associação não se esgota apenas nestas formações, pois desenvolvem iniciativas de esclarecimento acerca do SRP um pouco por todo o país.

Um novo *Start Up* está já agendado para Março de 2014, sinal de que o SRP merece todo o respeito dos profissionais e famílias.

Em 2011, o SRP foi considerado a melhor terapia para o autismo numa categoria onde concorreram também a terapia ABA (Análise Comportamental Aplicada) e a terapia RDI (Intervenção do Desenvolvimento da Relação) na Conferência Nacional do *AutismOne*, facto que levou Kaufman (2011), co-fundador do SRP a afirmar:

“Agora mais Mães e Pais vão ouvir falar sobre o Programa Son-Rise como um método altamente poderoso e eficiente para alcançar e ajudar os seus filhos com Autismo. O reconhecimento da importância do foco único do Programa Son-Rise de se juntar à criança no seu mundo e criar uma ligação através do amor dos pais não é apenas profundamente significativo, mas também cria a possibilidade de ajudar as nossas crianças a criar relações e vidas maravilhosas. Nós não trazemos apenas esperança e optimismo para as famílias que ensinamos, nós damos-lhes o método e as ferramentas para transformarem a vida das suas crianças”

Capítulo II – **Estudo Empírico**

1. Metodologia

A investigação em educação requer o rigor científico de qualquer outra área. Tal como garantem Hadji e Baillé (2001), *"a investigação em educação não escapa às exigências gerais da cientificidade. É preciso que o investigador se adapte, tendo em consideração a especificidade dos fenómenos humanos estudados"* (p.23). Sempre que se fala num trabalho de Investigação é coerente pensar-se no tipo de metodologia a utilizar. Neste caso optou-se por desenvolver um trabalho à volta de um Estudo de Caso tendo em conta a especificidade da problemática observada e, em simultâneo, credibilizar pedagogicamente um modelo de intervenção desconhecido para grande parte da comunidade educativa em Portugal. De acordo com Yin (1994, *cit. in* Zucker, 2009), o estudo de caso deve ter cinco componentes: as questões de pesquisa, as suas proposições, a sua unidade de análise, uma determinação de como os dados são ligados às proposições e os critérios para interpretar as conclusões. Assim, ao se enveredar por este tipo de metodologia assume-se um conjunto de pressupostos que, invariavelmente, conduzirão a resultados rigorosos e precisos acerca das observações efectuadas.

Já Stake (1995, *cit. in* Zucker, 2009), afirma que os estudos de caso reportam-se a várias finalidades de acordo com o que se pretende estudar. Refere ainda que um estudo de caso instrumental é usado para se obter uma visão geral do problema. O estudo de caso intrínseco conduz-nos para a busca de respostas de forma a termos uma compreensão mais profunda do problema. Finalmente, o estudo de caso colectivo reporta-se à necessidade de estudarmos um maior número de casos a fim de investigarmos um determinado fenómeno associado à especificidade do problema.

Dada a natureza do estudo, optou-se pelo estudo de caso instrumental, uma vez que se recorreu a instrumentos de recolha de dados para obter resultados que possam ser interpretados dentro de uma perspectiva global do problema. Até porque, tal como diz Ponte (2006), um estudo de caso é um método que se assume como particularística, isto é, que se interessa deliberadamente sobre uma situação específica que se crê ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, tentando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, assim, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse. Em suma, o estudo de caso direcciona para a compreensão e explicação do fenómeno estudado. De forma a sintetizar os objectivos de um estudo de

caso, Gomez, Flores e Jimenez (1996, p.99) referem que o objectivo geral de um estudo de caso é: “*explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar*”. O facto da amostra se resumir a um individuo apenas teve como principal objectivo centrar a investigação num único propósito. Segundo Bravo (1998), a constituição da amostra é sempre intencional baseando-se em critérios pragmáticos e teóricos e a escolha do aluno estudado foi intencional.

Assim, o nosso estudo de caso pretendeu ser transversal, dentro dum hiato de tempo de 6 meses, utilizando o método descritivo (Alencar, 2012). Por outro lado, Bogdan e Biklen (1994), afirmam que numa investigação qualitativa é pertinente conhecer, suficientemente bem, os sujeitos alvos do estudo, sendo por isso fundamental elaborar a sua caracterização. Já Lessar-Hébert, Goyette e Boutin (2005), entendem a investigação qualitativa como a busca da compreensão do significado ou da interpretação dada pelos próprios sujeitos observados, com frequência e de modo implícito, aos acontecimentos que lhes dizem respeito e aos comportamentos que manifestam. Por sua vez, Carmo e Ferreira (2008), consideram que “*Os métodos qualitativos são humanísticos – quando os investigadores estudam os sujeitos de uma forma qualitativa tentam conhecê-los como pessoas e experimentar o que eles experimentam na sua vida diária (não reduzem a palavra e os actos a equações estatísticas)*” (p. 198).

1.2 Objectivos

A aplicação do SRP em contexto escolar pressupôs a adaptação de alguns critérios contemplados no documento original do Centro Americano de Tratamento de Autismo. Com efeito, as tabelas correspondentes aos estágios do SRP e respectivas áreas foram reformuladas tendo em conta a realidade da aplicação do estudo e posteriormente aprovadas pelos autores originais como se comprova em anexo.

Pelo atrás exposto definiram-se os seguintes objectivos:

- Perceber se um aluno com perturbação do espectro do autismo a frequentar uma sala de ensino estruturado aumenta as suas habilidades sociais quando intervencionado de acordo com o modelo de desenvolvimento do SRP.

- Compreender se a aplicação do Programa Son-Rise melhora as áreas do controlo de esfíncteres num aluno com perturbação do espectro do autismo a frequentar uma sala de ensino estruturado e com idade de 10 anos;

Tendo em conta que todo este trabalho resulta duma constatação surgida durante a revisão da literatura onde foi evidente o défice de informação relacionada com o SRP e aquela que foi possível apurar, deixou no ar a sensação de que o propósito do estudo era pertinente. Meirinhos (2006), refere que ao investigar, estamos a concretizar duas vertentes da aprendizagem que passam pelo objectivo formativo e, ao mesmo tempo, filosófico, sendo que esta filosofia nos remete para uma forma de expressão de pensamento. Esta expressão permite-nos desenvolver capacidades nos três tipos de trabalho associados à investigação, como nos refere o autor: trabalho prático (leitura, consulta, compilação, pesquisa, filtragem, etc.); trabalho técnico (análise, conceptualismo, síntese, redacção, etc.) e trabalho teórico (reflexão, questionamento, fundamentação, eventualmente uma abordagem crítica, inovadora e pessoal dos problemas).

Pelo exposto, a pergunta de partida para este trabalho foi:

- Pode o Son-Rise Program ser aplicado numa sala do Ensino Estruturado?

1.3 Participantes

Para este estudo de caso, foi seleccionado um participante com 10 anos de idade. A razão de tal propósito teve a ver com a necessidade de se realizar um trabalho individualizado, aplicando o SRP em todas as áreas de intervenção possíveis de acordo com o diagnóstico realizado ao aluno. Com base no modelo de desenvolvimento do SRP, o aluno foi submetido a variadas estratégias e intervenções de carácter pedagógico e social.

O aluno em causa é portador do espectro do autismo, como pode ser comprovado pelo diagnóstico apresentado no anexo 1. O aluno frequenta uma sala de ensino estruturado da escola do Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família (CRPSF) do Funchal. Trata-se de um Centro que pertence à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus e que, no Funchal, tem à sua responsabilidade mais outra “Casa” denominada “Casa de Saúde Câmara Pestana”. Enquanto o CRPSF se ocupa duma comunidade mais jovem, tem como missão a prestação de cuidados diferenciados e humanizados, em saúde mental da Infância e Adolescência, pedopsiquiatria, multideficiência e reabilitação psicopedagógica, de acordo com as melhores práticas, qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa, a Casa de Saúde Câmara Pestana tem como missão a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde mental e psiquiatria, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa.

Foi escolhido este aluno porque apresentava um diagnóstico autista (anexo 1), tendo dificuldade em interagir socialmente, com auto e hétero agressão. Depois, com base no modelo de desenvolvimento do SRP, o aluno estava situado no estágio 1, com notórias limitações sociais. Como se pretendia aferir do alcance do SRP em ambiente escolar, acreditava-se ser este o indivíduo adequado ao estudo, tanto mais que ainda usava fralda. Trabalhando o controlo de esfíncteres, havia fundadas expectativas de se proporcionar maior autonomia ao aluno no final do estudo. No decorrer do estudo, o aluno foi colocado perante os pares da sala, pelo que se pode falar em participantes indirectos no estudo. É que, ao interagirem com o aluno, acabaram por participar no estudo em relação a alguns parâmetros incluídos nas áreas de intervenção do modelo de desenvolvimento do SRP.

1.4 Instrumentos de recolha de dados e procedimentos

Para levar a cabo este estudo, direccionou-se a observação do aluno com base nas duas tabelas que serviram para registar os comportamentos e avaliar a evolução do aluno dentro das metas estabelecidas no modelo de desenvolvimento do SRP. Uma das tabelas utilizadas foi a tabela “**Controlo de Esfíncteres**”. Desde o início do estudo que

se registou as idas à casa de banho, as vezes em que o aluno urinou na sanita e as vezes em que urinou na roupa. Com o decorrer do estudo foi perceptível que a frequência das idas à casa de banho deveria ser menor, aumentando assim os intervalos de tempo entre cada ida à casa de banho. As tabelas eram registadas diariamente sempre com o intuito de se avaliar a evolução do aluno, sobretudo na aceitação da casa de banho e foi essa avaliação que nos levou a optar por uma nova grelha de observação. Em anexo, apresenta-se as duas grelhas (Anexo 2 – início do estudo; Anexo 3 – fim do estudo).

Uma outra tabela utilizada relaciona-se com o modelo de desenvolvimento do SRP. A “**Tabela dos Estágios do SRP**” (Anexos 4,5,6,7 e 8) permitiu identificar as necessidades do aluno ao mesmo tempo que funcionou como instrumento catalisador para as metas a atingir. Essas metas não são mais do que os objectivos sociais a ser cumpridos por parte do aluno. As metas foram transportadas para um placard mensal afixado na sala para que o mesmo fosse visualizado pelos adultos intervenientes no processo (Docente e Assistente Operacional). Este procedimento visou acompanhar a evolução do aluno, as suas expectativas e o seu grau de interesse social. Depois, as Metas (Anexos 14 a 20) eram alvo de avaliação e de cruzamento de dados com as tabelas do modelo de desenvolvimento do SRP para que se produzissem as Metas do mês seguinte. Esse processo foi efectuado durante os seis meses do Estudo de Caso.

2. Fases desenvolvidas nos procedimentos

Para a realização deste Estudo de Caso foi necessário escolher um participante que reunisse as condições necessárias para a aplicação do SRP. A aproximação ao aluno foi fundamental para ganhar a sua confiança e, posteriormente incentivá-lo a participar em algumas das propostas apresentadas. Alguns estudos na área da musicoterapia aplicada ao autismo testemunham que este é o caminho a seguir para estabelecer a aproximação inicial ao autista, proporcionando-lhe também a abertura de canais de comunicação. Promove-se assim a ampliação comunicativa da criança autista com seus pares (Ferreira 2011). Pelo referido, utilizou-se também a música como estratégia de ajuda à interacção individual. Ou seja, avançou-se na confiança com o aluno ao ponto de ele ficar identificado com a nossa forma de actuar. A música foi utilizada em contexto de sala e também na Sala Snoezelen (uma sala de estimulação sensorial

existente na Instituição). Porque, no entender de Leon e Woo (2013), as crianças com autismo registaram uma melhoria exponencial após um período de seis meses em que executaram exercícios sensoriais simples. Todos estes procedimentos foram incluídos no processo normal de planificação das actividades numa Sala de Ensino Estruturado com base nas normas orientadoras emanadas pela Secretaria Regional de Educação e dos Recursos Humanos da Região Autónoma da Madeira.

➤ 1.ª Fase

No primeiro passo construiu-se uma Base de Referência. Nesta Base registou-se todas as características do aluno, se tem alguma habilidade social adquirida ou se está em desenvolvimento. Para isso, usou-se as tabelas dos diferentes estágios do Programa Son-Rise. Neste caso concreto, iniciou-se o trabalho de Observação das metas no estágio 1, a escala mais baixa do modelo de desenvolvimento do SRP. Uma vez que se pretendeu estudar a aplicabilidade do SRP em ambiente escolar, far-se-á as devidas adaptações de acordo com o que é exigido numa sala de ensino estruturado. Às normas orientadoras do campo pedagógico, complementar-se-á com a introdução das áreas definidas no estágio 1.

Assim sendo, a Base de Referência, fruto das diversas observações realizadas durante um mês, permitiu concluir que o aluno não apresenta um número significativo de habilidades sociais, estando no estágio 1 do Programa Son-Rise.

O segundo passo surge da necessidade de criar o Currículo Social propriamente dito e que contempla as metas do Programa. Ou seja, existe o diagnóstico feito e agora estabelecem-se os objectivos. Esses objectivos vão ao encontro das necessidades do aluno. Sabendo de antemão que o aluno está no estágio 1, então as Metas do Programa estão de acordo com as áreas desse mesmo estágio. Deve ficar claro que durante o período da observação as metas só poderão ser alteradas no final de cada mês, depois de feita a avaliação das respectivas tabelas do modelo de desenvolvimento. O principal objectivo deste passo é anotar as etapas do aluno, os seus progressos para que se possa estabelecer e escrever as Metas do SRP para o mês seguinte.

Com o terceiro passo escrevem-se as Metas do Programa para o primeiro mês de observação tendo em conta os dois primeiros passos. A partir desse momento avançou-se no estudo com as estratégias do trabalho individualizado, promovendo actividades adequadas aos parâmetros a observar e a avaliar. Em todo este processo adoptou-se uma postura de proximidade. As áreas constantes nas tabelas do modelo de desenvolvimento do SRP nem sempre foram todas utilizadas, pois algumas delas não se adequavam ao grau de habilidade social do aluno dentro de um determinado estágio.

➤ 2.^a Fase

Em Agosto de 2013, foi possível fazer um primeiro balanço às estratégias utilizadas e quais os recursos empregues durante os primeiros três meses da aplicação do programa. Tendo em conta que se estava em pleno período de férias, acabou por ser uma mais-valia para o aluno. Isto porque o trabalho individualizado centrou-se única e exclusivamente no aluno, realizando as tarefas que normalmente faria na sala com os pares, só que desta feita a sala de aulas foi só para ele. No caso específico do controlo de esfíncteres, a actuação também sofreu uma alteração neste mês, revelando-se definitiva na concretização dos objectivos. Depois de três meses a usar fichas com imagens relacionadas com as idas à casa de banho optou-se neste mês, por sugestão da **Associação Vencer Autismo** a executar a função de urinar com a presença do aluno. Assim, o aluno observou o adulto a urinar na sanita. Esta actividade consistiu em mostrar ao aluno que deveria baixar as calças, aproximar-se da sanita e urinar. Depois subir as calças e lavar as mãos no lavatório correspondente. O contacto ocular resultante deste “jogo”, permitiu ao aluno concentrar-se no objectivo da tarefa a realizar. Este procedimento decorreu durante todo o mês de Agosto nos dias em que o aluno esteve presente, pois houve duas semanas alternadas em que foi de férias com os pais. Nesta segunda fase dos procedimentos também se avaliou os estágios do modelo de desenvolvimento do SRP com incursão ao estágio 3.

➤ 3.^a Fase

A terceira fase coincidiu com o final do estudo, em Novembro de 2013. Aqui fez-se a recolha de todos os dados observados, registados e avaliados nos instrumentos

utilizados. De referir que nesta fase apostou-se na interacção social entre pares, pois percebeu-se no aluno uma maior predisposição para o contacto. A sua postura perante a sala, os colegas e os adultos sofreu uma evolução notável, verificando-se alterações muito positivas comparativamente com a avaliação inicial.

3. Apresentação, análise e discussão dos resultados

Para responder ao primeiro objectivo: *“Perceber se um aluno com perturbação do espectro do autismo a frequentar uma sala de ensino estruturado aumenta as suas habilidades sociais quando intervencionado de acordo com o modelo de desenvolvimento do SRP”*, utilizámos as tabelas do modelo de desenvolvimento do SRP.

A preocupação foi essencialmente preparar o aluno para o trabalho de campo, ou seja, o treino esfínteriano. No entanto o trabalho relativo ao SRP já se tinha iniciado muitos antes através de actividades vocacionadas para a atenção compartilhada e para a flexibilidade. A estratégia, a ser bem-sucedida como foi, daria um avanço exponencial na assimilação de novas rotinas que iriam servir de fundamento para o Estudo. O simples facto de se levar o aluno mais vezes à casa de banho fez com que, gradualmente, aceitasse aquele novo espaço que era totalmente estranho para ele. Ao visualizar os sanitários, o aluno foi criando o seu próprio controlo emocional sobre o espaço novo.

MacDonald (2004, *cit. in* Houghton, 2008), é da opinião que este tipo de crianças desenvolve competências na proporção do controlo que elas adquirem sobre o seu comportamento e, por inerência, se traduzem em comportamentos advindos do meio ambiente. Incidindo a acção sobre o esquema corporal do aluno, sobretudo na sua postura, despoletou as suas sensações. Já Sánchez e Buitrago (2008), entendem o esquema corporal como sendo a integração das sensações (tácteis, térmicas, dor, visuais, vestibulares, musculares e viscerais) que o ser humano tem do seu corpo no sentido mais orgânico ou neurofisiológico e que é indispensável para a elaboração da personalidade. A nossa preocupação foi valorizar a aproximação corporal entre o adulto e o aluno através de actividades inseridas na área da flexibilidade, sobretudo na capacidade de resposta do aluno aos jogos sociais. Com a utilização dessa estratégia, o

aluno adquiriu algumas habilidades sociais deste estágio 1. O que podemos observar no gráfico é tão-somente as áreas em que o aluno conseguiu cumprir as habilidades sociais dentro da sala de aula. Tanto na “Comunicação não-verbal” como na “Flexibilidade”, o aluno adquiriu 100% das metas propostas para o estágio 1, como se demonstra a seguir no gráfico 1.

Os resultados obtidos apontam para o estabelecimento do contacto visual, favorecendo a comunicação não-verbal. O aluno comunicou através do olhar, movimentando-se na sala de acordo com os seus interesses.

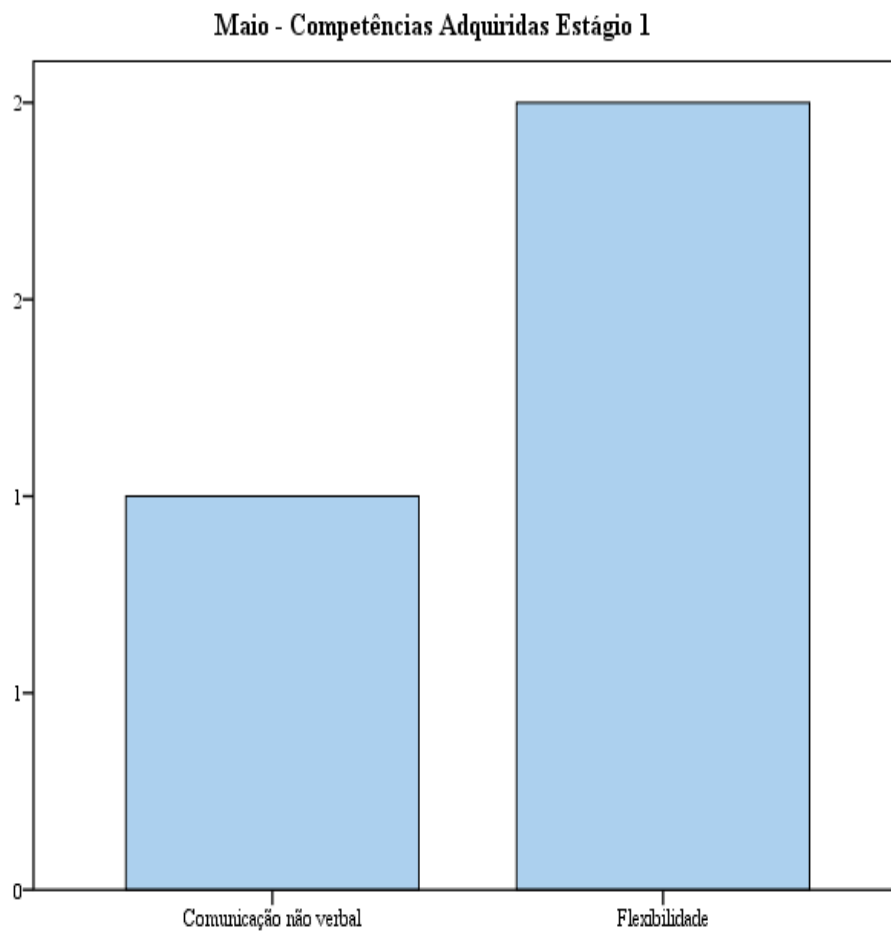


Gráfico 1 – Competências Adquiridas Estágio 1 Maio

Ainda no mês de Maio, considerou-se algumas metas do estágio 2, embora a sua expressão não tenha sido significativa nem relevante para os resultados futuros. Ao observar-se comportamentos pontuais que se interpretou como autocontrolo do aluno, os mesmos foram enquadrados no comportamento global do estágio 1.

No estágio 2, é possível perceber que o aluno consegue executar poucas actividades relacionadas com a flexibilidade, uma área importante dentro do SRP, porque é na área da flexibilidade que o aluno vai aceitar o adulto nos seus jogos e permite que ele participe.

Para o SRP, uma atitude positiva baseada no optimismo é acreditar que a valorização estimula a participação interpessoal onde o adulto deve estimar e sentir satisfação quando está com a criança. É nesta linha de actuação que o SRP entende que o aluno assume uma maior orientação social, aumenta os períodos de atenção partilhada e o nível de motivação e emoção na interacção social, o que se presume que fará com que o aluno possa adquirir novos comportamentos e competências sociais. Por isso, a actuação do adulto baseou-se na afectividade e nos estímulos emocionais positivos junto do aluno para haver reciprocidade, tal como acontece nas crianças em geral que têm um comportamento típico nas partilhas afectivas recíprocas, como nos refere Mundy et al (1992, *cit. in* Houghton, 2008).

Por sua vez, Dawson et al (2004, *cit. in* Houghton, 2008), acham que as crianças autistas têm dificuldade em concretizar as partilhas afectivas recíprocas porque realizam a atenção compartilhada em menor escala e num período de tempo muito mais reduzido. Esta situação reflecte-se, posteriormente, na capacidade de estabelecer relações sociais e experienciar as emoções positivas resultantes da interacção social. Por tal facto é que no nosso estudo insistimos nas actividades físicas dentro da área da atenção compartilhada. Realizando mais interacções sociais com o aluno no trabalho individualizado permitiulhe alcançar mais competências na comunicação não-verbal como se pode observar no seguinte gráfico.

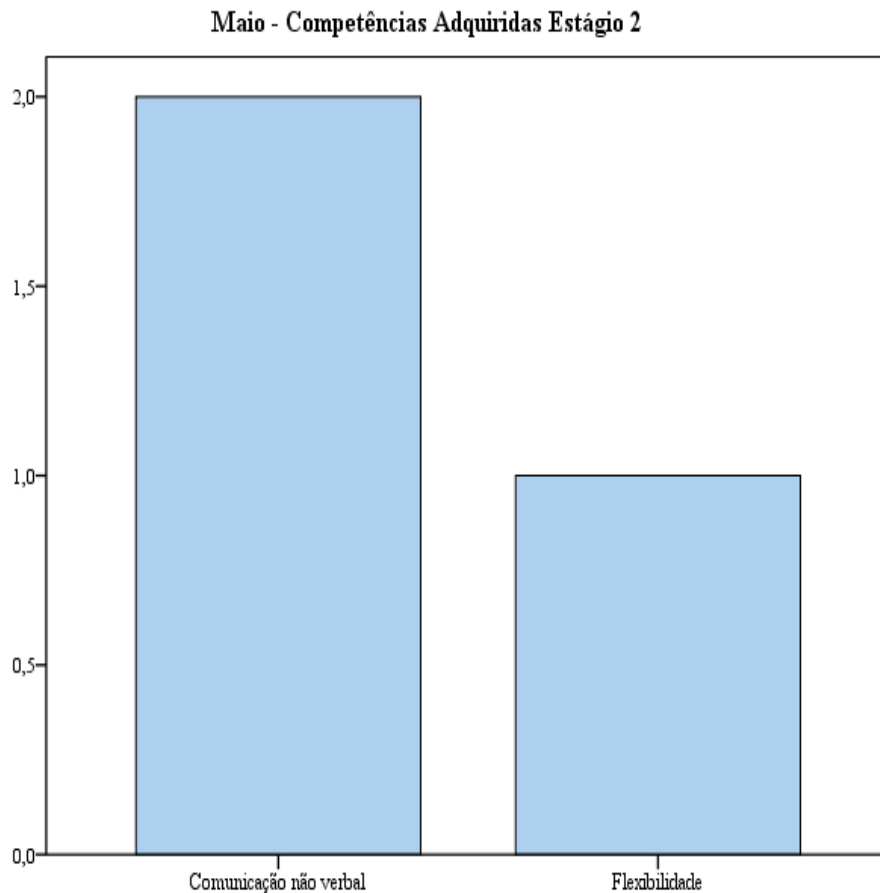


Gráfico 2 – Competências Adquiridas Estágio 2 Maio

Ao nível do estágio 2, observa-se uma maior inclinação para aquisição da Comunicação não-verbal, sobretudo no que diz respeito à aproximação corporal. No entanto, essa aproximação não é total e muitas das vezes apenas acontece contacto visual.

O aluno demonstrou durante o período de diagnóstico maior propensão para o isolamento e a comunicação não-verbal só se efectivou nos momentos em que se praticou as rotinas (entrada na sala, trabalho individualizado, hora do lanche, etc). De certa forma, este diagnóstico contribuiu para uma boa elaboração da Base de Referência do Currículo Social do SRP, instrumento essencial para se aplicar o modelo de desenvolvimento.

Em Junho, o modelo de desenvolvimento do SRP começou a ser efectivamente aplicado tendo como orientação as habilidades sociais do aluno adquiridas no mês de Maio e de acordo com o diagnóstico apresentado.

Em primeiro lugar estabeleceu-se a carga horária desejável para obter sucesso junto do aluno. Segundo o SRP, as sessões de trabalho devem variar entre as 15 horas e as 50 horas por semana. Tendo em conta que se trata dum contexto escolar, planeou-se trabalho individualizado com o aluno em três momentos de 30 minutos no período matinal e um momento de 30 minutos no período da tarde, sendo que este período foi conduzido pela Assistente Operacional que participou no processo. Assim, completou-se 10 horas semanais na escola, enquanto as restantes ficaram reservadas para o fim-de-semana em casa com os pais. O maior obstáculo inicial foi envolver os pais do aluno no processo. Quando surgiram as metas no mês de Junho, a preocupação foi identificar comportamentos repetitivos, chamados de “ismos” no SRP. Por isso se justificam as metas para a atenção compartilhada, área barómetro das actividades essenciais neste mês.

Os parâmetros a observar e a avaliar basearam-se no aumento gradual das interacções sociais dentro da área da flexibilidade até perfazer os 30 minutos de trabalho na sala sem os restantes colegas que, entretanto, haviam saído para o parque infantil de modo a eliminar qualquer foco de atenção. Com isso conseguiu-se um ambiente social favorável. O primeiro mês de interacção com o aluno permitiu a aquisição de parâmetros relacionados com a Flexibilidade. Tal significou que, dentro deste fundamento, o aluno foi aumentando o tempo de interacção com o adulto, resultados visíveis no gráfico 3. A aproximação física encurtou distâncias e até mesmo o contacto visual foi complementado com algumas manifestações faciais.

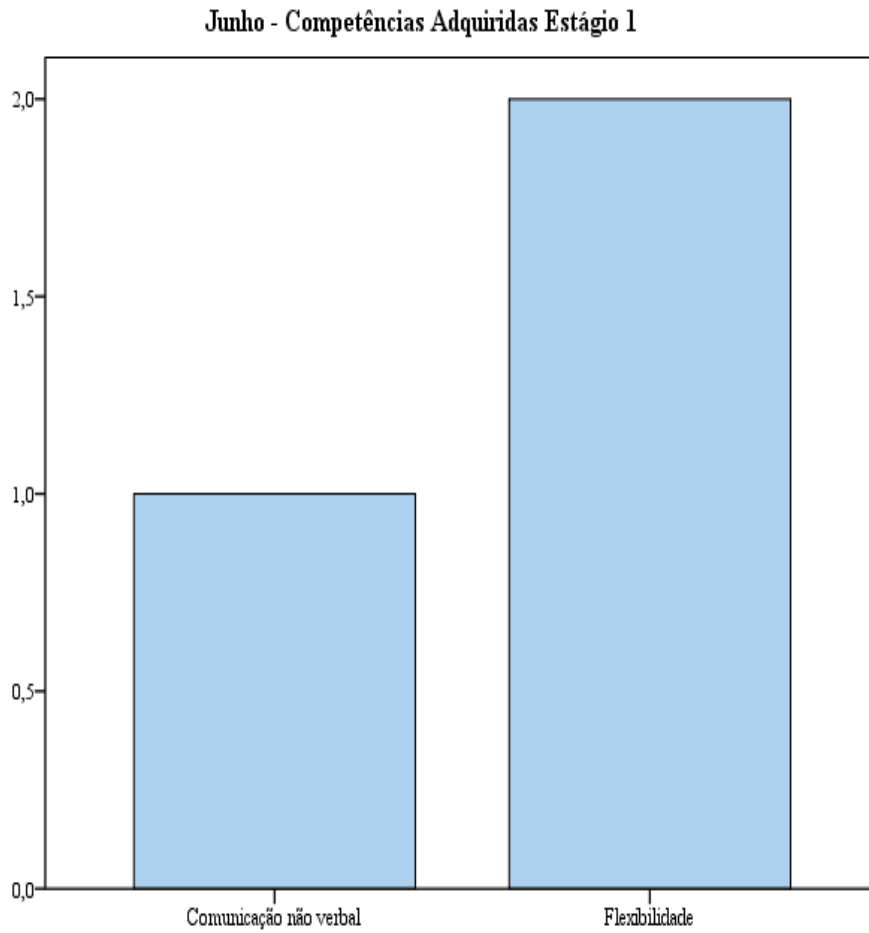


Gráfico 3 – Competências adquiridas Estágio 1 Junho

No que diz respeito ao estágio 2 do mês de Junho, o aluno aceitou a atenção compartilhada de forma evidente, daí que se estabeleceram mais metas deste estágio. Como o comportamento social dava sinais de interação recíproca, avaliou-se os parâmetros da área “Perspectivas para ensinar” como mecanismo essencial para o avanço no programa. Os 30 minutos mantidos na casa de banho num trabalho *do um para um* proporcionaram ao aluno sentir prazer naquilo que fazia e recebendo uma atitude emocional positiva da parte do adulto. O controlo do aluno em relação ao espaço começa a ganhar consistência. O aluno dedica mais atenção aos objectos que existem na casa de banho. Lièvre e Staes (2012, *cit. in* Garcia, 2013), referem que a estruturação espacial é a capacidade de o indivíduo se situar, de se orientar, se organizar e se deslocar no espaço; de conceber os objectos do mundo próximo e distante e a possibilidade de construir um mundo real e imaginário.

O que acabámos de referir foi verificado neste mês de Junho. As áreas de desenvolvimento acabam por se relacionar e articular, pois a flexibilidade aumentou na mesma proporção que aumentou o trabalho da atenção compartilhada. Como consequência, existem maiores competências adquiridas, ou seja, o aluno acabou por demonstrar um leque maior de habilidades sociais ao nível dos comportamentos motores. Deslocava-se na sala já com orientação espaço-temporal e reduziu muito a auto agressão, favorecendo o relacionamento com os adultos da sala. No entanto, continuava a demonstrar movimentos repetitivos nas actividades propostas, variando o objecto das actividades.

Também no entender de Militerni et al (2002, *cit. in* Houghton, 2008), é nas crianças com idade entre os 7 e os 11 anos que os comportamentos repetitivos se tornam mais complexos e foi comprovado em Junho quando o aluno insistiu em atitudes repetitivas para chamar a atenção do adulto, que entrou no jogo através da atitude responsiva. Satisfazendo as pretensões do aluno acabou-se por corresponder às suas expectativas. Em termos práticos, esta estratégia funcionou para maior confiança do aluno no treino esfinteriano, ao mesmo tempo que adquiriu novas habilidades sociais expressas no gráfico 4.

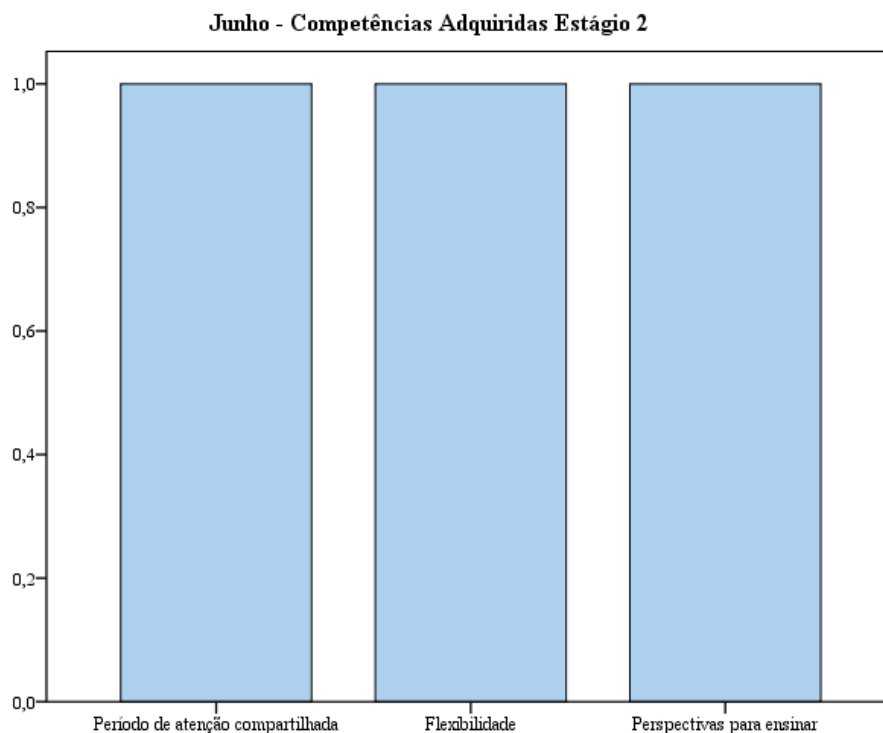


Gráfico 4 – Competências Adquiridas Estágio 2 Junho

Com o avançar da interacção social, o aluno foi demonstrando maiores competências e habilidades pessoais, onde as aprendizagens pretendidas se foram complementando. Pareceu-nos interpretar que o aluno buscou no adulto novas vivências e o adulto procurou no aluno os seus sentimentos e as suas ansiedades. Com isso reforçou-se o ambiente educativo na sala de aula, permitindo ao aluno desempenhar tarefas que até então lhe pareciam inacessíveis. A repetição de comportamentos, embora ainda existindo, deixou de assumir a função de ponto de partida para as interacções para desempenhar a função de exteriorização de sentimentos. O aluno repetia alegrias, conquistas e vitórias.

No mês de Julho, aumentou-se o tempo de intervenção por força do início das férias escolares a partir da segunda quinzena. Esta opção resultou na perfeição porque actuou-se em áreas que estavam deficitárias. Insistiu-se no período de atenção compartilhada como mola impulsadora para as restantes valências comportamentais. Em simultâneo, criaram-se metas relacionadas com a comunicação não-verbal e comunicação verbal de forma a orientar as actividades dentro do período de atenção compartilhada.

A estratégia passou pela integração do adulto nos jogos iniciados pelo aluno. Esta maior intervenção resultou em mais actividades em desenvolvimento numa interacção que assentou no método responsivo por parte do docente. Ingersoll (2008), no seu estudo, concluiu que as crianças com PEA apresentam maiores limitações na imitação espontânea quando esta lhe é solicitada e por isso as actividades direccionaram-se para atitudes de iniciativa própria do aluno. O que há a realçar é que neste mês, as horas de intervenção resumiram-se ao espaço escolar, abdicando das três sessões de 30 minutos e transformando-as numa única sessão de 2 horas que incluíram as idas à casa de banho (das 9h às 11h). Optando por uma única sessão contínua em modo playroom conseguiu-se maior eficácia na flexibilidade do aluno ao ponto de sentir maior prazer nas actividades propostas e requeridas por ele.

Os jogos de motricidade fina como os puzzles e encaixes acabaram por ser boas ferramentas de trabalho, já que proporcionaram maior tempo de concentração ao aluno. Paralelamente a estas actividades, aumentou-se o contacto musical e o ritmo com recurso ao corpo humano. O recurso à música foi um excelente aliado nas actividades,

indo ao encontro de Padilha (2008), quando refere que “*A musicoterapia actua como motivação para o desenvolvimento de auto-estima, com técnicas que provocam no indivíduo sentimentos de auto-realização, autoconfiança, auto-satisfação e muita segurança em si mesmo*” (pág. 36). Também o aluno do nosso estudo aceitou a participação nas actividades de forma espontânea, ao mesmo tempo que foi flexibilizando os comportamentos em ambientes que ofereciam alto grau de suporte emocional, continuando a absorver competências através da área da flexibilidade, como demonstramos no gráfico 5.

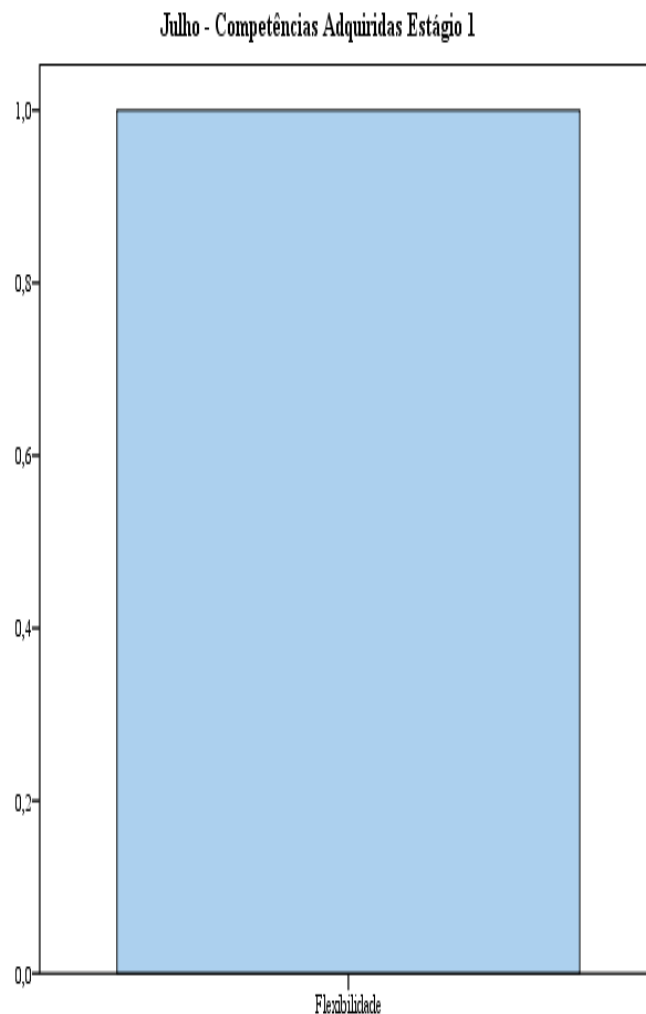


Gráfico 5 – Competências Adquiridas Estágio 1
Julho

Em relação ao estágio 2, a actuação centrou-se mais nas áreas que envolviam actividades de interacção social em detrimento das áreas das comunicações. Ao estabelecer metas no período de atenção compartilhada pretendeu-se aumentar o período de controlo do aluno perante as suas próprias iniciativas. Também Tiegerman e

Primavera (1984, *cit. in* Houghton, 2008), referem que as crianças autistas olhavam para o adulto mais frequentemente e por maiores períodos de tempo quando o adulto imitava a brincadeira da criança. Constatou-se isso quando o aluno prestava mais atenção à forma de repetir os seus comportamentos por parte do adulto.

Por tal facto, o estágio 2 do modelo de desenvolvimento manteve em progresso as áreas propostas como metas que levaram o aluno a adquirir neste estágio habilidades sociais dentro da flexibilidade, já que permitiu uma maior aproximação do adulto nas actividades. Assim houve maior resposta aos enfoques emocionais, participando fisicamente na interacção com o adulto.

O avanço nas competências adquiridas teve como suporte a utilização dos 3 E's, pois, ao ser empregue a necessária Energia, Excitação (emoção) e Entusiasmo nas actividades, o aluno participou com alegria. Pareceu-nos que ele ficava feliz só de ver o adulto feliz a cada conquista. E isso foi mais evidente sempre que ele urinava na sanita ou executava uma tarefa funcional com sucesso como por exemplo beber água pelo copo de forma totalmente autónoma (Anexo 10 – Imagem 10). Foram estas atitudes que acabaram por valorizar o comportamento do aluno perante os pares. Sentindo-se mais confiante nas suas acções, pareceu-nos que a sua autonomia saiu fortalecida.

Mesmo ao nível do estágio 2, o aluno mostrou maior apetência para a flexibilidade, fruto de uma maior abordagem física para com os pares e adultos da sala. A meta proposta para a Flexibilidade foi uma competência adquirida, pois o aluno começou a perceber algumas das vantagens em se relacionar com os pares e com os adultos da sala, tais como: afectividade, ajuda nas tarefas funcionais e nos trabalhos colectivos (Gráfico 6).

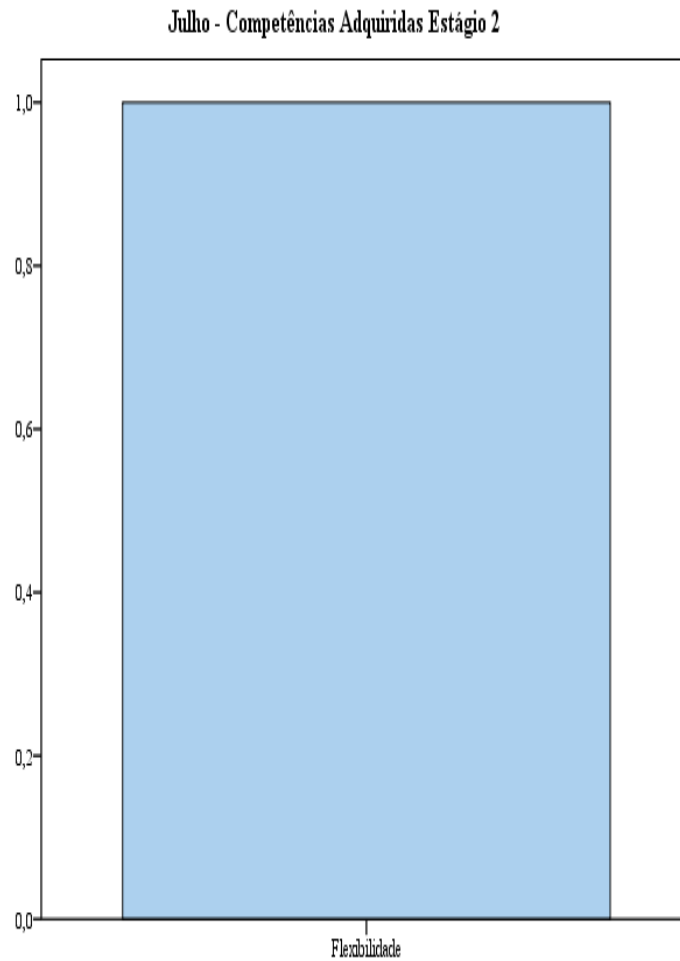


Gráfico 6 – Competências Adquiridas Estágio 2
Julho

O mês de Agosto simbolizou uma mudança significativa no aluno. Primeiro porque foi um mês em que a convivência social foi repartida entre a escola e a casa com os pais. Finalmente, estes começaram a perceber que o seu filho estava a ter comportamentos mais sociáveis e, por isso, decidiram intervir mais nas relações com o filho. Foi determinante esta inversão de atitude por parte dos pais, já que o aluno tornou-se mais confiante nas suas acções, sobretudo no treino esfinteriano. Depois, ter o espaço escolar somente para o aluno foi revelador de novas conquistas. A casa de banho deixou de ser um espaço estranho para servir de espaço rotineiro de interacção. A descontração demonstrada levou a estabelecer metas comunicativas para o aluno, pois o seu grau de satisfação vinha acompanhado de sons. Logo, aproveitou-se esta novidade para trabalhar a comunicação verbal, sobretudo nos vocábulos que indicassem tarefas funcionais como por exemplo: “*Queres fazer xixi?*”; “*Tens sede?*”; “*Olá, bom dia!*”; etc.

A importância deste trabalho teve como objectivo implicar o aluno na oralidade, mesmo que fosse primária, de ordens simples. Apostou-se, neste mês, em conceitos de auto-ajuda porque era importante que o aluno iniciasse o baixar das calças para urinar e depois se vestisse novamente. Também a higiene não foi descuidada (Anexo 10 – Imagem 9).

Rentabilizou-se o mês de Agosto por ser um mês calmo, favorável à introdução de novas competências dentro do enfoque emocional. Assim o aluno adquiriu novas habilidades sociais e funcionais. Exemplo disso era a forma como ele se expressava para comunicar que não queria urinar (ia à casa de banho, baixava as calças, puxava o autoclismo e levantava novamente as calças sem sequer urinar).

A partir deste mês, o estágio 1 começou a ser menos utilizado no que às competências adquiridas diz respeito, como se pode comprovar no gráfico 7. A justificação tem que ver com a progressão do aluno no programa. Ao adquirir habilidades sociais nos estágios superiores, o aluno fixou-se nas actividades associadas às áreas desses estágios.

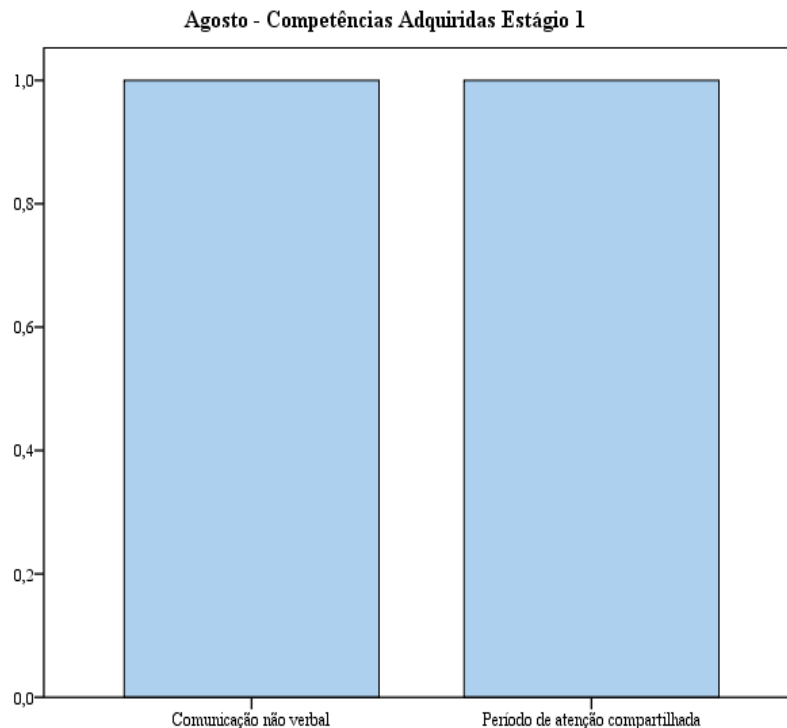


Gráfico 7 – Competências Adquiridas Estágio 1
Agosto

Aqui foi evidente a dinâmica do SRP, pois o aluno “refugiou-se” em comportamentos do estágio 1 para ganhar confiança em relação às actividades do estágio 2.

O estágio 2 do mês de Agosto foi direccionado para a continuação do período de atenção compartilhada, permitindo que o aluno demonstrasse afecto e fosse gentil nos seus comportamentos. Por outro lado, trabalhando apenas as habilidades sociais com o adulto sem interferências visuais e sonoras exteriores possibilitou que as outras áreas assumidas como metas fossem melhor assimiladas para o seu consequente desenvolvimento. O aluno pôde expressar-se livremente aos olhos do “facilitador”. Este comportamento é referido por Bortolotto (2009), quando diz que quanto mais significativo for o adulto para a criança autista, mais hipóteses terá o adulto de realizar com sucesso as actividades de aprendizagem e de socialização. Por isso, a nossa confiança aumentou nas interacções sociais, sendo responsáveis pelo maior número de actividades concluídas no âmbito do estágio 2 neste mês de Agosto.

Os dados observados e registados conduziram ao estágio 3, um estágio onde as habilidades sociais a desempenhar apresentam maior grau de complexidade face aos estágios anteriores.

O mês de Agosto correspondeu ao meio da aplicação do programa e as tabelas do modelo de desenvolvimento foram sendo aplicadas de acordo com a avaliação que se fez dentro das várias áreas de intervenção. Estabeleceu-se, assim, uma ponte entre o que o aluno já executava e a realidade escolar para que as desigualdades sociais que existiam decorrentes da falta de interacção social fossem esbatidas durante a aplicação do SRP. A redução da distância entre o mundo do aluno e o mundo real foi conseguida através da insistência na atenção compartilhada, tal como se observa no gráfico 8.

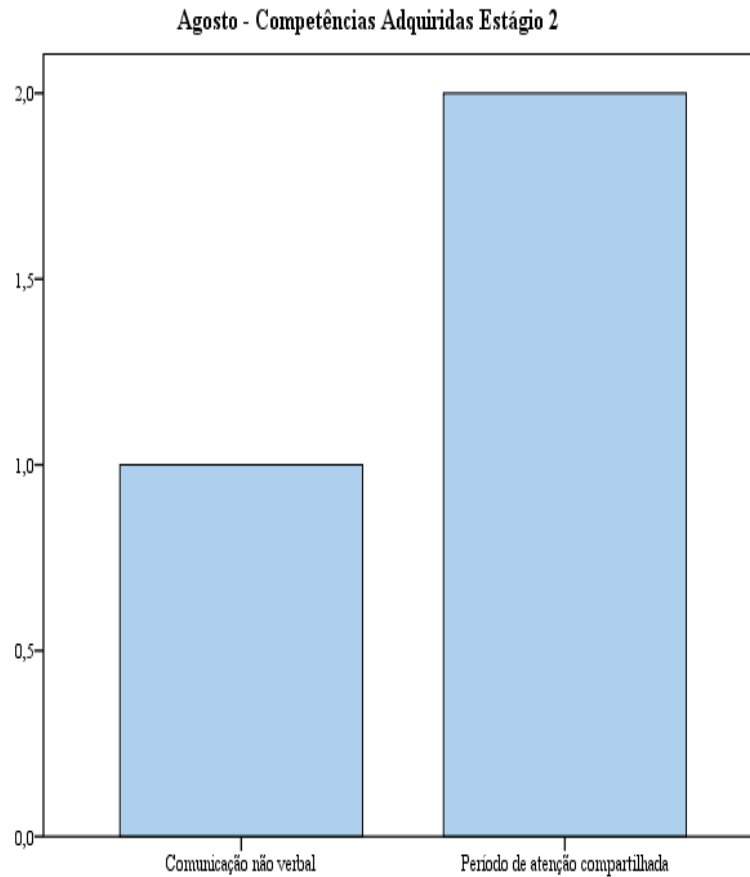


Gráfico 8 – Competências Adquiridas Estágio 2
Agosto

Compartilhar competências funcionais com recurso à imitação foi decisivo nesta altura do programa: o aluno fazia e o adulto repetia os mesmos procedimentos, os mesmos gestos. A imitação é vista como um factor do desenvolvimento da linguagem e de certas competências sociais. Assim, Brown et al (2008), defendem que os professores devem ensinar às crianças competências específicas ao nível da linguagem para que a comunicação verbal se efective. Apesar de não termos conseguido grandes ganhos nesta área, o facto de o aluno passar a emitir sons e repeti-los na mesma entoação do adulto foi considerado um aspecto positivo.

O estágio 3 concretizado neste mês foi a aplicação daquilo a que o SRP chama de “Joining”. O “Joining” é a intervenção que o adulto realiza para esbater os comportamentos repetitivos, os “ismos”. É a aceitação do adulto por parte da criança autista. O aluno desenvolveu competências sociais que lhe facilitaram a autonomia através do período de atenção compartilhada e da flexibilidade. Usando a estratégia da

aceitação e da valorização acerca daquilo que fazia, ofereceu-se ao aluno a motivação que ele precisava para se sentir estimulado.

De certa forma, Hogan e Hogan (2004, *cit. in* Houghton, 2008), referem isso mesmo quando afirmam que é na competência que se deve concentrar toda a atenção. Ou seja, quanto maior for a competência da criança, melhor será a sua atenção para as actividades, acabando por realizá-las de acordo com o seu nível de desenvolvimento. Assim sendo, se se pode colocar o aluno no estágio 3 do modelo de desenvolvimento do SRP é porque nas avaliações realizadas anteriormente o aluno conseguiu superar os parâmetros incluídos nas áreas que foram determinadas como metas a atingir. Depois, a abordagem físico-emocional através dos já citados 3 E's veio reforçar os laços sociais que se foram criando ao longo de todo este processo.

Para o aluno, o maior ganho está na forma como conseguiu nesta primeira fase identificar o seu comportamento de controlo, assumindo a iniciativa sobre as actividades que lhe davam mais prazer e nas quais se sentia seguro e tranquilo. É nesta capacidade de modificar comportamentos que as interacções sociais se tornam mais intensas. Com isso sentimos que o aluno conseguiu, na tranquilidade oferecida no mês de Agosto, adquirir mais competências, sobretudo na abordagem à sanita, baixar as calças e colaborar no subir das calças. Também na higiene houve evolução, pois o aluno já estendia as mãos para as lavar. O grau de execução destas competências está expresso no gráfico 9.

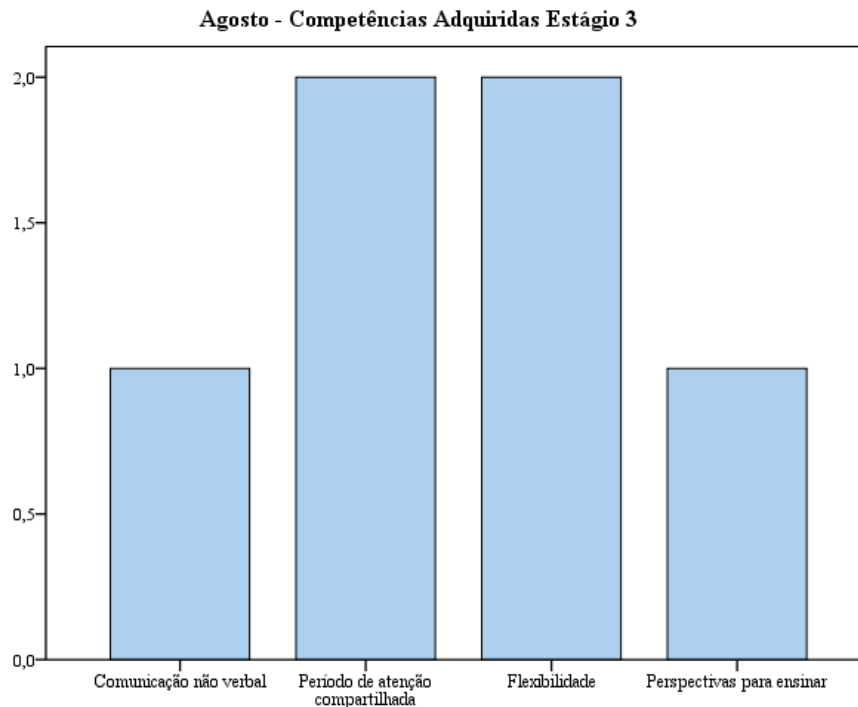


Gráfico 9 – Competências Adquiridas Estágio 3 Agosto

Em Setembro houve a expectativa de tentar perceber como o aluno iria reagir no regresso às rotinas instituídas no ambiente escolar. O período de intervenção em playroom foi substancialmente reduzido por força dos horários estabelecidos dentro da organização escolar determinada pela Direcção Pedagógica. No entanto, o aluno apresentou uma notável evolução nos primeiros três meses, sendo possível desenvolver o trabalho dentro do tempo destinado para o trabalho individualizado.

O gráfico relativo ao mês de Setembro refere-se ao estágio 4, pois já se discutiu nas páginas anteriores o nível de evolução comportamental/social do aluno nos estágios inferiores. Ao atingir o estágio 4, o aluno demonstrou que as bases criadas foram bem alicerçadas desde o seu início. Pareceu-nos que o aluno estava mais disponível para os relacionamentos intrapessoais, pois começou a participar nas actividades conjuntas, de carácter colectivo na sala de aula, como a reunião, a marcação das presenças e os “Bons-dias”.

O estágio 4 já é considerado um patamar exigente no que às habilidades diz respeito. Em Setembro já foi possível observar e avaliar parâmetros deste estágio com a novidade de ter sido incluída uma nova área “Preparação para a inclusão na escola ou

trabalho (PPI) ”. Convém referir que esta nova área de desenvolvimento está especificamente vocacionada para o trabalho que se faz com a criança em ambiente familiar. Optou-se por mantê-la no estudo porque o aluno poderia beneficiar com as actividades propostas nesta área, sobretudo tendo em conta que na Unidade residencial o aluno convive com os restantes jovens da Instituição e seria fundamental treiná-lo para a convivência social em grande grupo.

Tendo em conta o gráfico 10, considerou-se assim que o aluno concretizou as actividades relacionadas com a inclusão. Sobretudo porque as atenções foram direccionadas para este tipo de intervenção, autonomizando tarefas de carácter funcional (despir/vestir casaco; arrumar jogos; tomar leite sozinho, etc.). Desenvolveu regras da sala tais como: sentar-se à mesa para cantar os bons dias; Marcar a presença na sua vez, actualizar o esquema de actividades diárias (Imagens PEC’s); etc., concretizando um dos objectivos delineados para intervencionar neste estudo: articular o SRP com a sala do ensino estruturado.

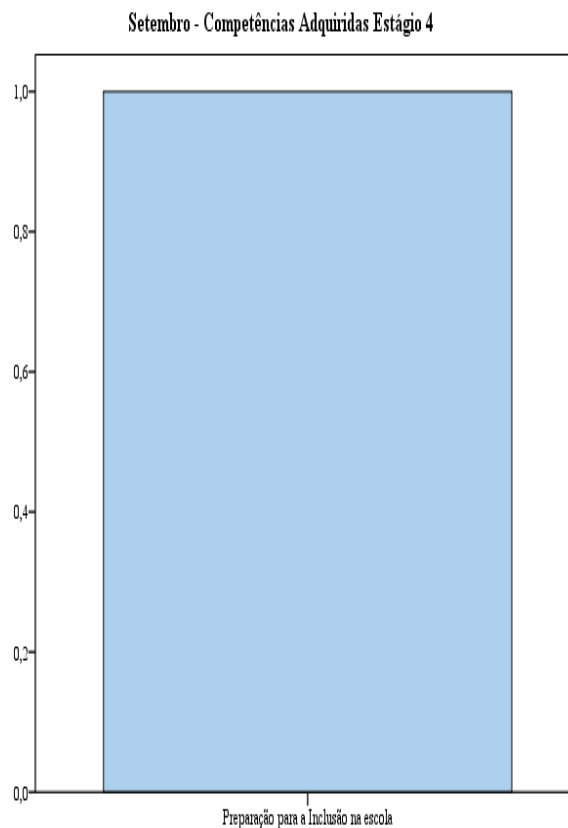


Gráfico 10 – Competências Adquiridas Estágio 4
Setembro

Com a chegada do mês de Outubro, o aluno aperfeiçoou o treino esfinteriano. No que diz respeito ao estágio 4, reforçou-se a incidência nos parâmetros relacionados com o período da atenção compartilhada. Continuou-se com as actividades inscritas no PPI, daí que o aluno tivesse adquirido mais competências nesta área como se observa no gráfico 11.

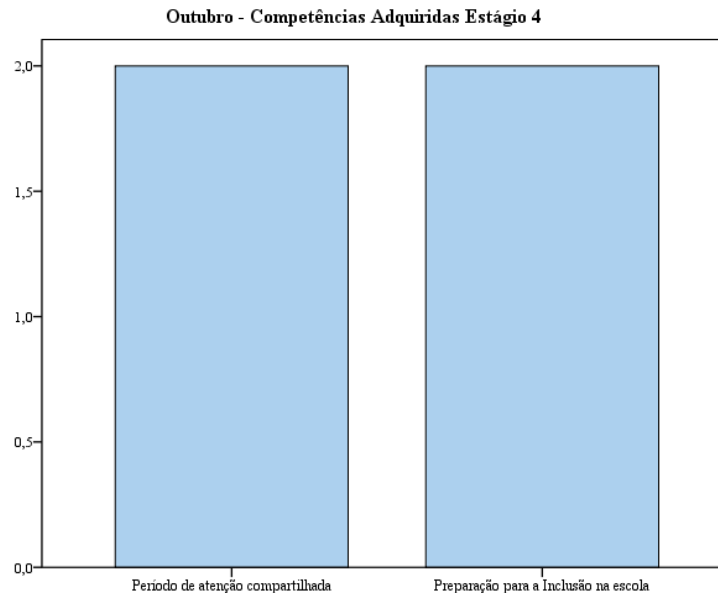


Gráfico 11 – Competências adquiridas Estágio 4 Outubro

A insistência na área “PPI” aconteceu porque percebeu-se que estaria aí um dos pilares fundamentais para a efectiva autonomia fisiológica, pois o aluno necessitava de frequentar diferentes instalações sanitárias para consolidar o processo do controlo de esfíncteres. Nessa medida, estabeleceram-se metas que fomentassem a relação social entre o aluno e o docente.

Levá-lo à casa de banho, cumprindo com os horários das rotinas foi uma das conquistas operacionalizadas neste mês. Privilegiou-se o período de atenção compartilhada neste estágio ao desenvolver diversas actividades de expressão plástica (pintura, desenho, rasgagem). Assim o aluno, detentor do seu controlo, escolheu aquela actividade que lhe dava mais prazer e foi descobrindo novas opções sociais entre os pares participantes nas mesmas actividades (Anexo 11 – Imagem 15). Estas estratégias proporcionaram ao aluno aumentar o seu leque de habilidades sociais e, ao mesmo tempo, alargar o contacto social. O aluno volta a cumprir as actividades propostas na área da preparação para a inclusão por força da sua crescente confiança nas relações sociais. Ao conseguir imitar as expressões faciais do adulto, o aluno demonstrou

interesse no contacto visual, comunicando através das expressões. Esta nova conquista levou o aluno a desenvolver e adquirir competências do estágio 5, como se pode comprovar no gráfico 12.

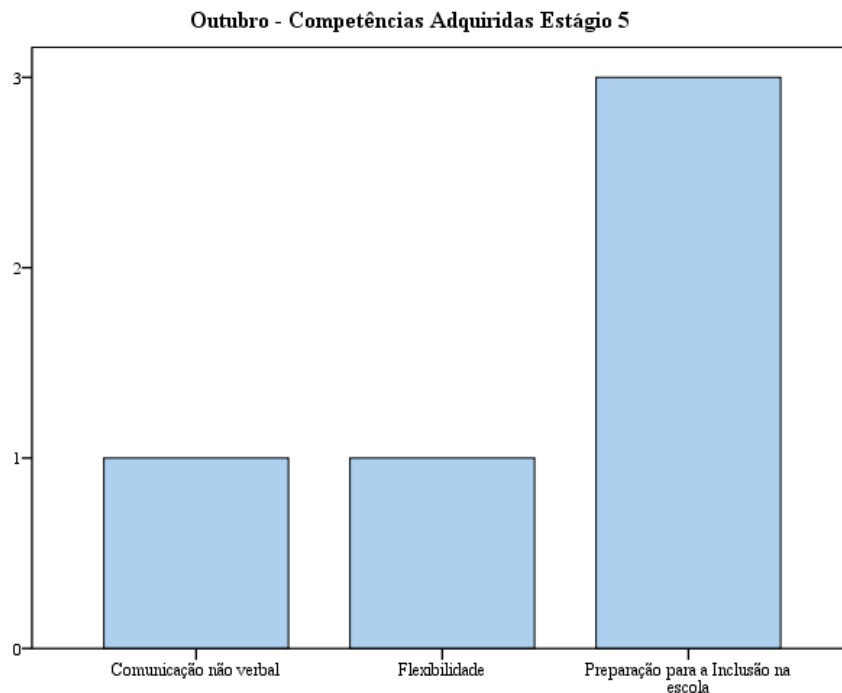


Gráfico 12 – Competências Adquiridas Estágio 5 Outubro

O mais interessante é que o aluno passou a usar o jogo simbólico como um mecanismo de comunicação, adaptando os instrumentos pedagógicos disponíveis numa perspectiva de atingir os seus propósitos. Tamanaha et al (2006), concluíram no seu estudo sobre a relação entre o jogo simbólico e a criança autista, que é muito difícil desenvolver jogos em crianças com esta problemática. Por outro lado, as mesmas autoras referem que o jogo funcional pode ocorrer desde que haja maior interacção entre a criança e o adulto. Através da atenção compartilhada e da flexibilidade demos ao aluno todas as condições para ele se libertar socialmente, ao ponto de poder interagir com recurso aos instrumentos lúdicos disponíveis na sala. Foi o que verificámos quando o aluno procurou os lápis de cor para realizar a actividade de expressão plástica e depois fez dos lápis maquetas para bater na mesa e assim produzir som. Esta atitude espontânea resultou em novas aprendizagens no aluno, refutando a ideia defendida por Nunes (2012) que refere haver ausência do jogo simbólico nas crianças com PEA.

Relativamente ao mês de Novembro, o último mês da aplicação do programa, trouxe as respostas às dúvidas surgidas no início de Junho. O aluno demonstra maior

socialização desde que seja ensinado a tal. Da mesma forma que qualquer criança tem de aprender, também uma criança com PEA pode assimilar conceitos e potenciá-los para proveito próprio. Segundo Silva (2012), uma perturbação não é um obstáculo para uma criança se poder afirmar como um membro interveniente no processo de socialização. Este processo deve ser ajustado às suas capacidades e deve respeitar a diferença como parte integrante. Por isso fomentámos no aluno a motivação necessária para avançar nas competências do estágio 5.

Insistiu-se no reforço da preparação para a inclusão, agregando outras áreas numa articulação que, neste mês, já foi possível realizar. Procurou-se perceber como é que o aluno iria reagir a um manancial de informação, pois a estratificação de actividades sempre favoreceu o seu crescimento social e comportamental. Apostou-se na área da comunicação não-verbal como vector primordial no contacto social. O aluno demonstrou vontade em participar nas actividades cuja iniciativa partiu dele e não do adulto. Serviu como estímulo quando nos apercebemos que ele ia sozinho à sanita sem nenhum adulto por perto. O seu comportamento agressivo recuou significativamente, facto observado nos movimentos que o aluno executou em busca do carinho e da afectividade. Pelos resultados obtidos acreditámos que o aluno ganhou confiança nas brincadeiras e foi aprendendo ao seu ritmo.

Os nossos resultados estão também em consonância com Moyles (2007), quando sublinha que o brincar, o trabalhar com jogos, é uma das maneiras das crianças aprenderem, inclusive as ditas “diferentes”, referindo ainda que as principais funções da escola é possibilitar a aprendizagem e a socialização. E fazê-lo de forma gratuita através da brincadeira é muito mais vantajosa do que tentar ensinar a uma criança com PEA as regras “rígidas” tradicionais do aluno sentado a escutar o que o professor transmite. E o ensinar a brincar fez com que o aluno adquirisse mais competências, tal como se observa no gráfico 13.

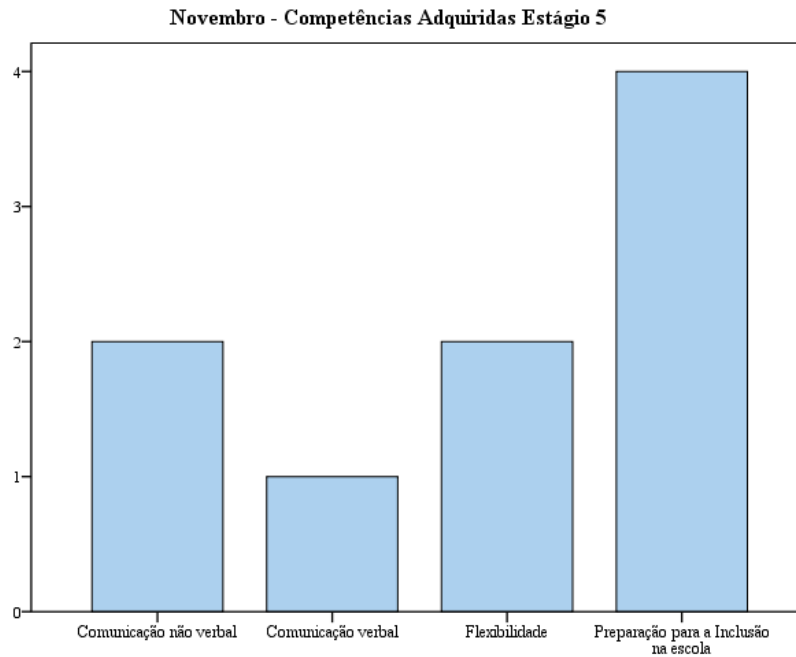


Gráfico13 – Competências Adquiridas Estágio 5
Novembro

O registo da aplicação do programa ficou concluído com a observação e avaliação das tabelas do modelo de desenvolvimento do SRP com as competências adquiridas pelo aluno no estágio 5 do mês de Novembro. As actividades desenvolvidas foram direccionadas para a criação de um ambiente educativo favorável, tais como imitação de sons, interacção vocabular e iniciativa, indo ao encontro do que Chazan e Laing (*cit.in* Moyles, 2007) referiram ao afirmar que a maturidade social passa por desencadear um estilo de lidar com a frustração, aprendendo a partilhar e a participar. Tudo foi conseguido porque fomos percebendo o aluno ao longo do programa, pois como nos diz Silva (2012), se é nosso objectivo compreender e ajudar uma criança autista devemos interiorizar a ideia de que somos parte deste ambiente no qual esta criança tem que viver e crescer e, também, entender o seu comportamento, o seu desempenho, as suas habilidades e incapacidades em relação ao que é sempre perfeito nela e a vivência da sua própria personalidade.

Em seguida apresentamos o quadro geral das metas do modelo de desenvolvimento do SRP e que não são mais do que os objectivos que colocámos ao aluno. Para melhor se perceber como o aluno do nosso estudo aumentou as suas habilidades sociais quando intervencionado de acordo com o modelo de desenvolvimento do SRP, o gráfico 14 oferece-nos uma visualização global,

comparando a evolução entre a fase inicial (estágio 1) e as competências adquiridas na fase final (estágio 5).

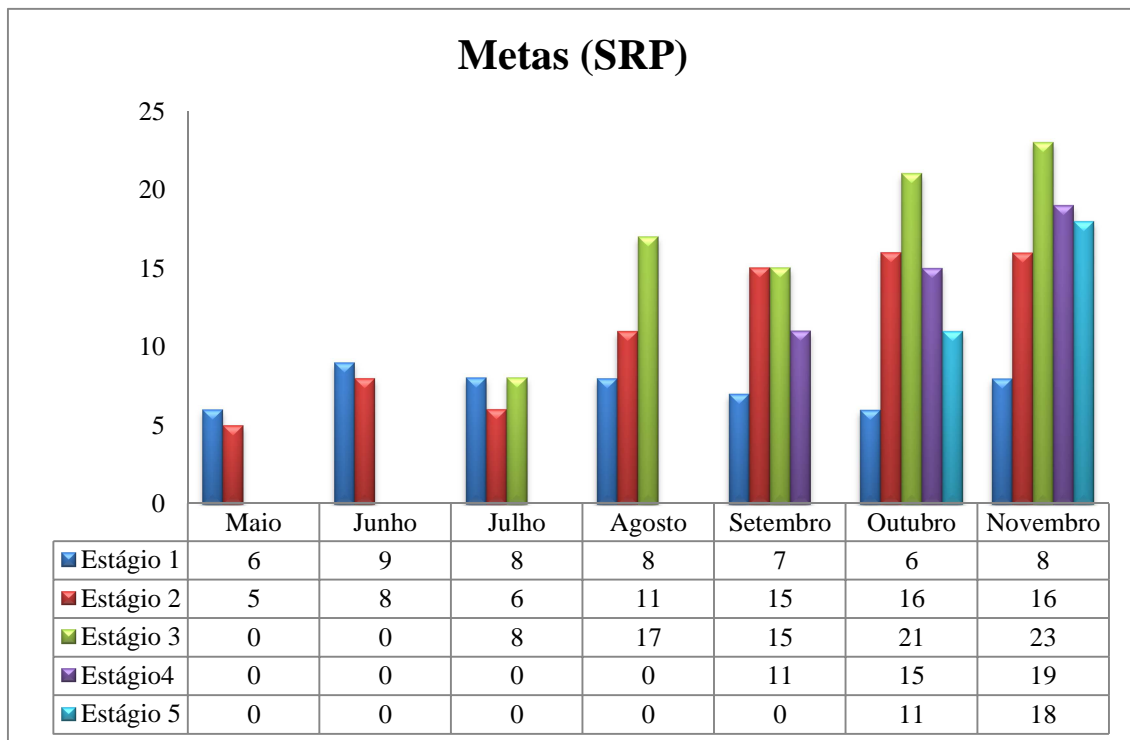


Gráfico 14 – Evolução geral do aluno nas Metas nos estágios do SRP

Como se pode verificar, as Metas estabelecidas para o aluno aumentaram com o decorrer da aplicação do programa em todos os estágios do modelo de desenvolvimento do SRP. As Metas do SRP são actividades incluídas nos fundamentos: Comunicação Não-verbal; Comunicação Verbal; Atenção Compartilhada; Flexibilidade; Perspectivas para ensinar e Preparação para a Inclusão e encontram-se em anexo (anexos 4,5,6,7 e 8).

Pode-se atestar que o aluno teve mais metas propostas na segunda metade do programa devido ao trabalho realizado no mês de Agosto. De referir ainda que a evolução teve como consequência directa a introdução de actividades nos estágios 4 e 5 a partir do mês de Setembro. Uma vez que as metas foram aumentando com o decorrer da aplicação do programa, as áreas em desenvolvimento também sofreram um incremento, tal como se pode observar no gráfico 15.

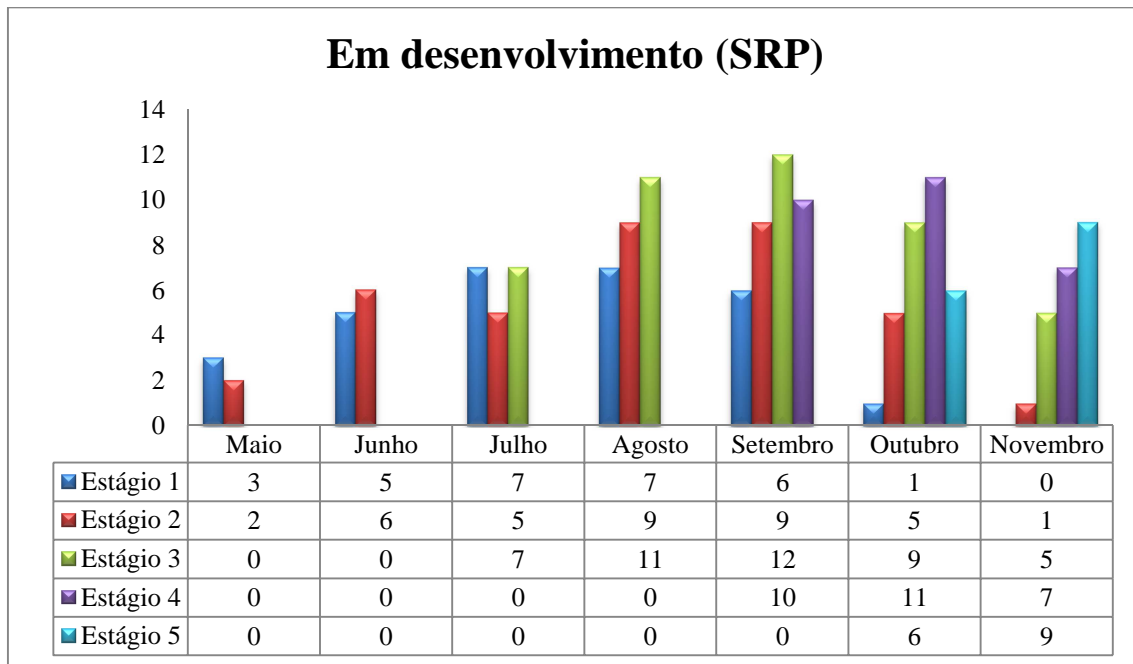


Gráfico 15 – Evolução geral do aluno nas actividades em desenvolvimento nos estágios do SRP

Decorrente das Metas aplicadas, o aluno absorveu as actividades propostas como se de um desafio se tratasse, desenvolvendo competências nestas áreas. Como se pode verificar, os valores apresentados nos meses de Agosto e Setembro confirmam a ideia de que o modelo de desenvolvimento do SRP é dinâmico e flexível. Os resultados indicam que o aluno fortaleceu as suas habilidades sociais, ganhando assim mais autoconfiança. A passagem para estágios superiores permitiu que o aluno adquirisse mais competência social e funcional. Pode-se verificar que os estágios 1, 2 e 3 apresentam menos actividades em desenvolvimento nos meses de Outubro e Novembro, facto talvez explicado pela aquisição de mais competências sociais no estágio 3 e que levou o aluno a desenvolver actividades nos estágios 4 e 5.

Assim sendo, o aluno adquiriu competências nas áreas propostas pelo modelo de desenvolvimento ao longo de todo o programa com destaque para os dois últimos meses (Outubro e Novembro). Primeiro porque o aluno identificou-se com as actividades e foi adquirindo maior confiança. Pareceu-nos também que a interacção social com os adultos fortaleceu os laços afectivos, levando a que o aluno conquistasse mais competências sociais no final do estudo. Referência para os valores observados no

estágio 3, possivelmente justificados pelo maior volume de actividades introduzidas nos meses anteriores (gráfico 16).

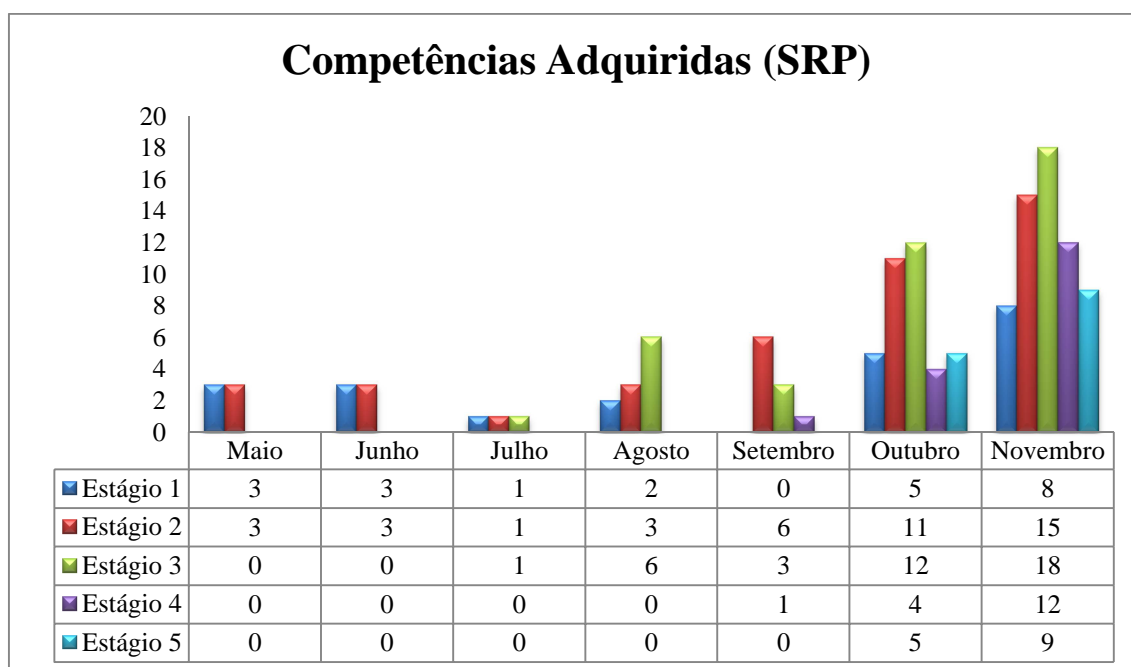


Gráfico 16 – Evolução geral do aluno nas competências adquiridas nos estágios do SRP

Estes valores foram encontrados após as observações e registo dos comportamentos do aluno face às actividades desenvolvidas em cada um dos estágios ao longo da aplicação do programa. As tabelas do modelo de desenvolvimento do SRP obedecem a critérios definidos pelos seus autores. Beckwith e Cohen (1992 *cit. in* Houghton, 2008), acreditam que o aparecimento de um interesse voluntário e natural dentro do mundo social só acontece quando se aplica o modelo responsivo de interacção. Foi esta estratégia que norteou a nossa actuação, pois adoptando uma atitude responsiva fomos ganhando espaço no mundo do aluno, pois mostrando disponibilidade para os jogos do aluno fomos permitindo a interacção social.

A afirmação anterior parece-nos válida na medida em que se o adulto participar nas interacções da criança estará a dotá-la de competências individuais e torná-la crítica das suas acções. Estes resultados vão ao encontro daqueles apurados por Zachor et al (2010, *cit. in* Garcia, 2013), que no seu estudo com crianças com PEA, tentaram descortinar qual a relação existente entre a capacidade de imitação e as características

da perturbação. Os autores concluíram que o aspecto da sócio comunicação correlacionava-se, significativamente, com a performance nas tarefas de imitação. Quando o domínio social e da comunicação apresentam problemas, a capacidade de imitação estará comprometida. Implementando uma carga fortemente social pretendeu-se reforçar a imitação como vector fundamental do desenvolvimento cognitivo do aluno.

Friga (2012), refere também que a imitação passa por agrupar pares que possam ter os mesmos interesses que a criança autista. Assim, a criança percebe que o que faz também é do agrado de outros colegas. No nosso estudo, somente na parte final da aplicação do programa é que introduzimos os pares no jogo social, pois foi nessa altura que nos apercebemos da disponibilidade do aluno em alargar o seu ciclo social. Durante o período de observação assumimos os mesmos interesses do aluno, manifestando aceitação em todos os seus movimentos na sala.

Por sua vez, Houghton et al (2013), avançaram com um estudo envolvendo seis crianças com idades entre os 47 e os 78 meses (entre os 4 e os 6 anos e meio), com a particularidade de as submeterem ao SRP, envolvendo os pais neste processo. O que chamou a atenção foi o facto de o estudo ter tido a duração de apenas 5 dias em treino intensivo de 40 horas semanais e cujo objectivo passou por testar as competências verbais e sociais das crianças. Os autores chegaram à conclusão de que o treino intensivo dos pais resultou num aumento significativo nos comportamentos comunicativos sociais das crianças envolvidas no estudo.

No nosso estudo foi-se mais longe ao aumentar o tempo de aplicação do modelo de desenvolvimento do SRP e alargando as áreas a estudar, pois não se limitou apenas à comunicação verbal e à interacção social. Primeiro porque o aluno em estudo estava no estágio 1, uma fase muito primária da avaliação do SRP. Depois porque ao aplicar o SRP em ambiente escolar, com outros pares, assumiu-se o risco de intervencionar não num ambiente isolado (o SRP utiliza o playroom), mas em ambiente inclusivo. Aplicando o modelo de desenvolvimento do SRP na sala do ensino estruturado procurou-se entender de que forma o SRP poderia ser utilizado. Se como teoria pedagógica principal se como teoria complementar. Nesta sequência Friga (2012), afirma também que é necessário que a criança entenda primeiro o significado do ensino estruturado para depois passar para as habilidades sociais.

Os resultados obtidos nos diferentes estágios são o resultado da interação responsiva, que permite ao adulto/professor entrar nas actividades iniciadas pelo aluno substituindo assim o papel que tradicionalmente está reservado aos pais numa óptica familiar do SRP.

Os nossos resultados remetem-nos também para os estudos de Siller e Sigman (2002, cit. *in* Houghton, 2008), quando referem que a atitude responsiva das mães de filhos autistas foi responsável pelo sucesso nos níveis de comunicação nas idades de 1, 10 e 12 anos. O nosso caso em estudo insere-se na idade apresentada por estes autores uma vez que o aluno tem 10 anos à data do início deste estudo, idade estimada para estabelecer regras de comunicação e socialização.

Kaufman e Kaufman (1976) referem que o SRP assume como desejável um treino intensivo de 3 anos com periodicidade semanal de 40h em ambiente doméstico para se obterem resultados extremamente positivos na reversão do autismo.

Houghton (2008), vai mais longe ao referir-se ao SRP como uma terapia que não se confina a uma sala de aula e neste estudo seguimos esta linha de intervenção, verificando-se que é possível articular o trabalho familiar com o trabalho em ambiente educativo.

Noutro estudo sobre esta temática, desenvolvido por Houghton et al (2012), 12 crianças foram submetidas ao SPR de forma intensiva 8h por dia durante 5 dias em que os facilitadores recebiam as crianças durante 2h, cada qual no seu playroom. As crianças beneficiadas com o SRP desenvolveram mais competências sociais.

Apesar de termos trabalhado menos tempo com o aluno, partiu-se das experiências em contexto escolar para expandir estratégias para o meio exterior. Estes resultados contribuem decididamente para a divulgação do SRP junto da comunidade educativa, potenciando-o como mais um método a juntar a outros.

Para responder ao segundo objectivo deste estudo “Compreender se a aplicação do SRP melhora as áreas do controlo de esfíncteres num aluno de 10 anos com perturbação do espectro do autismo a frequentar uma sala de ensino estruturado”, e não existindo referências específicas em estudos anteriores, decidiu-se por uma tabela de observação do controlo de esfíncteres da equipa multidisciplinar do Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família (CRPSF), cujos resultados passamos a apresentar no gráfico seguinte:

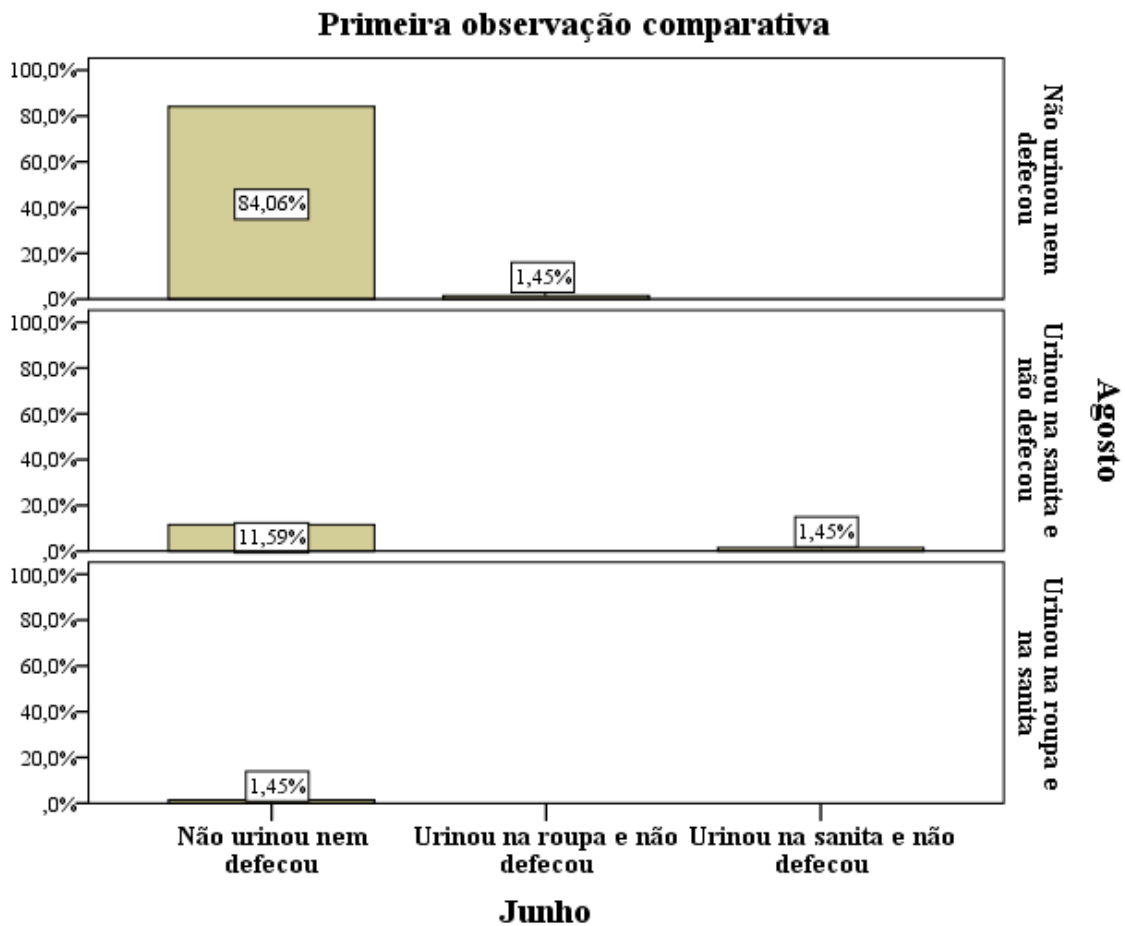


Gráfico 17 – Primeira Análise comparativa

Verifica-se no gráfico 17 a evolução que o aluno apresenta entre os meses de Junho a Agosto. Como se pode observar, fez-se uma comparação entre o início e o meio da aplicação do programa, ou seja, confrontou-se o mês de Junho com o mês de Agosto nas

variáveis observadas. No que diz respeito ao vector **“não urinou nem defecou”**, pode-se constatar que em Junho a percentagem foi de 91,7% (84,06+11,59+1,45), restando a mesma percentagem de 1,45% para as outras duas actividades **“urinou na roupa e não defecou”** e **“urinou na sanita e não defecou”**.

Por outro lado, se se observar o mês de Agosto já se pode constatar uma evolução na actividade **“urinou na sanita e não defecou”** que registou uma percentagem de 13,04% contrapondo os 1,45% de Junho. Este valor fez com que o item **“não urinou nem defecou”** baixasse na sua percentagem em Agosto, situando-se nos 85,5% face aos 91,7% de Junho. Os resultados desta primeira análise comparativa são justificados pela forma como o aluno foi interiorizando as competências e rotinas fisiológicas através da sua própria motivação.

Para aprofundar esta análise e para que melhor se interprete o trabalho diário efectuado, apresentam-se os gráficos 18, 19 e 20, com os resultados obtidos nos meses de Junho, Julho e Agosto



Gráfico 18 – Mês de Junho

O primeiro mês do treino esfinteriano (Junho), revelou-se pouco produtivo pois o aluno demonstrou algum desconforto devido à rotina instituída. Esta estratégia de levar à casa de banho com maior frequência levou a que o aluno retivesse urina durante o período de aulas, facto expresso nos 93,46% em que não urinou nem defecou na sanita. E os dados são tão relevantes que houve uma percentagem de 5,88% em que urinou na roupa. Podemos talvez interpretar estes dados de Junho como indicadores de alguma “pressão” exercida sobre o aluno e que o levaram a reter urina no treino, mas a urinar na roupa em momento de descontração. A percentagem de 0,65% em que o aluno acabou por urinar na sanita reflectiu-se numa vitória, pois vivenciou um sentimento nunca antes vivido: urinar na sanita. Tal resultado deve-se também em parte à mudança efectuada na frequência das idas à casa de banho. Ao apercebermo-nos que o aluno tinha alguma resistência em efectuar o treino esfinteriano, alterou-se a frequência para intervalos de 30 minutos, passando a frequentar a casa de banho 8 vezes durante o período de aulas.

Comportamento durante o mês

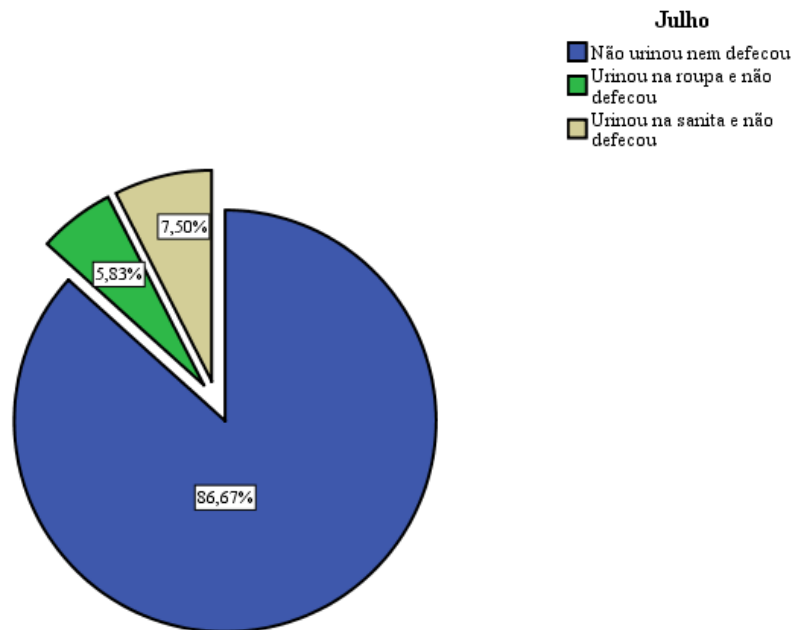


Gráfico 19 – Mês de Julho

No mês de Julho manteve-se uma percentagem elevada de retenção de fezes e urina. Com efeito, 86,67% das vezes o aluno não urinou nem defecou, mas nota-se um decréscimo em relação ao mês anterior em parte talvez devido ao aumento da

percentagem de sucesso registada nas vezes em que o aluno urinou na sanita. Ao urinar na sanita em 7,50% das vezes em que foi à casa de banho resulta numa evolução notória (Anexo 10 – Imagem 11). Quanto aos “acidentes” na roupa, a percentagem neste mês não diferiu muito daquela que se registou em Junho, mantendo os mesmos 5,83%.

Estes valores podem estar associados ao aumento das rotinas de ida à casa de banho. Como o treino esfinteriano também se realizou na Unidade residencial no período da tarde com o auxílio da Assistente Operacional que estava identificada com o trabalho, o aluno começou a assumir a ida à casa de banho como um processo natural de convivência social. Pôs-se em prática os princípios do SRP onde a criança avança ao seu ritmo e de acordo com as suas necessidades. Aragón (2007) refere que a criança necessita de 4 elementos básicos para poder desenvolver a noção temporal: noção de velocidade – adaptação a um ritmo exterior e distinção de velocidades; noção de duração – associação da duração à emissão do som; noção de continuidade e irreversibilidade; noção de intervalo. Implementaram-se estes elementos básicos e neste mês o aluno já demonstrou vontade em ir à casa de banho.

Este comportamento poderá ter funcionado como uma novidade, pois o aluno nunca tomava a iniciativa sobre qualquer actividade. Esta iniciativa foi determinante, mesmo que significasse apenas a vontade em puxar o autoclismo e observar a água a descer pela sanita (Anexo 10 – Imagem 12). Outra razão para os valores apresentados pode ser relacionada pelo facto de na segunda quinzena deste mês ter terminado a escola e o aluno apenas a frequentou por força do estudo e para que não se perdesse o ritmo das rotinas entretanto consolidadas.



Gráfico 20 – Mês de Agosto

No que diz respeito ao mês de Agosto, ressalva-se aqui a intermitência do treino devido ao facto do aluno ter ido de férias em semanas alternadas. Por isso, o trabalho de observação foi condicionado. No entanto, retiraram-se dados importantes desta situação, pois os pais foram sensibilizados para realizarem o treino também em casa durante todos os dias e não ao fim de semana como era habitual no período de aulas.

Quanto aos dados apurados há um que se evidencia: o aumento de vezes em que o aluno urinou na sanita. Em 13,89% das vezes, o aluno urinou na sanita e este valor poderá estar associado à mudança de estratégia de interacção, uma vez que foi neste mês que se mudou a estratégia de interacção social. Após um período de quase três meses a trabalhar o treino esfinteriano com recurso a fichas e imagens, neste mês de Agosto optou-se por concretizar o processo de urinar. O aluno observava o adulto a urinar na sanita e, gradualmente, entrou num processo de imitação. No que diz respeito à retenção, a percentagem voltou a baixar: dos 86,6% obtidos no mês de Julho para 84,7% correspondente ao mês de Agosto. São valores que não tiveram expressão na medida em que a tranquilidade da escola não trouxe oscilações comportamentais no aluno. Apesar do trabalho em contexto de sala, parece-nos que o aluno poderá ter sentido a falta da convivência social e a pressão que daí advinha, mesmo quando tinha

de ir à casa de banho. Mesmo assim ainda se registou uma percentagem reduzida em que o aluno urinou na sanita e na roupa quase em simultâneo: 1,39%.

Findo o mês de Agosto, iniciou-se a segunda parte do programa cujos resultados estão expressos na segunda análise comparativa que reuniu observações de Agosto a Novembro. O gráfico 21 apresenta-nos já valores díspares que determinam a evolução do aluno na segunda metade do estudo.

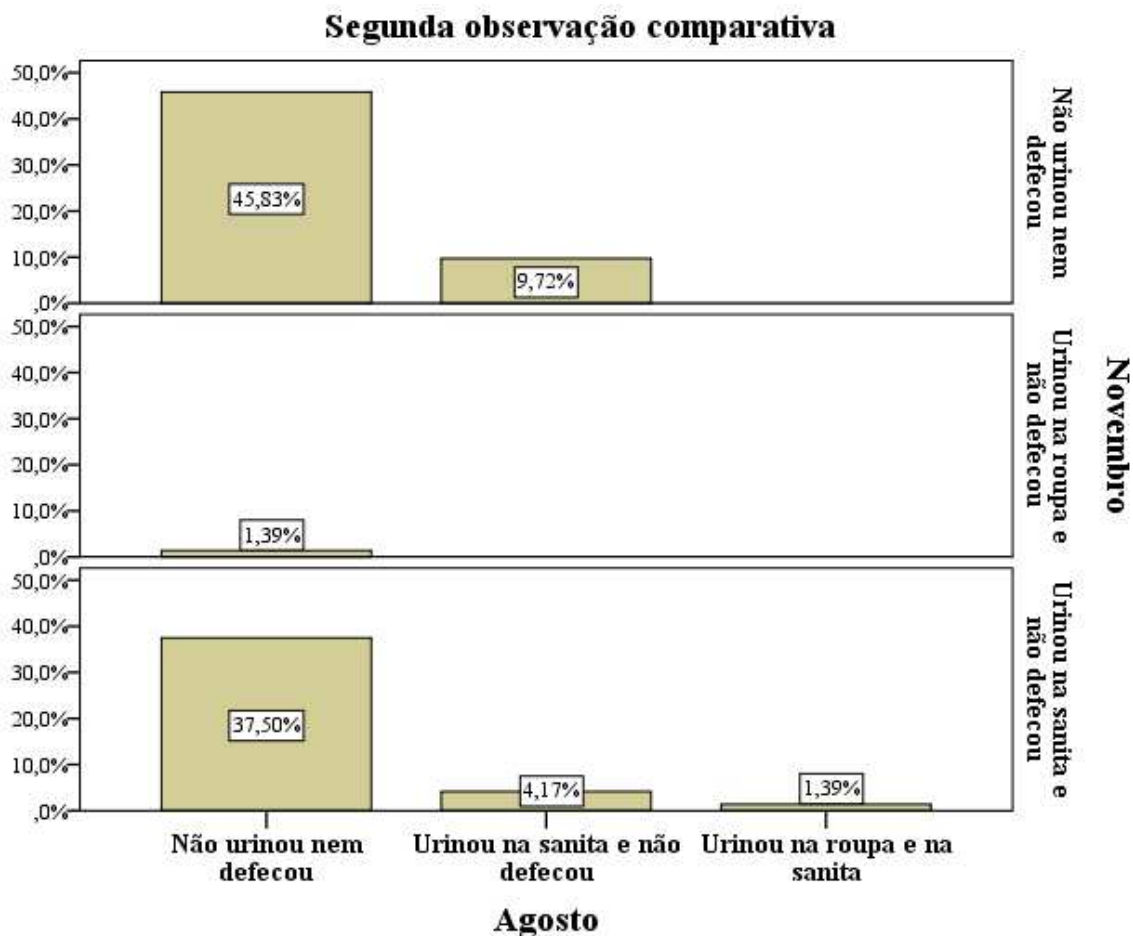


Gráfico 21 – Segunda Análise comparativa

Nesta segunda análise comparativa, destacam-se os valores apurados na actividade “**urinou na sanita e não defecou**” do mês de Novembro. Efectivamente, ao alcançar 43,06% (37,50%+4,17%+1,39%) neste mês contra os 13,89% (4,17%+9,72%) de Agosto, o aluno provou que o trabalho efectuado na segunda metade do Estudo acabou por dar resultados significativos. Por sua vez, nas idas à casa de banho sem qualquer tipo de actividade expressas no item “**não urinou nem defecou**” o aluno

alcançou em Novembro a percentagem de 55,55%, enquanto os valores de Agosto rondaram os 84,7%, expressivamente mais altos.

Da mesma forma como foi feito na primeira análise comparativa, também agora se irá apresentar os gráficos 22, 23 e 24, relativos aos meses de Setembro, Outubro e Novembro para uma melhor compreensão.



Gráfico 22 – Mês de Setembro

O mês de Setembro significou o regresso às aulas. Apesar do contacto durante as férias, com rotinas pré-estabelecidas, o retomar do esquema de sala funcionaria como uma readaptação a tempos de escola, estruturas nas actividades e convivência social. Por isso, o aluno teve um período de consciência lógica ao nível dos espaços, pois pretendeu-se que o aluno voltasse gradualmente a experimentar os instrumentos sanitários escolares sem prejuízo do que já havia sido feito.

Como se pode observar no gráfico 22, correspondente ao mês de Setembro há um novo valor com o aluno a defecar na roupa (0,84%), em parte devido a um problema fecal (diarreia). Continua-se a assistir a uma diminuição na percentagem de vezes em que o aluno vai à sanita e não urinou nem defecou. Esta situação leva a pensar que as

férias não provocaram alterações significativas no comportamento fisiológico do aluno. Os 80,67% registados significam evolução na concretização dos objectivos propostos e levam a perceberem um bom treino esfinteriano em casa dos pais. No plano inverso, é possível constatar um aumento gradual das vezes em que o aluno urinou na sanita (15,13%).

Estes resultados podem dever-se ao aumento da empatia social criada entre o aluno e os adultos da sala, valorizada pela confiança mútua demonstrada em todo o processo. Neste mês abandonou-se em definitivo as fichas e as imagens utilizadas na fase inicial do estudo para utilizar exclusivamente o processo fisiológico concreto. O aluno, talvez mais consciente do seu corpo, ganhou mais confiança no acto urinário como garante da sua autonomia. A satisfação demonstrada pelo aluno é manifestada pelo sorriso após realizar a tarefa com sucesso. O passo seguinte passava por estimular o aluno a ir à casa de banho sempre que precisasse e sem ajuda do adulto. Contudo, houve cuidado nessa abordagem por forma a não criar ansiedade no aluno. Os avanços e recuos no treino esfinteriano são frequentes nas crianças em geral, mas nas crianças com PEA o recuo no processo pode ser entendido como um fracasso e haver um bloqueio na evolução e nas conquistas adquiridas. Fernandes e Merletti (2013), entendem que deverá haver muita paciência por parte do adulto na actividade do controlo de esfíncteres, pois é importante respeitar o tempo de permanência da criança na casa de banho.

De qualquer das formas, introduziram-se novas competências funcionais adequadas à actividade. Segundo Falcão (2012), a sequência básica para o treino esfinteriano passa por: conduzir a criança à casa de banho; baixar as calças; baixar a cueca; aproximar-se da sanita; urinar; vestir a roupa novamente; lavar as mãos; secar as mãos; deixar a casa de banho. Foi um mês de muitas aprendizagens, de assimilação de comportamentos mais autónomos e que seriam determinantes no restante período do estudo, sobretudo no mês de Outubro onde os valores registados indicam uma evolução positiva, tal como se pode observar no gráfico 23.



Gráfico 23 – Mês de Outubro

O mês de Outubro decorreu dentro da normalidade em termos comportamentais. Assiste-se aqui à obtenção de dados progressivos e este mês surge como consequência natural do trabalho desenvolvido no treino esfinteriano.

A variação das percentagens estão interligadas, já que baixa nas vezes em que o aluno vai à casa de banho e não efectuou qualquer acto urinário nem fecal e aumenta nas vezes em que urinou na sanita. Apesar de a percentagem de sucesso ser ainda pouco expressiva (19,64%), é um valor a sublinhar tendo em conta o período de tempo do estudo e, consequentemente, a intensidade de treino esfinteriano por parte do aluno. A percentagem de vezes em que o aluno foi à casa de banho e não urinou nem defecou vai baixando de forma gradual (74,40% contra 80,67% do mês anterior). Este valor apurado pode-se explicar pela mudança de intervenção na rotina responsável pelas idas à casa de banho.

Foi experimentado um novo conceito e que passou por levar o aluno à casa de banho na Unidade residencial após o pequeno-almoço, uma vez que a fralda nocturna mantinha-se seca quando o aluno acordava. Pode-se inferir que o aluno já era capaz de aguentar a noite sem urinar. Perante isso, no final de Outubro aumentou-se o intervalo

de idas à casa de banho na escola. Abandonou-se a frequência de 8 vezes (de meia em meia hora) para apenas as vezes necessárias de acordo com a vontade do aluno, pois evidenciou comportamentos a exigir a ida à casa de banho (mexer nos órgãos genitais com frequência, puxar pelo braço do adulto e levá-lo à sanita, soprar e saltar junto à porta da casa de banho).

Por isso, justifica-se a percentagem registada das vezes em que o aluno urinou na roupa (4,17%), porque muitas das vezes os sinais não eram tão perceptíveis aos olhos do adulto. Da mesma forma, pode-se atribuir a percentagem das vezes em que defecou na roupa (1,79%) à liberdade que foi concedida na hora de ir à casa de banho. Outro aspecto que poderá justificar os valores apurados neste mês poderá ter por base o número de vezes em que o aluno fez natação. Estes resultados estão de acordo com Tsutsumi (2004 *cit. in* Schuink, Gabriel e Júnior, 2010), quando diz que todos os exercícios realizados em ambiente aquático favorecem o desenvolvimento cognitivo, afectivo, emocional e social, ao mesmo tempo que se revela um excelente meio de execução motora, permitindo o desenvolvimento global da criança, portadora de deficiência. Às terças-feiras e quintas-feiras (dias de natação), o aluno urinou na sanita mais vezes do que habitual e aconteceu o mesmo na roupa.

No gráfico 24, podemos observar os resultados correspondentes ao mês de Novembro.

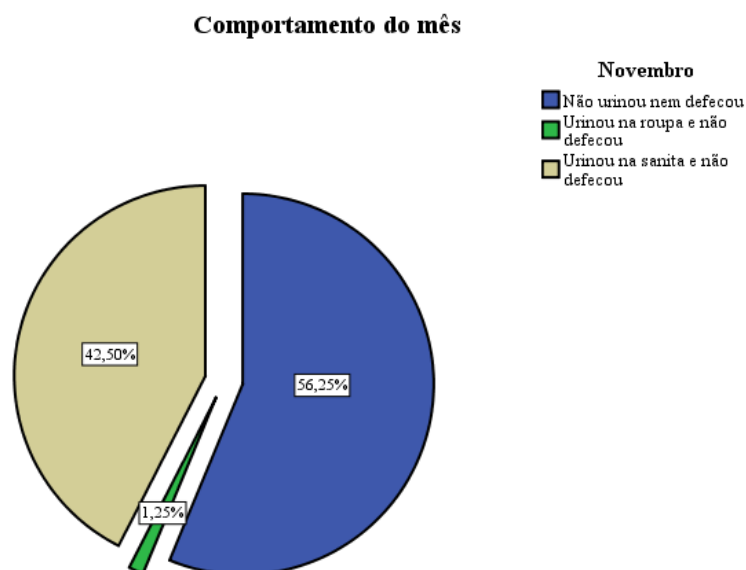


Gráfico 24 – Mês de Novembro

O mês de Novembro significou o fim prático do Estudo de Caso, se bem que o apoio ao aluno prosseguiu em ambiente escolar, sobretudo na aquisição de novas competências decorrentes da autonomia social evidenciada. Ao longo dos cinco meses anteriores procurou-se incentivar o aluno a ser mais autónomo, participativo socialmente e dinâmico nas suas acções. O controlo de esfíncteres surgiu como uma necessidade e não como uma obsessão.

Face ao diagnóstico do aluno, se se conseguisse através do SRP fomentar a sua autonomia fisiológica, dar-se-iam passos importantes para o seu futuro. E para uma criança/jovem com PEA ter comportamentos sociais aceitáveis é sinónimo de integração na sociedade, reduzindo assim de sobremaneira a ansiedade da família. Wolff (2011), refere isso mesmo ao afirmar que a inclusão e socialização da criança autista pode muito bem acontecer, necessita que seja estimulada, compreendida, respeitada e, principalmente, que esteja inserida efectivamente no ambiente escolar. Porque é no meio da interacção social com outras crianças que relações sociais serão facilmente ampliadas, e assim, ainda que ela tenha severas dificuldades cognitivas, beneficiará do meio em que convive. A escola pode ser um bom veículo social para estas crianças Pimentel (2013). Segundo esta autora, os pais de crianças com PEA inquiridos no seu estudo revelaram satisfação por colocar os seus filhos na escola.

Reportando-nos aos nossos resultados atingidos no mês de Novembro, verificou-se evolução e autonomia do aluno ao nível urinário. Ao conseguir 42,50% nas vezes em que urinou na sanita, aproximou-se repentinamente do valor equitativo em relação às vezes em que foi à casa de banho e não urinou nem defecou (56,25%). É com satisfação que se regista um aumento em dobro na percentagem de sucesso do aluno na hora de urinar na sanita. O aluno parece ter assimilado os processos de forma progressiva, orientando a sua atenção para a relação pessoal com os adultos. A entoação usada em todo o processo revolucionou os comportamentos e as relações do aluno.

Nesta linha de análise e tendo por base os nossos resultados, Klin (1991; 1992) Osterling e Dawson (1994); Werner et al, 2000 (*cit. in* Houghton, 2008) afirmam que as crianças autistas demonstram não responder à voz humana da mesma forma que as

crianças típicas o fazem. Por isso, o melhor é estabelecer uma comunicação afectuosa, de incentivo, de motivação na busca de capacidades funcionais que levem a relativa autonomia do indivíduo com PEA. Apesar do aluno nunca ter utilizado a comunicação verbal, isso não foi obstáculo nas relações interpessoais. O contacto visual e a comunicação não-verbal foram suficientes nesta fase para o alcançar os objectivos propostos.

Tendo em conta os nossos resultados, parece-nos importante referir as estratégias que o Centro Americano de Tratamento do Autismo oferece, pois acabaram por ser fundamentais nos momentos críticos vivenciados ao longo da aplicação deste treino. Tal como nos refere Sanefuji (2013), a participação dos cuidadores podem ser determinantes na intervenção numa criança com PEA. Estes cuidadores são apelidados de *facilitadores* porque são eles que facilitam a relação social.

Mahoney e Perale (2005 *cit. in* Ferreira e Schmidt, 2011), também entendem que a criança é influenciada positivamente na sua afectividade sempre que adopta um comportamento de aceitação perante os facilitadores. Com isso aumenta também os níveis de desenvolvimento da linguagem, competência social, atenção compartilhada e auto-regulação. Por outro lado, Trevarthen e Aitken (2001 *cit. in* Ferreira e Schmidt, 2011), referem que as actividades desenvolvidas entre a criança autista e os facilitadores podem ser encaradas como uma ponte nos instantes de isolamento da criança.

Assumindo a ponte, como referem os autores anteriormente mencionados, o aluno começou a apresentar comportamentos socializantes, tanto mais que a brincadeira estabelecida proporcionou-lhe uma participação social mais activa junto dos pares e adultos da escola.

O trabalho prático do estudo serviu para corroborar que a aplicação do SRP em ambiente escolar é possível, desde que direccionado para um objectivo concreto como foi o caso do controlo dos esfíncteres. Pode-se comprovar igualmente no gráfico 25, a afirmação feita, quando somos levados a comparar os dados do início do Estudo e os dados apurados no final do Estudo.

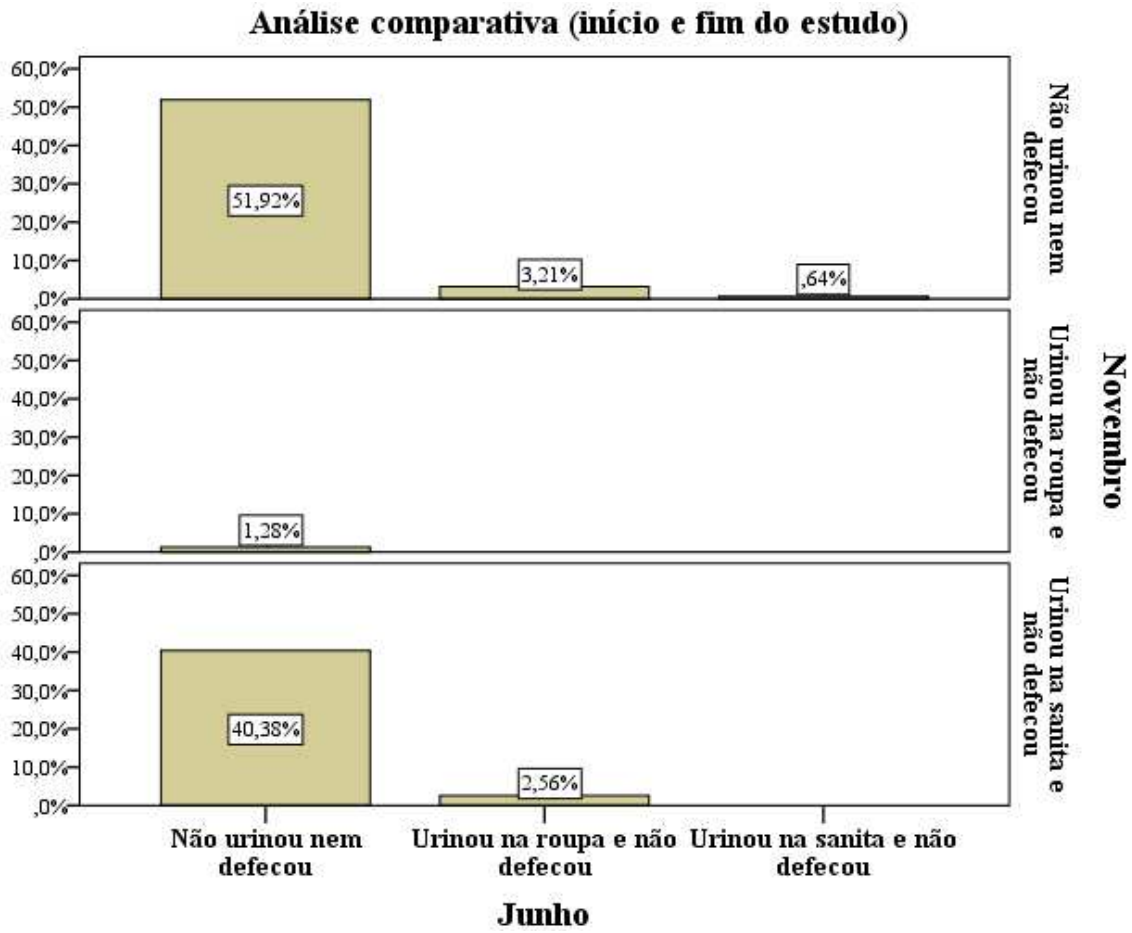


Gráfico 25 – Análise comparativa final

Apresentando os resultados do controlo de esfíncteres, pode-se verificar nesta análise comparativa do início e fim do estudo que o aluno evoluiu no treino do controlo esfinteriano. Isto porque adquiriu maiores competências sociais alicerçadas em comportamentos funcionais decorrentes do treino ao longo dos seis meses. Com efeito, o aluno conclui o programa estabelecido com uma percentagem de urinar na sanita a rondar os 42%, valor alto quando comparado com o mês de Junho em que apenas atingiu 1%. Até mesmo na actividade “**urinou na roupa e não defecou**” observa-se uma descida desde o início do estudo até ao seu final, quando passámos dos 5,80% para os 1,28%.

Os resultados obtidos estão de acordo com Brazelton (*cit. in* Mota, 2008), quando salienta que a altura ideal para iniciar o controlo de esfíncteres (urinário e fecal) depende da preparação fisiológica que a criança faz ao desenvolvimento neurológico e muscular do controlo do intestino e da bexiga. Brazelton (*cit. in* Mota, 2008), refere que o treino do controlo esfinteriano deve ser feito de uma forma suave de modo a não criar ansiedade na criança, atitude que nós respeitámos também no nosso estudo, indo ao encontro do que nos diz Sadock (*cit. in* Pires, 2012), quando afirma que as crianças com PEA não conseguem deduzir os sentimentos e por isso são incapazes de demonstrar empatia com os outros, sendo que essa falta de empatia pode ser um obstáculo na hora de trabalhar o treino do controlo esfinteriano com a criança autista.

Neste estudo a nossa maior preocupação foi estabelecer a empatia necessária com o aluno de modo a proporcionar-lhe um ambiente tranquilo, adequado e acolhedor na hora de efectuar o treino do controlo de esfíncteres. Como nos refere Moura (2005), as crianças com PEA precisam de aprender a aprender porque só assim se sentem motivadas a realizar as actividades. Logo a criança autista deve ser preparada para este treino, rotinando actividades concretas para o uso da casa de banho. Este processo foi desencadeado na sala de aula muito antes do início do estudo. O aluno foi direccionado para as instalações sanitárias existentes na escola e houve a preocupação de não se limitar a apenas um espaço sanitário. Frequentou as casas de banho da Unidade Residencial, do corredor da sala de aulas, do Parque Infantil e da Piscina.

O que se conseguiu com o treino do controlo esfinteriano foi devolver ao aluno a capacidade de ele perceber até onde pode ir. Sobre este aspecto Silva (Presidente da Associação Vencer Autismo), também refere que a recuperação de uma criança autista passa por levá-la a executar tarefas tão básicas (para ele complicadas!) como se deslocar ao supermercado ou se sentar à mesa para cumprir as refeições. O autismo não pode ser encarado como um problema comportamental, mas sim um problema relacional, onde adquirir competências é uma prioridade, mas não é a única.

A motivação empregue ao longo da aplicação deste programa foi fundamental, pois no SRP é esta a chave de toda a aprendizagem do aluno. Não se caminhou pelo facilitismo da repetição, porque acreditou-se que o sucesso passava pelo empenhamento

do aluno nas actividades de carácter social e, partindo daí, consolidar o processo e treinamento esfinteriano.

Capítulo III – Conclusões e Recomendações

1. Conclusões do Estudo

A escola tem dificuldade em dar resposta quando se trata de oferecer as melhores aprendizagens às crianças com PEA e mais limitativa se torna quando se lhe apresentam um currículo social com base nas premissas do SRP que não é mais do que as Metas que a criança deve trabalhar durante o mês.

Com este trabalho de investigação houve a preocupação em verificar a aplicabilidade do Programa Son-Rise em contexto escolar a um aluno com PEA.

Parece-nos que os resultados alcançados são encorajadores do ponto de vista científico, tanto mais que este estudo foi inovador em Portugal. Os dados obtidos vão ao encontro das nossas expectativas, mas fica em aberto uma janela para que este trabalho prossiga no futuro, uma vez que sentimos que há muito mais trabalho a realizar após este estudo de caso. O aluno continuará a beneficiar do SRP enquanto se mantiver na sala do ensino estruturado, aprimorando as áreas que foram menos trabalhadas, sobretudo aquela que diz respeito à comunicação verbal. É importante que as crianças possam adquirir a oralidade, sabendo que assim se abriria a porta do mundo destas crianças, ajudando-nos a perceber quais os seus sentimentos e as suas angústias.

O aluno do nosso estudo é uma criança totalmente diferente daquela que iniciou esta caminhada. De uma criança isolada no seu mundo, com comportamentos auto e hétero agressivos, evoluiu para a socialização, reduziu quase a zero os comportamentos agressivos e é capaz de interagir com qualquer pessoa. Deixou a fralda e controlou em termos urinários. O mesmo não se pode dizer em relação à defecção, pois o aluno reteve as fezes durante o período escolar e só defecava no período nocturno quando ainda usava fralda.

Outra das conquistas relaciona-se com a iniciativa. De facto, o aluno era incapaz de iniciar uma actividade e nem mesmo observando os colegas a “brincar” o entusiasmava a querer participar. Através da atitude responsiva da parte do adulto encurtou-se a distância, promovendo o contacto físico.

Lidámos com os fracassos e procurámos superá-los de forma lúdica. Os fundamentos do SRP estiveram na base do nosso estudo de caso e serviram de linhas orientadoras para a atingir os objectivos propostos.

A maior atitude usada foi, sem dúvida, o **incentivo**, já que em todo o percurso houve alegria a cada passo, a cada momento da interacção com o aluno e pensámos que a confiança foi obtida dessa forma. Depois, outra atitude posta em prática foi **agradecer à criança** sempre que esta conseguia superar cada obstáculo ou cada dificuldade com a nossa ajuda. Sentimos no aluno a felicidade ao ver o nosso entusiasmo e daí até a reciprocidade emocional foi um pequeno passo.

Assumindo os resultados deste estudo, assumimos também a responsabilidade de oferecer a alunos com este perfil de desenvolvimento uma melhor qualidade de vida e isso só se consegue se houver envolvimento total. É uma atitude que o SRP chama de “**estar presente de corpo e mente**”. A concentração em tudo o que a criança faz, evita que o adulto se perca em desvios desnecessários e em pensamentos que nada têm a ver com o objecto de estudo.

Procurámos dedicar o nosso tempo ao aluno enquanto verdadeiros “**facilitadores**”. Como consequência, demos liberdade de movimentos ao aluno para que ele pudesse explicar a sua criatividade, adoptando uma atitude de **observadores felizes**. Ver a criança a movimentar-se na sala e participar nos seus movimentos e comportamentos foi o caminho escolhido sem sequer pensar no que a criança estava a sentir, evitando fazer juízos de valor que acabaria por condicionar socialmente a criatividade do aluno. Se ele fez determinado gesto ou movimento foi porque entendeu que o devia fazer e a nós coube-nos aceitar, porque para o SRP é importante **não julgar** a criança.

Perante os comportamentos desviantes apresentados pelo aluno ao longo da aplicação do programa procurámos sempre tentar perceber porque é que o aluno estava a ter aquelas atitudes. É nestes momentos que o SRP aconselha o uso da *luz vermelha*, o stop que a criança necessita, a privacidade para exteriorizar o seu desconforto. A criança

não procura o contacto visual nem tem interesse em interagir. Então há que respeitar o seu espaço.

Em suma, o que nós achámos que foi o nosso maior trunfo para a concretização dos nossos objectivos foi aceitarmos o aluno como pessoa, como um ser humano que merece aprender. **Aceitar e amar** da forma como ele é foi a melhor atitude que poderíamos ter tomado, promovendo a cumplicidade que se foi construindo ao longo do tempo e que permitiu valorizar as coisas boas do aluno e os seus interesses.

Pelos resultados obtidos parece-nos poder referir que o SRP é um método passível de ser utilizado pelos profissionais da Educação Especial, quer na Região Autónoma da Madeira (RAM) quer no todo nacional. É uma teoria abrangente que se propõe oferecer outras alternativas pedagógicas no tratamento de crianças com PEA. Ao longo deste trabalho fomos apresentando alguns relatos de experiências que se fizeram tendo como base o SRP, mas todas elas desembocam em actividades desenvolvidas por pais e para pais, dando enfoque ao objectivo primeiro do SRP que é trabalhar com as famílias de crianças com PEA em ambiente doméstico.

Como o estudo de caso pretendeu fazer uma incursão pelo ambiente escolar, houve dificuldade em justificar as opções por se tratar de um estudo pioneiro. Os poucos indícios observados e investigados acerca de casos que envolveram a aplicação do SRP fora do contexto familiar manifestaram-se insuficientes para que se possa afirmar com segurança que existem termos comparativos em relação a este trabalho. Por outro lado, o SRP e os seus mentores por mais do que uma vez afirmam que o programa pode ultrapassar as barreiras familiares. Contudo, da teoria à prática vai ainda uma grande distância, pelo que o propósito foi encurtar essa mesma distância com um trabalho de investigação que fosse capaz de operacionalizar os intentos do SRP em contexto escolar.

2. Recomendações para investigações futuras

Todo o trabalho realizado neste estudo focou a sua área de acção na implementação do modelo de desenvolvimento do SRP em ambiente escolar. Face aos resultados obtidos e à discussão dos mesmos, entendemos haver lacunas a explorar em investigações futuras. Assim é importante:

- Realizar mais estudos deste âmbito para se poder comprovar futuramente a influência positiva do programa SRP, em contexto escolar;
- Investigar se aplicação do SRP num Jardim de Infância ou sala do Pré-escolar não seria mais benéfico do que trabalhar a criança em idade do primeiro ciclo;
- Intervencionar junto das famílias, incentivando para os benefícios da parceria Escola/SRP/Família;
- Alargar o universo dos participantes de forma a comparar os resultados obtidos com base nas tabelas do modelo de desenvolvimento do SRP;

Estamos convictos de que demos um passo em frente. Sentimos que desbravámos um novo caminho.

Bibliografia

ALENCAR, A., “*Tipos de Estudo e Introdução à Análise Estatística*”, 2012; Disponível em <http://www.ime.usp.br/~lane/home/MAE0317/AnaliseEstatisticaLane.pdf> e acedido a 11 de Janeiro de 2014;

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, “*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM-IV), 4.^a edição, Washington DC., 1994;

AMORIM, J., “*Perturbações do espectro do autismo*”, 2011; Disponível em <http://www.slideshare.net/amorimjuvenal/perturbacoes-do-espectro-do-autismo> e acedido a 2 de Janeiro de 2014;

ASSOCIAÇÃO VENCER AUTISMO, Porto 2011; Disponível em <http://www.vencerautismo.org/> e acedido a 11 de Janeiro de 2014;

AUTISMO EM GOIÂNIA; Disponível em <http://autismoemgoiania.blogspot.pt/2013/01/diagnostico-autismo-compreender-o.html> e acedido a 27 de Dezembro de 2013;

BALBI, J., “*Metodologia Científica – Hipóteses e Variáveis*”, 2011; Disponível em <http://www.slideshare.net/joabalbi/17-hipteses-e-variveis> e acedido a 27 de Dezembro de 2013;

BAUTISTA, R., “*Necessidades Educativas Especiais*”, colecção Saber Mais, Dinalivro, Lisboa, 1997;

BEYER, O., “*Inclusão e avaliação na escola de alunos com necessidades educacionais globais*”, Porto Alegre, 2005;

BOSA, A., CAMARGO, H., “*Competência Social, Inclusão Escolar e Autismo: Revisão da Literatura*”, In. Psicologia e Sociedade, 2009;

BOGDAN, R. e BIKLEN, S., “*Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*”, Porto Editora, Porto, 1994;

BORTOLOTTI, P., “*Como acontece o processo de socialização com crianças autistas*”, Porto Alegre, 2009; Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/33286/000725936.pdf?sequence=1> e acessado a 22 de Janeiro de 2014.

BRAVO, M.A. e SANTOS, M., “*Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da Literatura*”, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005; Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a10v18n3.pdf> e acessado a 2 de Janeiro de 2014;

CANTARELLI, C. e MOURA, T., “*Diferentes abordagens metodológicas no desenvolvimento da aprendizagem e comportamento da criança com necessidades educacionais especiais*”, Londrina, 2013; Disponível em <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2013/AT14-2013/AT14-002.pdf> e acessado a 31 de Dezembro de 2013;

CASTRO, F., MELO, S. e SILVARES, M., “*O julgamento de pares de crianças com dificuldades interativas após um modelo ampliado de intervenção*”, Psicologia: Reflexão e Crítica, 2003;

COLÔA, J., “*Programa de Intervenção, Ensino Estruturado, Modelo Teacch*”, 2010; Disponível em <http://www.slideshare.net/jcoloa/autismo-modelo-teacch-isp> e acessado a 10 de Janeiro de 2014;

CORREDEIRA, R., SILVA, J. e SILVA, M., “*O papel da família com crianças com Necessidades Educativas Especiais*”. In J. Campello, (org.) Interdisciplinaridade e Educação Especial: é possível? (pp. 124-131). São Luís: Prata da Casa, 2006;

COSTA, R., “*O espectro do autismo*”, ABC Criança- cuidar e educar, 2013; Disponível em <http://www.abcrianca.com/17/post/2013/04/o-espectro-do-autismo.html> e acessado a 2 de Janeiro de 2014;

DAWSON, G., “*Joining promotes social interaction*”, University of Washington, 1990; Disponível em http://www.usautism.org/content/pdf/2011_usaaa_manual_kaufman.pdf e acessado a 2 de Janeiro de 2014;

FAGGIANI, R., “*Terapia ABA*”, 2010; Disponível em <http://www.autismo.psicologiaeciencia.com.br/terapia-aba/> e acessado a 30 de Dezembro de 2013;

FALCÃO, R., “*As particularidades das pessoas com autismo*”. Revista Integrar, nº 17, p. 60-65, 1999;

FALCÃO, S., “*Terapia Ocupacional na retirada de fraldas*”, 2012; Disponível em <http://enfrentandooautismo.blogspot.pt/2012/04/terapia-ocupacional-na-retirada-de.html> e acessado a 23 de Janeiro de 2014;

FELÍCIO, V., “*O autismo e o professor: um saber que pode ajudar*”, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2007; Disponível em <http://www.fc.unesp.br/upload/pedagogia/TCC%20Viviane%20-%20Final.pdf> e acessado a 2 de Janeiro de 2014;

FERNANDES, L. e DE MERLETTI, C., “*Experiências com crianças autistas em sala de aula*”, 2013; Disponível em http://www.psicopedagogia.com.br/new1_artigo.asp?entrID=1606#.UuQbTdKp21t e acessado a 23 de Janeiro de 2014;

FERREIRA, A.J., “*Autismo, musicalização e musicoterapia*”, artigos meloteca, 2011; Disponível em <http://meloteca.com/pdf/musicoterapia/autismo-educacao-musical-e-musicoterapia.pdf> e acessado a 11 de Janeiro de 2014;

FERREIRA, I., “*Uma Criança com Perturbação do Espectro do Autismo - Um Estudo de Caso*”, Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Educação, Castelo Branco, 2011;

FIELD, T. et al, “*Autism*”, University of Miami, 2001; Disponível em http://www.usautism.org/content/pdf/2011_usaaa_manual_kaufman.pdf e acedido a 2 de Janeiro de 2014;

FILHO, J. e CUNHA, P., “*A Educação Especial na perspectiva da Inclusão Escolar - Transtornos Globais do Desenvolvimento*”, Universidade Federal do Ceará, Brasília, 2010;

FILIPE, C., “*Autismo – Conceitos, Mitos e Preconceitos*”, Verbo, Lisboa, 2012;

FRANCO, V. e APOLÓNIO, A., “*Desenvolvimento, resiliência e necessidades das famílias com crianças deficientes*”, Revista Ciência Psicológica, 8, 40-54, 2002;

FREIRE, C., “*Comunicação e interação social da criança com perturbação do espectro do autismo*”, Lisboa, 2012; Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3050/Tese%20-%20Cl%C3%A1udia%20Freire.pdf?sequence=1> e acedido a 18 de Janeiro de 2014;

FRIGA, M., “*Teaching Socialization*”, Autism Training Solutions, s.l., 2012; Disponível em <http://www.autismtrainingsolutions.com/teaching-socialization-0> e acedido a 22 de Janeiro de 2014.

FRITH, U., “*Autism: scientific American*”. New York, 1997;

GARCIA, A., “*O esquema corporal de crianças com perturbações do espectro do autismo e de hiperactividade e défice de atenção – estudo comparativo*”, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, 2013; Disponível em https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5820/1/MRPM_EC_TF_AnaGarcia_2013.pdf e acedido a 4 de Janeiro de 2014;

GONÇALVES, M., “*Alunos com perturbações do espectro do autismo: utilização do sistema Pecs para promover o desenvolvimento comunicativo*”, Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Educação de Lisboa, Lisboa, 2011;

HEWITT, S., “*Compreender o Autismo – estratégias para alunos com autismo nas escolas regulares*”, colecção Educação e Diversidade, Porto Editora, 2006;

HILL, A. e HILL, M., “*Investigação por questionário*”, edições sílabo, Lisboa, 2008

HIRSTEIN, W. et al, “*New Perspective: Isms are functional for child*”, University of California, 2001; Disponível em http://www.usautism.org/content/pdf/2011_usaaa_manual_kaufman.pdf e acedido a 2 de Janeiro de 2014;

HOUGHTON, K. et al, “*Promoting child-initiated social-communication in children with autism: Son-Rise Program intervention effects*”, Journal of Communication Disorders, 2013; Disponível em http://comm.soc.northwestern.edu/aphasia/files/2012/11/Houghton-Schuchard-Lewis-Thompson_J-of-Comm-Disorders_2013.pdf e acedido a 1 de Janeiro de 2014;

JARBRINK, K., FOMBONNE, E. e KNAPP, M., “*Measuring the Parental, Service and Costs Impactd of Children with Autistic Spectrum Disorder: a Pilot Study*”, Journal of Autism and Development Disorders, 2003;

JORDAN, R., “*Educação de crianças e jovens com autismo*”, Ministério da Educação, Instituto de Inovação Educacional, Lisboa, 2000;

KAUFFMAN, J. e LOPES, J. (coordenação 2007), “*Pode a Educação Especial deixar de ser especial?*”, Psiquilíbrios Edições Horne, Braga, 1983;

KAUFMAN, B., <http://www.autismtreatmentcenter.org>;

KOEGEL, R. et al, “*Follow the Child: Start with the child’s motivation*”, University of California, 1998; Disponível em http://www.usautism.org/content/pdf/2011_usaaa_manual_kaufman.pdf e acedido a 2 de Janeiro de 2014;

LEON, M. e WOO, C., “*Environmental Enrichment as an Effective Treatment for Autism: A Randomized Controlled Trial*”, University of California, 2013; Disponível em <http://faculty.sites.uci.edu/jjgargus/files/2013/05/Woo-and-Leon-20132.pdf> e acedido a 4 de Janeiro de 2014;

LESSARD-HÉBERT, M., GOYETTE, G. e BOUTIN, G., “*Investigação Qualitativa. Fundamentos e práticas*”, Instituto Piaget, Lisboa, 2005;

LIMA, C., “*Perturbações do Espectro do Autismo – manual prático de intervenção*”, Lidel, Lisboa, 2012;

LIMA, C., GARCIA, F. e GOUVEIA, R., “*As Comorbilidades nas PEA*”, Lidel, Lisboa, 2012;

LIMA, C., “*As Metodologias de Intervenção nas PEA*”, Lidel, Lisboa, 2012;

MAHONEY, G. et al, “*Give Control: Be responsive to the child*”, Western University, OH, 2006; Disponível em http://www.usautism.org/content/pdf/2011_usaaa_manual_kaufman.pdf e acedido a 2 de Janeiro de 2014;

MAHONEY, G. et al, “*Acceptance promotes responsiveness and b) Appreciation Encourages Engagement*”, Western University, OH, 2005; Disponível em http://www.usautism.org/content/pdf/2011_usaaa_manual_kaufman.pdf e acedido a 2 de Janeiro de 2014;

MARQUES, C., “*Perturbações do Espectro do Autismo. Ensaio de uma Intervenção Construtivista e Desenvolvimentista com Mães*”, Quarteto Editora, Coimbra, 2000;

MARTINS, C., “*Face a face com o Autismo: será a Inclusão um mito ou uma realidade?*”, Lisboa, 2012; Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/2562/1/ClaudiaMartins.pdf> e acedido a 18 de Janeiro de 2014;

MATOS, A. Et al, “*Um olhar sobre o autismo – Intervenção: Modelo D.I.R.*”, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Porto, 2009; Disponível em <http://umolharsobreoautismo.blogspot.pt/2009/01/modelo-dir.html> e acedido a 30 de Dezembro de 2013;

MATSON, J.L., RIESKE, R.D. e TURECK, K., “*Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism: Review of available instruments*”, Louisiana State University, USA, 2011;

MEIRINHOS, M.F., “*Desenvolvimento profissional docente em ambientes colaborativos de aprendizagem a distância: estudo de caso no âmbito da formação contínua*”, Universidade do Minho, 2006;

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo: normas orientadoras, DGIDC, Lisboa, 2008;

MOTA, D., “*Aquisição dos controlos urinário e intestinal nas crianças da coorte de nascimentos de Pelotas de 2004*”, Tese de Doutoramento da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2008; Disponível em <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/tese%20controle%20esfincteriano.pdf> e acedido a 28 de Dezembro de 2013;

MOURA, D., “*Autismo – Síndrome do impossível de nós mesmos*”, Rio de Janeiro, 2005; Disponível em <http://pt.slideshare.net/danizinhap/modelo-autismosindromedoimpos> e acedido a 26 de Janeiro de 2014;

MOYLES, J.R., “*Só brincar? O papel do brincar na educação infantil*”, Artmed, Rio de Janeiro, 2007;

NIELSEN, L., “*Necessidades Educativas Especiais na sala de aula - Um guia para Professores*”, colecção Educação Especial, Porto Editora, Porto, 1999;

NUNES, A., “*Ensinar a criança com autismo*”, 2012; Disponível em <http://www.slideshare.net/ausendanunes/ensinar-a-criana-com-autismo> e acedido a 25 Janeiro de 2014;

OLIVEIRA, E., “*A criança e o mundo do autismo – Estudo de caso*”, Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto, 2011; Disponível em http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/501/PG_EE_136_2011_ELISABETEOLIVEIRA.pdf..pdf?sequence=2_e e acedido a 31 de Dezembro de 2013;

OZONOFF, S., ROGERS, S.J. and HENDREN, R.L., “*Autism Spectrum Disorders: a research review for practitioners*”, American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC., 2003;

PADILHA, M., “*A Musicoterapia no tratamento de crianças com perturbação do espectro do autismo*”, Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã, 2008;

PEREIRA, E., “*Autismo: do conceito à pessoa*”. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 1998;

PEREIRA, M., “*Autismo – uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*”, colecção Biblioteca do Professor, Gailivro, V.N. Gaia, 2006;

PEREIRA, M., “*Autismo – a família e a escola face ao autismo*”, colecção Biblioteca do Professor, Gailivro, V.N. Gaia, 2006;

PEREIRA, A. Et al, “*(Vi) ver o Teu Mundo – Ensino Estruturado*”, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Porto, 2008; Disponível em <http://conhecerautismo.blogspot.pt/2009/01/ensino-estruturado.html> e acedido a 30 de Dezembro de 2013;

PEREIRA, A. et al, “*Currículo funcional natural na abordagem ecológica*”, Manual prático para aplicação na Escola de Educação Especial da APAE de Bauru, Bauru, 2011; Disponível em <http://www.apaesapaulo.org.br/arquivo.phtml?a=17234> e acessado a 2 de Janeiro de 2014;

PIMENTEL, A., “*Autismo e Escola: Perspectiva de pais e professores*”, São Paulo, 2013; Disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/.../AnaGabrielaLopesPimentel.pdf e acessado a 26 de Janeiro de 2014;

PIRES, S., “*Identificação Precoce do Autismo e Diagnóstico Diferencial: Estudo de Caso*”, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Porto Alegre, 2012; Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49110/000828787.pdf?sequence=1> e acessado a 26 de Dezembro de 2013;

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, Decreto Legislativo Regional n.º 33/2009/M de 31 de Dezembro de 2009;

ROEDIGER, R., “*O que aconteceu com o behaviorismo*”, 2004; Disponível em www.pospsicopatologia.com.br e acessado a 5 de Março de 2014;

SANEFUJI, W., OHGAMI H., “*Being-imitated’ strategy at home-based intervention for young children with autism*”, *Infant Mental Health Journal*, 34(1), pp. 72–79, 2013;

SCHWARTZMAN, J. S., “*Autismo e outros transtornos do espectro autista*”, *Revista Autismo*, 2010; Disponível em <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/autismo-e-outros-transtornos-do-espectro-autista> e acessado a 2 de Janeiro de 2014;

SCHUINK, E., GABRIEL, B. e JUNIOR, M., “*Natação X Autismo: Benefícios da natação para o autismo*”, 2010; Disponível em http://www.uepg.br/proex/conex/9/anais/9conex_anais/104.pdf e acessado a 23 de Janeiro de 2014;

SIEGEL, B., “*O mundo da criança com autismo – compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*”, coleção Referência, Porto Editora, Porto, 2008;

SILVA, C., “*Música - um auxílio no desenvolvimento e aprendizagem de crianças com a perturbação do espectro do autismo*”, Lisboa, 2012; Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2821/Trabalho%20Escrito%20Mestrado.pdf?sequence=1> e acedido a 25 de Janeiro;

SOUSA, P. e SANTOS, I., “*Caracterização da Síndrome Autista*”, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, sd; Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0259.pdf> e acedido a 30 de Dezembro de 2013;

TAMANHA, A. et al, “*A actividade lúdica no autismo infantil*”, São Paulo, 2006; Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/11818/8543%2025%20janeiro%202014> e acedido a 25 de Janeiro de 2014;

TELMO, I. C. e Equipa Ajudautismo, “*Formautismo, Manual de formação em autismo para professores e famílias*”, APPDA – Lisboa, Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo, Lisboa, 2006;

THE GREENSPAN FLOORTIME APPROACH, Disponível em <http://www.stanleygreenspan.com/about-floortime/> e acedido a 30 de Dezembro de 2013;

THE SON-RISE PROGRAM; Disponível em <http://www.autismtreatmentcenter.org/> e acedido a 30 de Dezembro de 2013;

THE SON-RISE PROGRAM START-UP MANUAL, The Option Institute and Fellowship, Autism Treatment Center of America, Sheffield, MA, 2001;

TRINDADE, P., “*Superando o autismo – Floortime*”, 2012; Disponível em <http://enfrentandooautismo.blogspot.pt/2012/04/floortime.html> e acedido a 1 de Janeiro de 2014;

UNIVERSIDADE DO MINHO, “*Estudo de Caso*”, Mestrado em Educação - Tecnologia Educativa - Métodos de investigação em Educação, 2008; Disponível em <http://grupo4te.com.sapo.pt/mie2.html> e acedido a 2 de Janeiro de 2014;

WILDE, K., “*Materiais de desenvolvimento social do Programa Son-Rise*”, Autism Treatment Center of America, 2013; Disponível em <http://diariomaedeumautista.blogspot.pt/2013/07/materiais-de-desenvolvimento-social-do.html> e acedido a 5 de Março de 2014;

WING, L., “*The Autistic Spectrum: A guide for parents and professionals*”, Constable & Robinson Ltd, London, 1996;

WING, L., GOULD, J., “*Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children Epidemiology and classification*”, Journal of Autism and Developmental Disorders, 9, 11- 29, 1979;

WOLFF, M., “*Inclusão e Socialização de crianças autistas no ensino regular: realidade ou utopia?*”, Brasília, 2011; Disponível em http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/1232/1/Artigo_Mayara_2011.pdf e acedido a 23 de Janeiro de 2014;

YANG, R., WOLBERG, J., WU, C. e HWU, Y., “*Supporting children on the autism spectrum in peer play at home and school: Piloting the integrated play groups model in Taiwan*”, Autism, 7, 437 – 453, 2003;

ZUCKER, D. M., “*How to Do Case Study Research*”, School of Nursing Faculty Publication Series, Paper 2, University of Massachusetts, 2009; Disponível em http://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=nursing_faculty_pubs e acedido a 31 de Dezembro de 2013.

ANEXOS

Anexo 1



IRMÃS HOSPITALEIRAS
do Sagrado Coração de Jesus
CENTRO DE REABILITAÇÃO PSICOPEDAGÓGICA
DA SAGRADA FAMÍLIA

ATESTADO

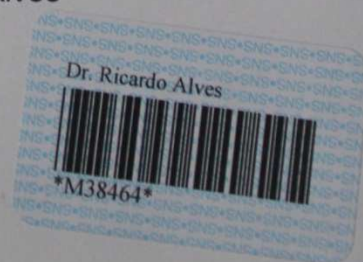
Ricardo Jorge Andrade Alves, Médico Psiquiatra, Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra e inscrito na Ordem dos Médicos com o nº 38464, e a exercer as suas funções no Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família como Director Clínico, ao abrigo do sigilo profissional a que esta sujeito e de modo a assegurar a confidencialidade do aluno Estudo de Caso do docente José Carlos Mota, atesta por sua honra profissional que o aluno Estudo de Caso é portador de quadro de autismo.

Por ser verdade e me ter sido solicitado, passo o presente que dato e assino.

Funchal , 29 de Janeiro de 2014

Ricardo Jorge Andrade Alves

Instituto das Irmãs Hospitaleiras
do Sagrado Coração de Jesus
Caminho da Penteadá, 48 - S. Roque
9020-105 FUNCHAL
Tel. 291 705 830
Fax 291 743 253



Anexo 2



REGISTO DIÁRIO DO CONTROLO DE ESFÍNCTERES

Nome: _____
Data: _____ Serviço: _____

Horas	Urina na roupa	Urina na Sanita	Fezes na roupa	Fezes na Sanita	Não urinou	Não defecou
9h15						
9h30						
9h45						
10h00						
10h15						
10h30						
10h45						
11h00						
11h15						
11h30						
11h45						
12h00						
12h15						

Anexo 3

Nome: _____
 Data: _____ Serviço: _____

Horas	Urina na roupa	Urina na Sanita	Fezes na roupa	Fezes na Sanita	Não urinou	Não defecou
9h00						
9h30						
10h00						
10h30						
11h00						
11h30						
12h00						
12h30						

OBSERVAÇÕES:

Anexo 4

Observação Estágio 1

		SELECIONAR COMO META	EM DESENVOLVIMENTO				ADQUIRIDA
CONTACTO VISUAL E COMUNICAÇÃO NÃO – VERBAL	Olha para os outros para iniciar/continuar uma interacção						
	Enquanto olha para a pessoa, apresenta breves episódios de expressão facial						
	Move os outros de forma física para conseguir o que ela quer						
COMUNICAÇÃO VERBAL	Tem um vocabulário formado por sons semelhantes a palavras						
	Tem um vocabulário de 5 palavras ou mais						
	Tem um vocabulário de 6 a 50 palavras ou mais						
	Utiliza substantivos e verbos ou mais para falar						
	As palavras utilizadas são parcialmente claras e compreensivas						
	As palavras utilizadas são geralmente claras e compreensivas						
	Fala sempre que outra pessoa a solicita para falar numa interacção						
	Comunica-se de forma verbal para ter as suas necessidades atendidas						
PERÍODO DE ATENÇÃO COMPARTILHADA/ INTERACTIVA	Período de atenção compartilhada durante 2 minutos ou mais						
	Frequência de interacções por hora: 3 vezes ou mais						
	Interage nas actividades físicas						
FLEXIBILIDADE	Para adquirir qualquer habilidade na flexibilidade, a criança deve apresentar período de atenção compartilhada no estágio 1 ou mais.						
	Permite o auxílio do adulto dentro das actividades interactivas e repetitivas escolhidas por ela						
	Permite facilmente a sua presença no espaço destinado ao programa						
	Responde calmamente a ambientes que oferecem alto grau de suporte						
PERSPECTIVAS PARA ENSINAR / MODELAR	A criança sente prazer quando está no espaço destinado ao programa e mostra interesse em prolongar as actividades						

Data da Observação: _____

Anexo 5

Observação Estágio 2

		SELECIONAR COMO META	EM DESENVOLVIMENTO				ADQUIRIDA
CONTACTO VISUAL E COMUNICAÇÃO NÃO – VERBAL	Faz contacto visual para ter as suas necessidades atendidas						
	Olha para os outros com interesse						
	Sorri ou dá gargalhadas durante uma interacção						
	Faz gestos simples quando solicitada						
COMUNICAÇÃO VERBAL	Fala, usando frases simples de 2/3 palavras ou mais						
	As palavras utilizadas são geralmente claras e compreensivas						
	Utiliza substantivos, verbos, adjetivos, preposições ou mais						
	Tem conversas que consistem num ciclo ou mais						
	Comunica espontaneamente o que ela quer e o que não quer						
	Comunica-se verbalmente para iniciar/continuar uma interacção						
	Utiliza um tom “doce” quando indica o que quer e o que não quer						
	Utiliza cumprimentos						
PERÍODO DE ATENÇÃO COMPARTILHADA/ INTERACTIVA	Período de atenção compartilhada durante 4 minutos ou mais						
	Frequência de interacções por hora: 4 vezes ou mais						
	Interage com uma pessoa nas actividades simples que incluem objectos						
	Permite contacto físico e demonstração física do afecto						
	Pode manter contacto físico por mais de 30” ou mais						
	É fisicamente gentil para com os outros						
FLEXIBILIDADE	Para adquirir qualquer habilidade na flexibilidade, a criança deve apresentar período de atenção compartilhada no estágio 2 ou mais.						
	Permite variações periféricas nas actividades interactivas rígidas/repetitivas escolhidas por ela						
	Participa fisicamente na interacção						
	Participa verbalmente na interacção						
	Lida fácil e calmamente com limites impostos dentro do ambiente escolar						

PERSPECTIVAS PARA ENSINAR / MODELAR	A criança sente prazer quando está no espaço destinado ao programa, mesmo quando não consegue o que quer						
	A criança diverte-se ao tentar várias vezes uma mesma actividade						

Data da Observação: _____

Anexo 6

Observação Estágio 3

		SELECIONAR COMO META	EM DESENVOLVIMENTO				ADQUIRIDA
CONTACTO VISUAL E COMUNICAÇÃO NÃO – VERBAL	Faz contacto visual para chamar a atenção para objectos ou eventos do seu interesse						
	Olha enquanto escuta						
	Imita algumas expressões faciais simples e/ou exageradas						
	Faz gestos simples espontaneamente						
COMUNICAÇÃO VERBAL	Fala sentenças simples que contêm substantivos e verbos ou mais						
	Expressão clara e compreensível do que ela quer e não quer						
	Utiliza substantivos, verbos, adjectivos, preposições, artigos, conjunções ou mais						
	Tem conversas que consistem em dois ciclos ou mais						
	As palavras e sentenças utilizadas são constante/ claras e compreensíveis						
	Faz comentários simples						
	Responde a perguntas simples com “o que/qual”, “quem” e “onde” que requerem informações factuais						
	Faz perguntas simples com “o que/qual”, “quem” e “onde”						
	Constrói espontânea/ sentenças originais						
	Comunica-se de forma verbal para partilhar uma experiência						
	Comunica-se apropriadamente quando ela quer mudar ou parar uma actividade						
	Pede permissão, quando apropriado, antes de executar uma acção						
	Mantém uma distância socialmente aceitável da pessoa com quem conversa						
	Fala num volume socialmente aceitável						
	Fala com velocidade socialmente aceitável						
	Período de atenção compartilhada durante 9 minutos ou mais						
	Frequência de interações por hora:5 vezes ou mais						
	Interage em brincadeiras simbólicas (que utilizam imaginação)						

PERÍODO DE ATENÇÃO COMPARTILHADA/ INTERACTIVA	Pode juntar-se a uma actividade que já está em progresso						
	Pede ajuda						
	Pode manter contacto físico por 60" ou mais						
	Inicia interacção com contacto físico e demonstração física de afecto						
	É capaz de ter interacções simples com os pares						
	Interage com dois adultos ao nível das habilidades sociais do Estágio 3						
FLEXIBILIDADE	Para adquirir qualquer habilidade na flexibilidade, a criança deve apresentar período de atenção compartilhada no estágio 3 ou mais.						
	Permite variações centrais nas actividades interactivas rígidas/repetitivas escolhidas por ela						
	É espontânea dentro da actividade escolhida por ela						
	Demonstra interesse pela actividade dos outros						
	Inicia brincadeiras e actividades com outra pessoa						
	Compreende e age apropriada/ em relação ao conceito de posse ("teu" e "meu")						
	Brinca nos jogos e actividades que têm regras e estruturas simples						
	Partilha os seus objectos e brinquedos						
	Pode negociar ("fazer acordos" para determinadas actividades)						
Interage facilmente num ambiente com grau médio de suporte							
PERSPECTIVAS PARA ENSINAR / MODELAR	A criança é feliz mesmo que não seja a primeira pessoa a jogar ou não ganhe o jogo onde está a participar						
	É divertido esperar por aquilo que a criança quer						

Data da Observação: _____

Anexo 7

Observação Estágio 4

		SELECIONAR COMO META	EM DESENVOLVIMENTO				ADQUIRIDA
CONTACTO VISUAL E COMUNICAÇÃO NÃO – VERBAL	Olha para manter a atenção dos outros						
	Olha enquanto fala						
	Demonstra espontaneamente uma variedade de expressões faciais						
	Utiliza gestos espontâneos para enfatizar/ilustrar a comunicação verbal						
COMUNICAÇÃO VERBAL	Faz-se entender						
	Fala com sentenças complexas que são gramaticalmente correctas						
	Faz/responde a perguntas complexas e faz comentários complexos						
	É capaz de fazer/responder a perguntas e fazer comentários sobre eventos passados e futuros						
	Responde a perguntas com “porquê” relativas ao que ela acabou de observar/vivenciar						
	Faz perguntas com “porque é que”						
	Responde a perguntas simples que requerem a opinião dela na resposta						
	Busca informações pessoais sobre os outros enquanto conversa						
	Faz declarações/comentários que são claramente relevantes para o assunto da conversa						
	Tem conversas que consistem em 3/5 ciclos ou mais						
	Utiliza os pronomes correctamente						
	Espera pela sua vez para falar e ouve enquanto o outro fala						
	É capaz de iniciar uma conversa						
	É capaz de, educada/, conseguir a atenção de outra pessoa que esteja ocupada						
		Período de atenção compartilhada durante 20 minutos ou mais					
	Frequência de interações por hora:5 vezes ou mais						

PERÍODO DE ATENÇÃO COMPARTILHADA/ INTERACTIVA	Apresenta período de atenção compartilhada com duração “típica” dentro de uma actividade escolhida por ela						
	Interage em actividades que utilizem imaginação para representar/encenar papéis						
	É geralmente educada e respeitadora das regras						
	Consola o outro se este estiver magoado ou aborrecido						
	Age fisicamente de forma adequada						
	Interage apropriadamente com um colega						
FLEXIBILIDADE	Para adquirir qualquer habilidade na flexibilidade, a criança deve apresentar período de atenção compartilhada no estágio 4 ou mais.						
	É flexível dentro da actividade escolhida por ela						
	Participa na actividade da outra pessoa						
	Permite variações periféricas dentro das actividades sugeridas por outra pessoa						
	É espontânea dentro da actividade escolhida pelo outro, pelo menos 2 vezes por actividade						
	Divide o tempo interactivo entre a sua actividade e a actividade escolhida pela outra pessoa						
PERSPECTIVAS PARA ENSINAR / MODELAR	Com ajuda, consegue lidar com a exposição a diferentes estímulos sensoriais nos ambientes típicos e apropriados para a idade dela						
	Abdicar de uma recompensa imediata por uma recompensa a longo prazo						
	Tudo bem ser diferente das outras pessoas						
	É prazeroso ajudar e ser gentil com os outros						
PREPARAÇÃO PARA A INCLUSÃO NA ESCOLA OU TRABALHO	Nem todos gostarão de você, mas não há qualquer problema nisso						
	Mantém 75% das habilidades adquiridas neste Estágio durante 1 hora por dia quando se encontra num ambiente com alto grau de estimulação						
	Interage com um colega dentro do nível de habilidades do Estágio 3 durante 20' ou mais por dia						
	Participa nas actividades em pequenos grupos com dois colegas						
	Capaz de seguir a planificação e rotinas do dia dentro da sala na escola						
	Capaz de se sentar à mesa por determinados períodos na sala da escola						
Escuta e segue instruções dadas por outra pessoa que não aquela que trabalha consigo o programa Son-Rise							

	Totalmente capacitada para usar a sanita e pede para lá ir						
	Lê e escreve de forma apropriada de acordo com o ano escolar em que se encontra						
	Possui habilidades na matemática de acordo com o ano escolar						

Data da Observação: _____

Anexo 8

Observação Estágio 5

		SELECIONAR COMO META	EM DESENVOLVIMENTO				ADQUIRIDA
CONTACTO VISUAL E COMUNICAÇÃO NÃO – VERBAL	Olha para avaliar os sinais sociais oferecidos pela outra pessoa						
	É capaz de alternar o olhar entre duas ou mais pessoas						
	Responde adequadamente às expressões faciais dos outros						
	Compreende, utiliza e responde a sinais sociais básicos						
COMUNICAÇÃO VERBAL	Combina sentenças complexas (3 ou mais sentenças complexas consecutivas)						
	Utiliza fluente/ todos os elementos do discurso oral						
	Faz comentários reflexivos e faz perguntas reflexivas relevantes						
	Tem conversas que consistem em 6 ciclos ou mais						
	A voz tem várias entoações						
	Comunica-se através de comentários, perguntas e respostas relevantes ao assunto da conversa						
	Inicia conversas apropriadas ao contexto social						
	É capaz de finalizar uma conversa de maneira sociavelmente aceitável						
	É capaz de acompanhar e acrescentar algo a uma conversa entre duas outras pessoas						
	Tem noção de ritmo numa conversa com duas ou mais pessoas						
	Entende humor						
	Entende expressões idiomáticas/figuras de linguagem						
Expressa apreço pelos outros							
PERÍODO DE ATENÇÃO COMPARTILHADA/ INTERACTIVA	Período de atenção compartilhada com duração apropriada para a idade						
	Permanece continuamente em interacção						
	Interage nos diversos tipos de actividades						
	Interage apropriada/ em pequenos grupos com 2 ou mais colegas						
	Apresenta período de atenção partilhada com duração “típica” dentro de uma actividade escolhida por outra pessoa						

FLEXIBILIDADE	Para adquirir qualquer habilidade na flexibilidade, a criança deve apresentar período de atenção compartilhada no estágio 5 ou mais.						
	É flexível dentro da actividade escolhida por outra pessoa						
	É flexível dentro dos diversos tipos de actividades						
	É espontânea dentro dos diversos tipos de actividades						
	Lida fácil e calmamente com quase todas as transições para novos ambientes e situações não estruturadas						
PERSPECTIVAS PARA ENSINAR / MODELAR	Todas as pessoas apresentam áreas de talentos e de dificuldades. Não é mau encontrar algo difícil para a criança (e que é fácil para outro). É apenas uma oportunidade para aprender						
	Se quiseres mudar, fá-lo aceitando tal como és e com entusiasmo pela mudança						
	É divertido dizer aos outros tudo o que pensas e sentes e perguntar a eles o que pensam e sentem						
PREPARAÇÃO PARA A INCLUSÃO NA ESCOLA OU TRABALHO	Mantém 75% das habilidades adquiridas neste Estágio durante 2 horas por dia quando se encontra num ambiente com alto grau de estimulação						
	Interage com um colega dentro do nível de habilidades do Estágio 4 durante 20' ou mais no período do recreio/almoço ou intervalo						
	Comunica-se apropriadamente quando se encontra na sala de aula						
	Participa fácil/ com 2 a 4 colegas em actividades de grupo na sala de aula						
	Capaz de se sentar à mesa por determinados períodos numa área específica na sala de aulas						
	Escuta e segue instruções dos professores/supervisores						
	Totalmente capacitada para usar a sanita e pede para lá ir						
	Capaz de seguir as rotinas e regras da escola						

Data da Observação: _____

Anexo 9 – Infografia (Início do Estudo)



Imagem 1 – JASH na Escola



Imagem 2 – JASH na Piscina



Imagem 3 – JASH no P. Infantil



Imagem 4 – JASH sozinho



Imagem 5 – Motricidade Fina de JASH



Imagem 6 – JASH atento

Anexo 10 – Infografia (Desenvolvimento do Estudo)



Imagem 7 – JASH avançando na Piscina



Imagem 8 – JASH interagindo na Piscina



Imagem 9 – JASH na Higiene das mãos



Imagem 10 – JASH em autonomia funcional



Imagem 11 – JASH na sanita



Imagem 12 – JASH a puxar autoclismo



Imagem 13 – JASH a interagir com a sua mesa de trabalho



Imagem 14 – JASH numa actividade

Anexo 11 – Infografia (Desenvolvimento do Estudo - continuação)



Imagem 15 – JASH concentrado nas imagens



Imagem 16 – JASH na casa de banho



Imagem 17 – JASH no balanço



Imagem 18 – JASH avançando na Piscina



Imagem 19 – JASH no trabalho individualizado com docente



Imagem 20 – JASH no trabalho individualizado com os colegas

Anexo 12 – Infografia (Final do Estudo)



Imagem 21 – JASH em interacção total na Piscina



Imagem 22 – JASH tomando iniciativa



Imagem 23 – JASH concentrado aos pormenores



Imagem 23 – JASH no contacto social com Assistente Operacional



Imagem 23 – JASH no contacto social com Docente



Imagem 24 – JASH na Festa de Natal 2013

Anexo 13 – Infografia (Final do Estudo - continuação)



Imagem 25 – JASH na Piscina



Imagem 26 – Momento de afetividade com JASH



Imagem 27 – JASH na Expressão Plástica



Imagem 28 – JASH na Expressão Plástica (concentração)

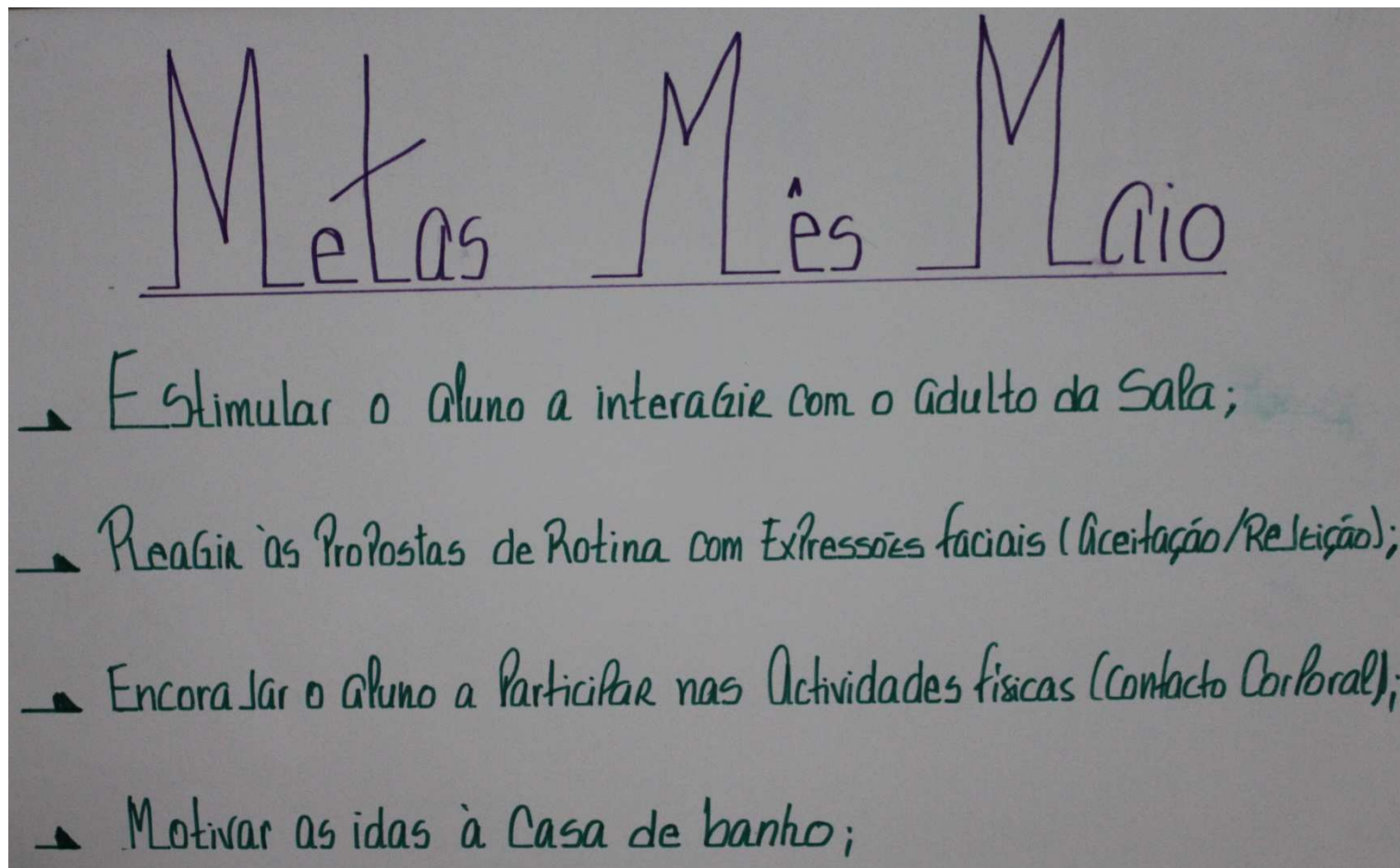


Imagem 29 – JASH na Bola (relaxamento)

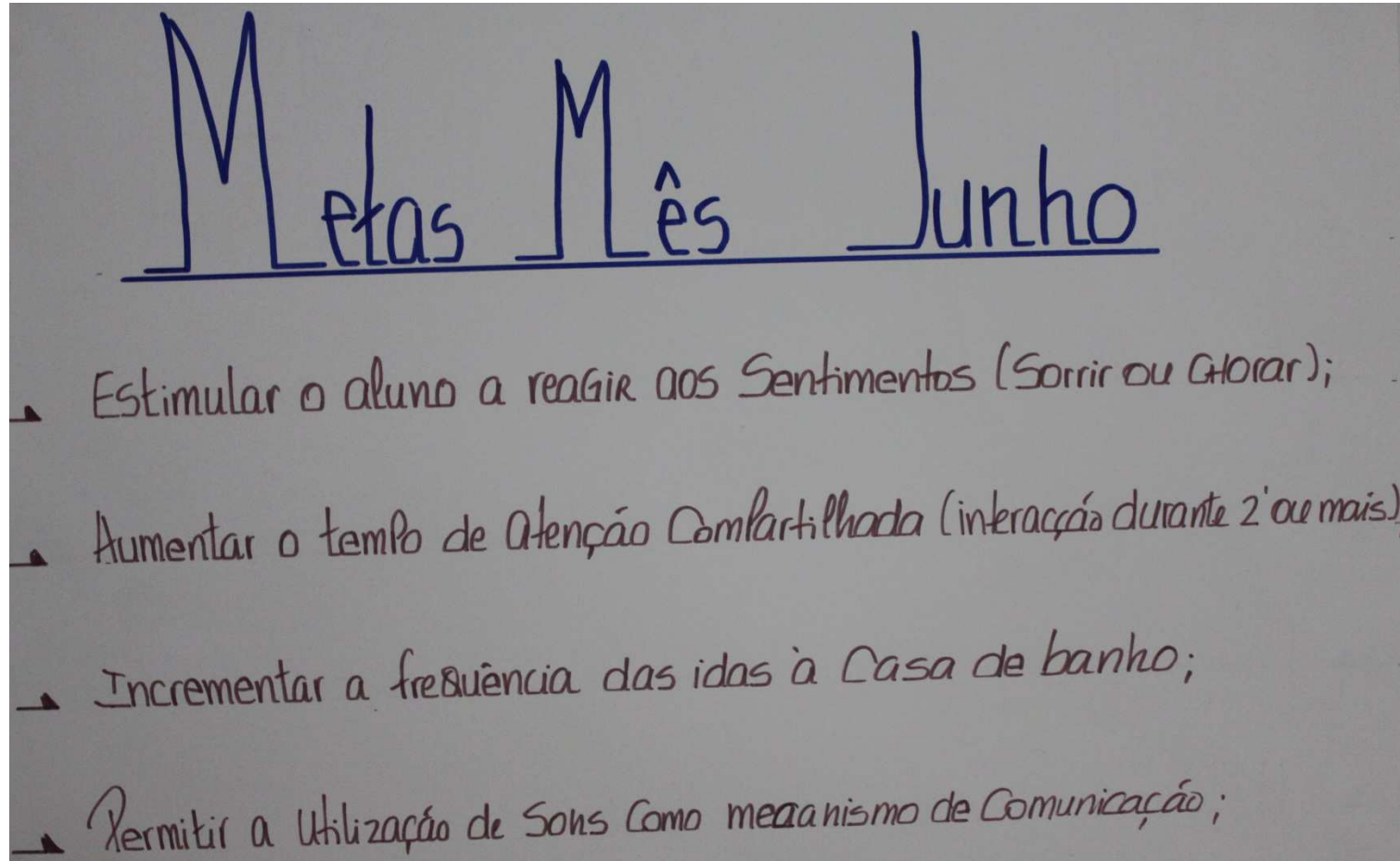


Imagem 30 – JASH

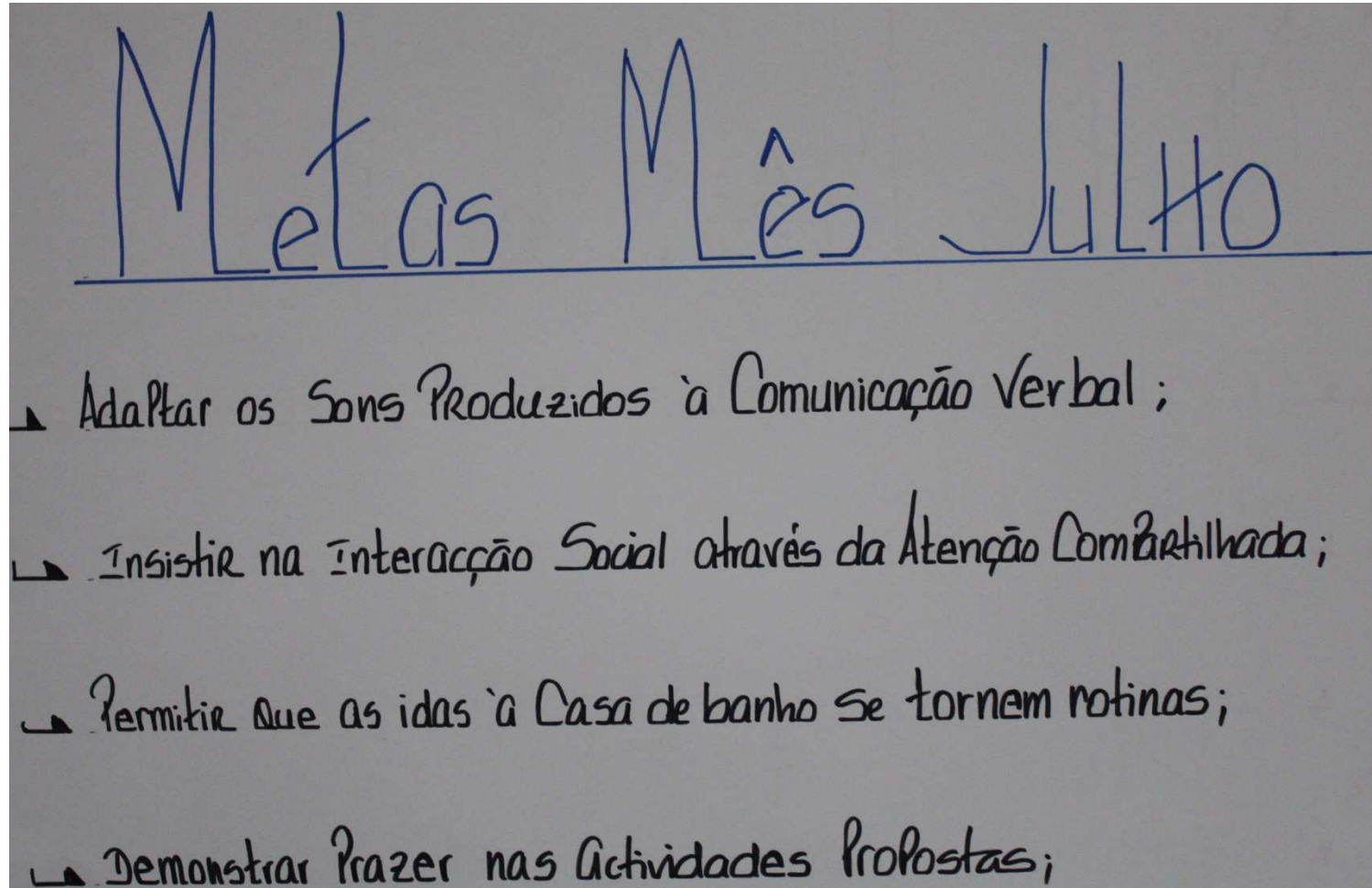
Anexo 14 – Mapas das Metas do Currículo Funcional – Mês de Maio



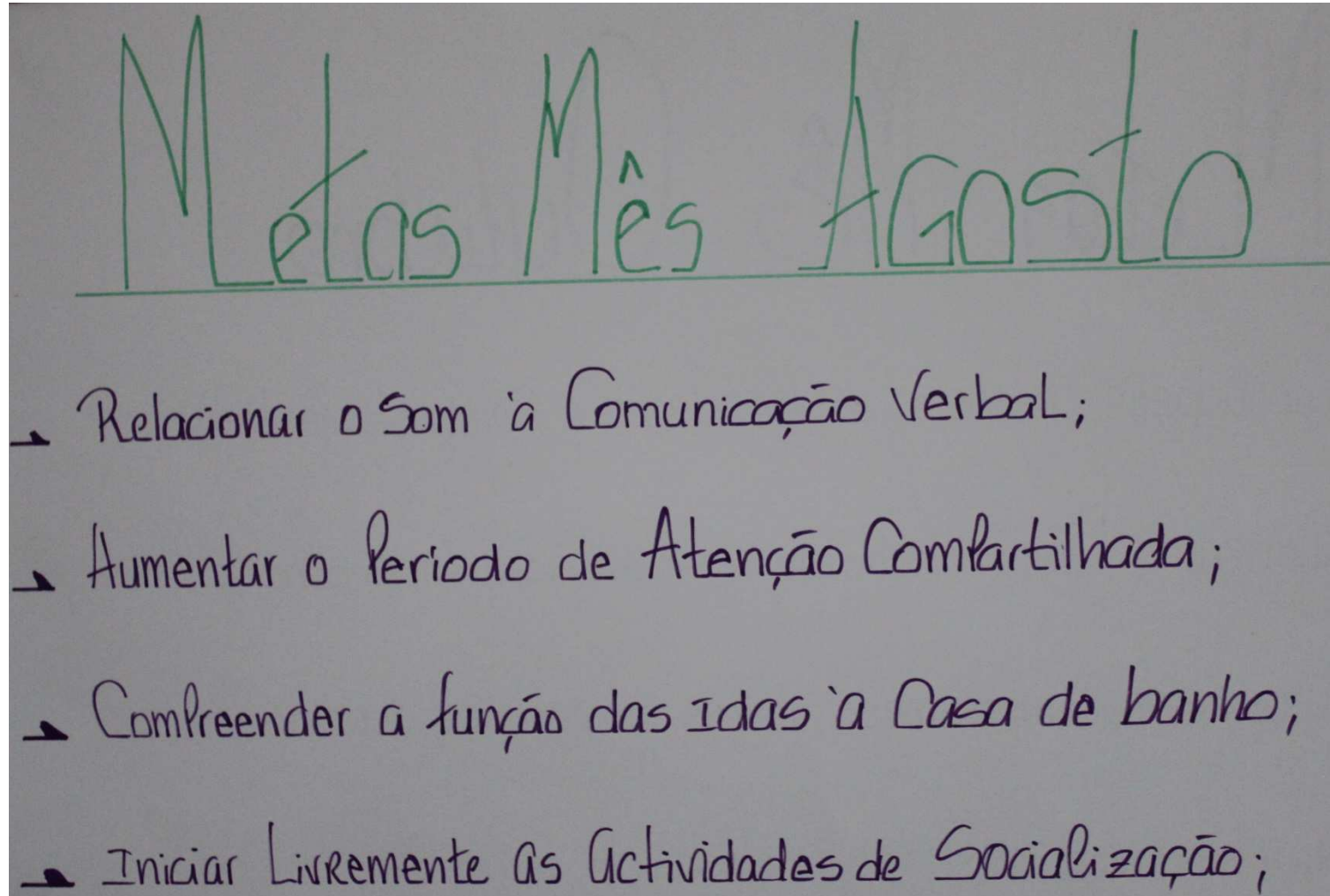
Anexo 15 – Mapas das Metas do Currículo Funcional – Mês de Junho



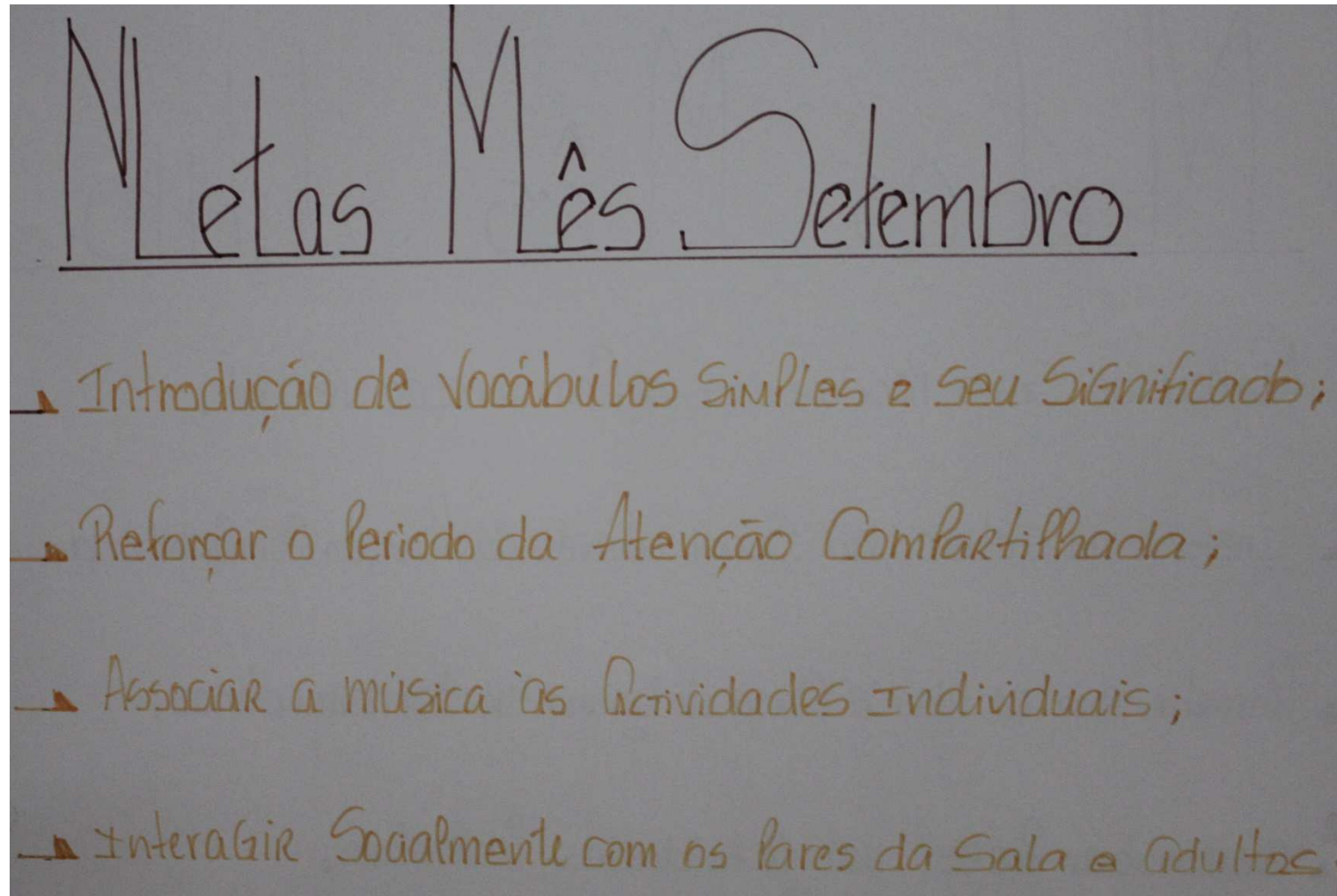
Anexo 16- Mapas das Metas do Currículo Funcional – Mês de Julho



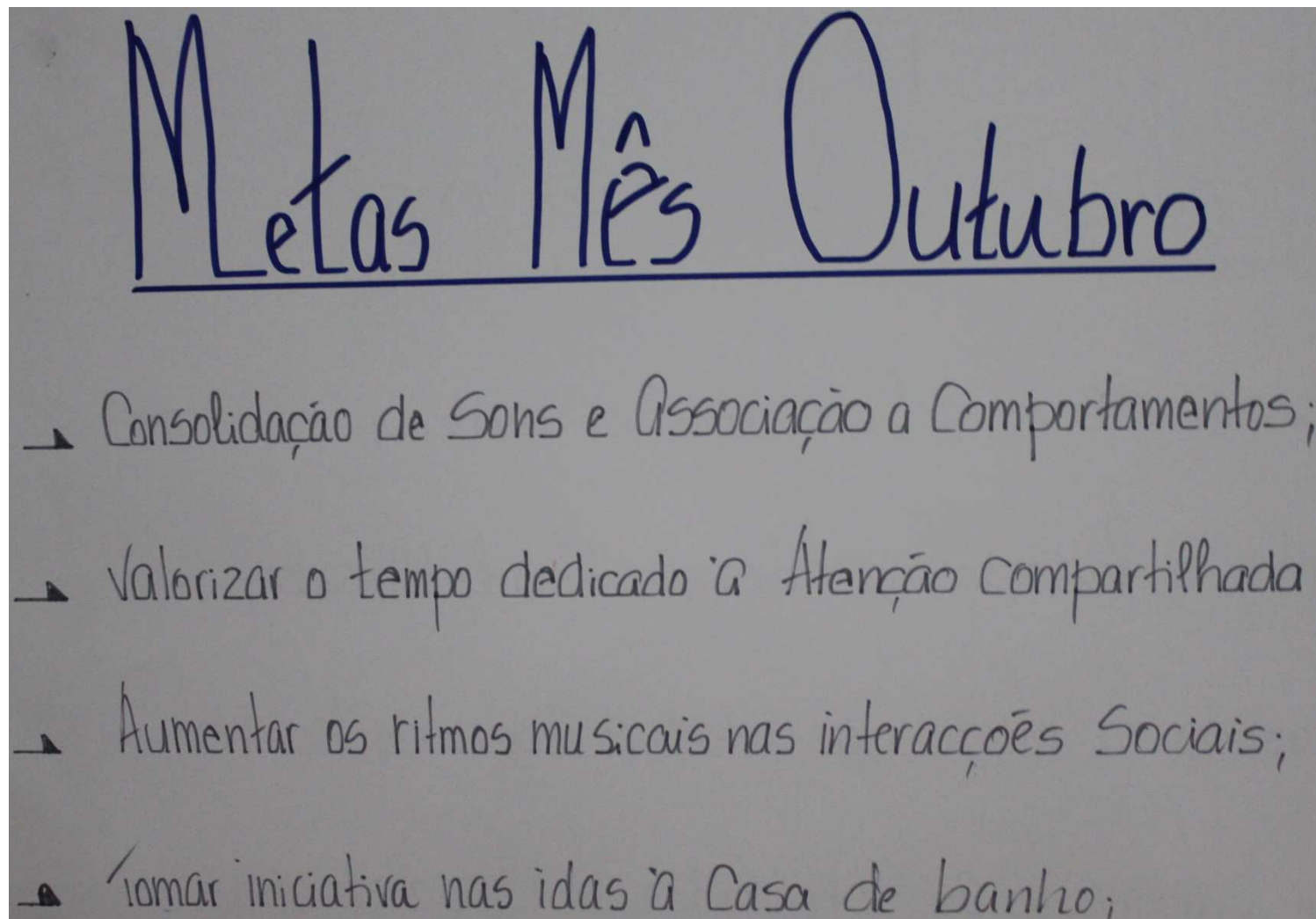
Anexo 17 – Mapas das Metas do Currículo Funcional – Mês de Agosto



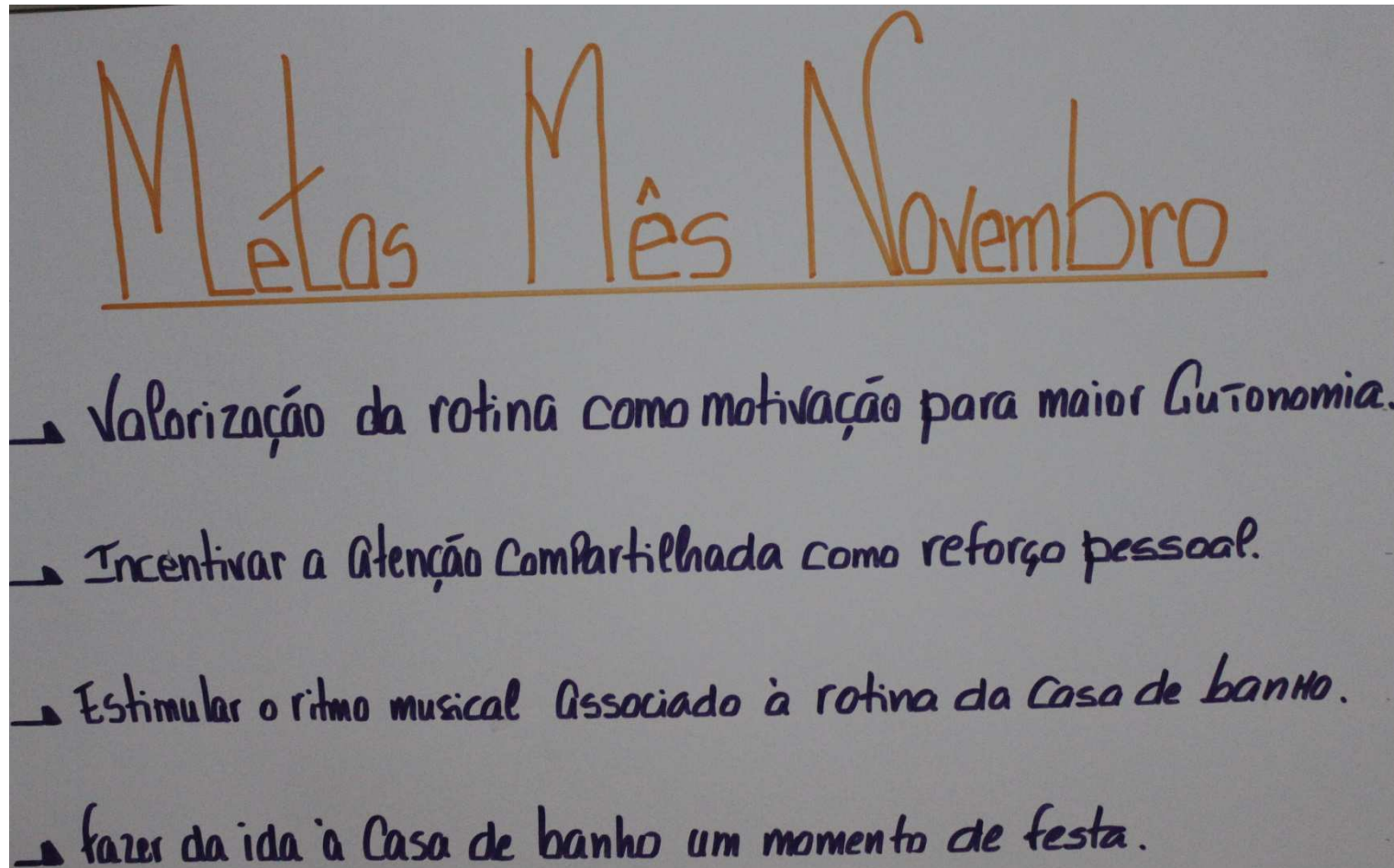
Anexo 18 – Mapas das Metas do Currículo Funcional – Mês de Setembro



Anexo 19 – Mapas das Metas do Currículo Funcional – Mês de Outubro



Anexo 20 – Mapas das Metas do Currículo Funcional – Mês de Novembro



Anexo 21 – Gráficos do Estágio 1 (Maio)

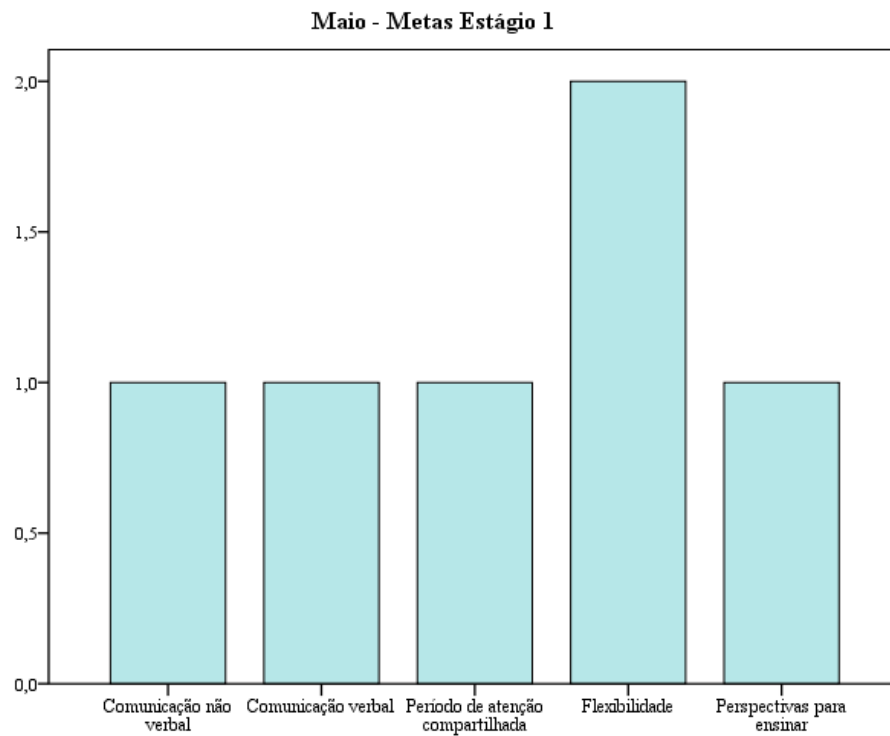


Gráfico 21.1 - Metas

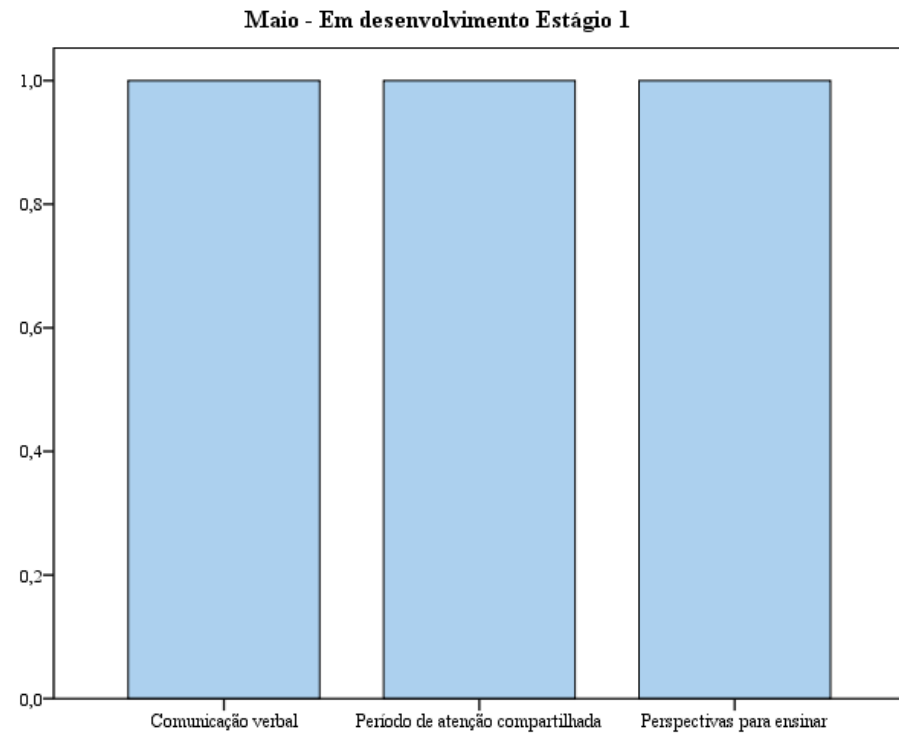


Gráfico 21.2 – Em desenvolvimento

Anexo 22 – Gráficos do Estágio 2 (Maio)

Maio - Metas Estágio 2

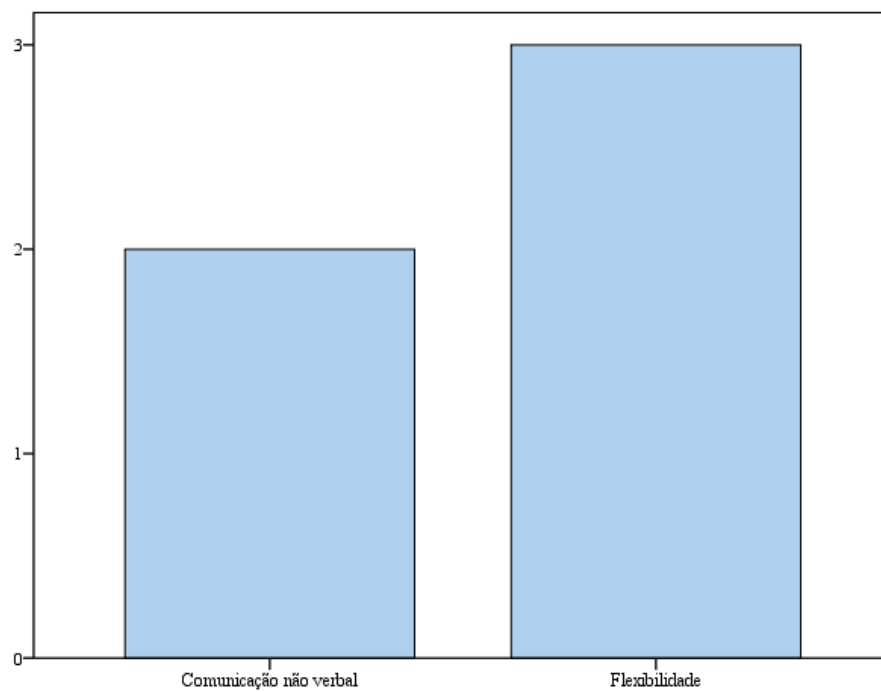


Gráfico 22.1 - Metas

Maio - Em desenvolvimento Estágio 2

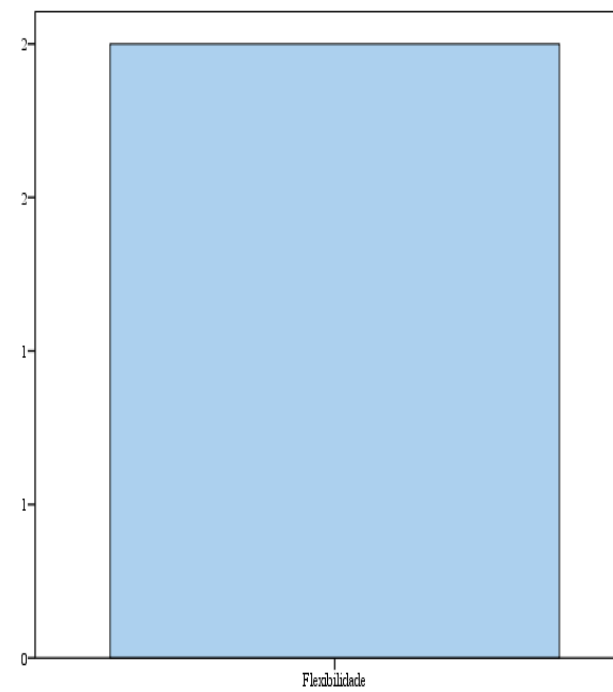


Gráfico 22.2 – Em desenvolvimento

Anexo 23 – Gráficos do Estágio 1 (Junho)

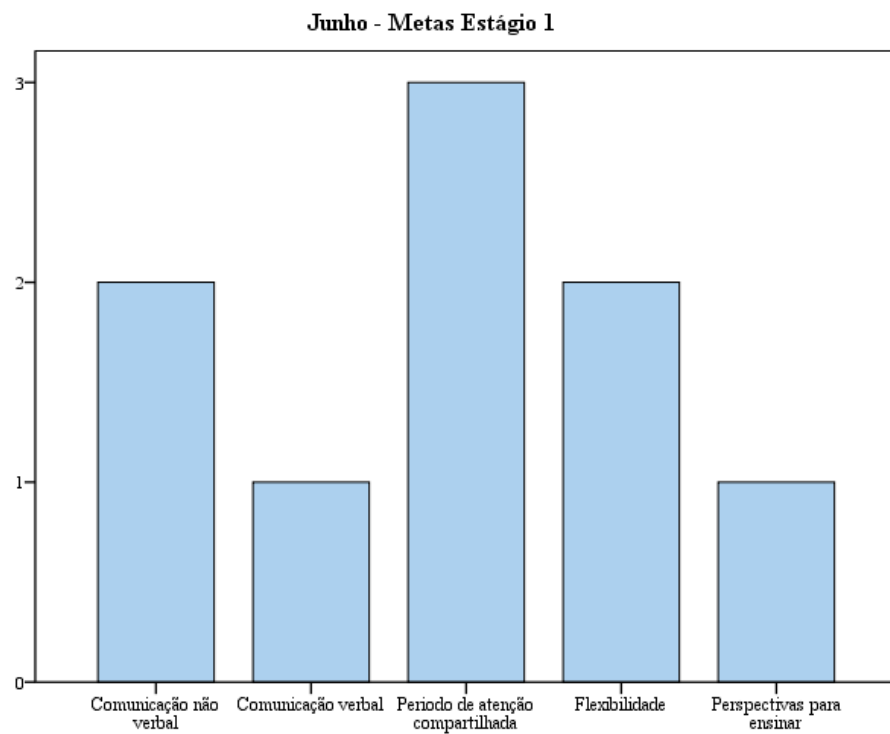


Gráfico 23.1 - Metas

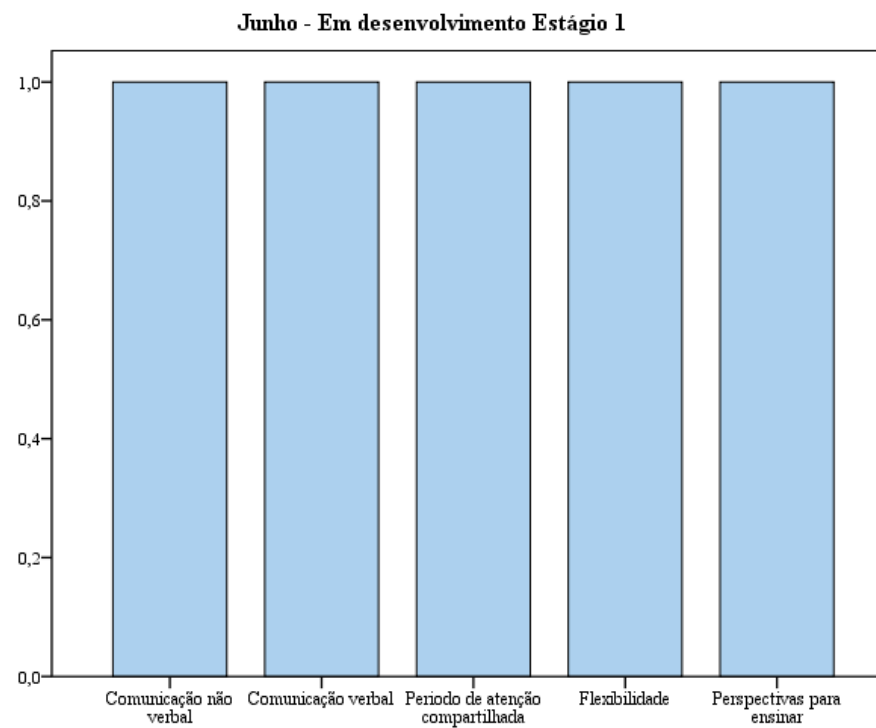


Gráfico 23.2 – Em desenvolvimento

Anexo 24 – Gráficos do Estágio 2 (Junho)

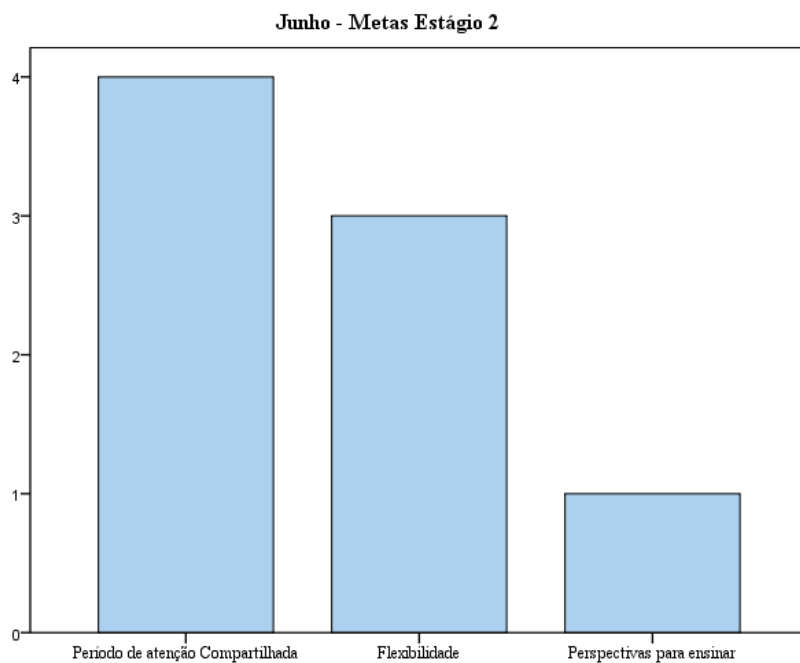


Gráfico 24.1 - Metas

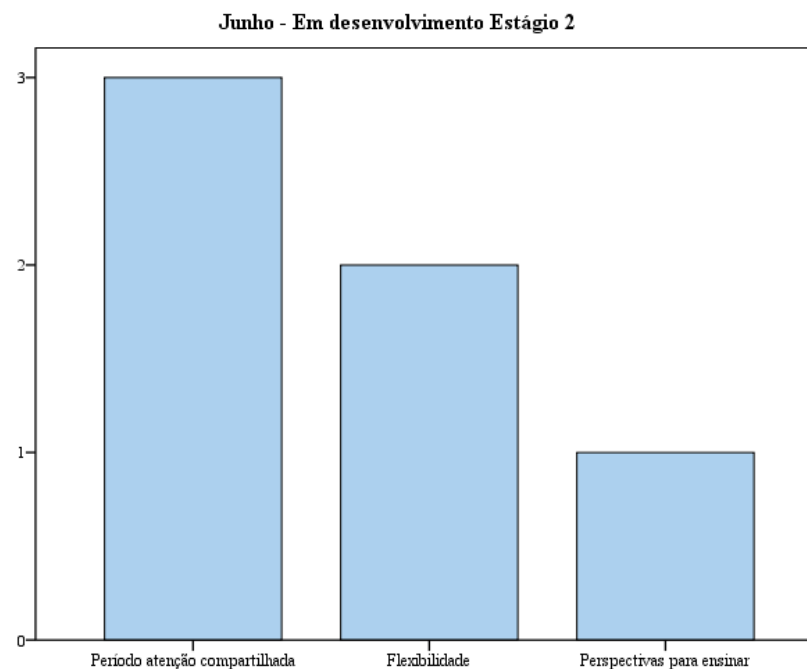


Gráfico 24.2 – Em desenvolvimento

Anexo 25 – Gráficos do Estágio 1 (Julho)

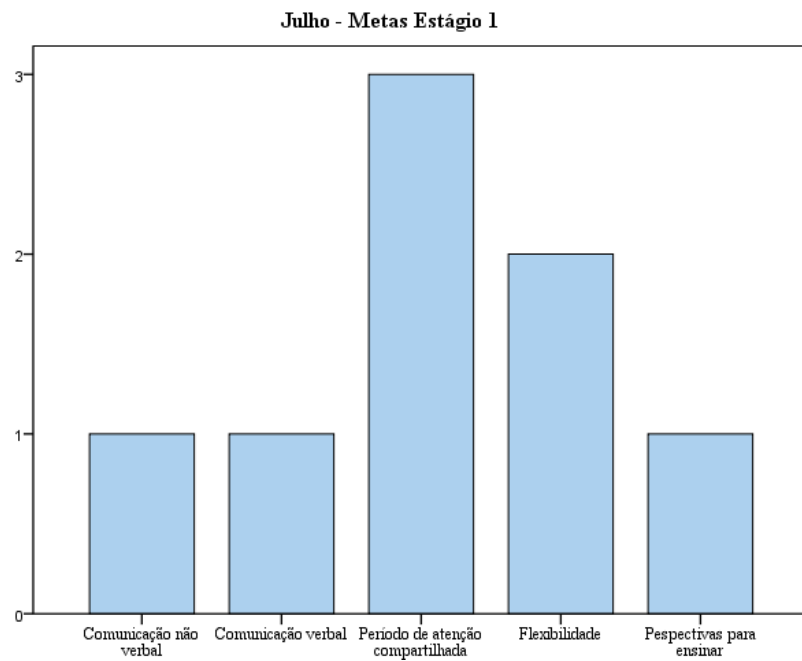


Gráfico 25.1 - Metas

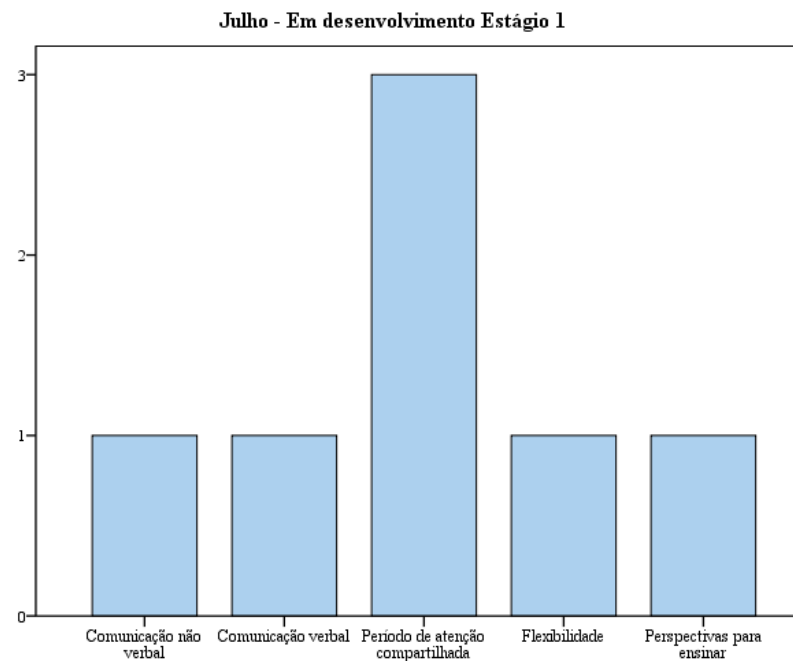


Gráfico 25.2 – Em desenvolvimento

Anexo 26 – Gráficos do Estágio 2 (Julho)

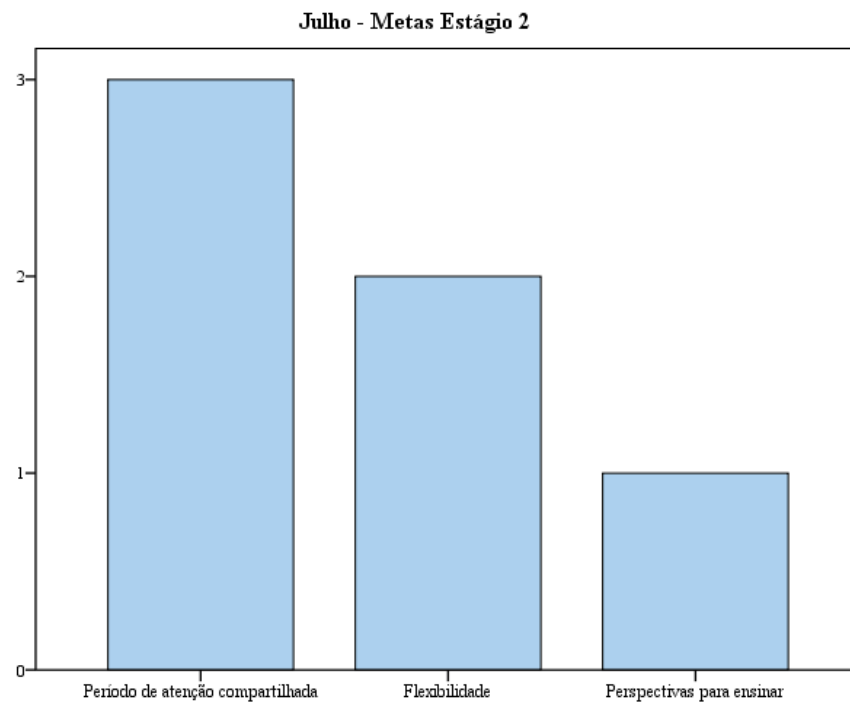


Gráfico 26.1 - Metas

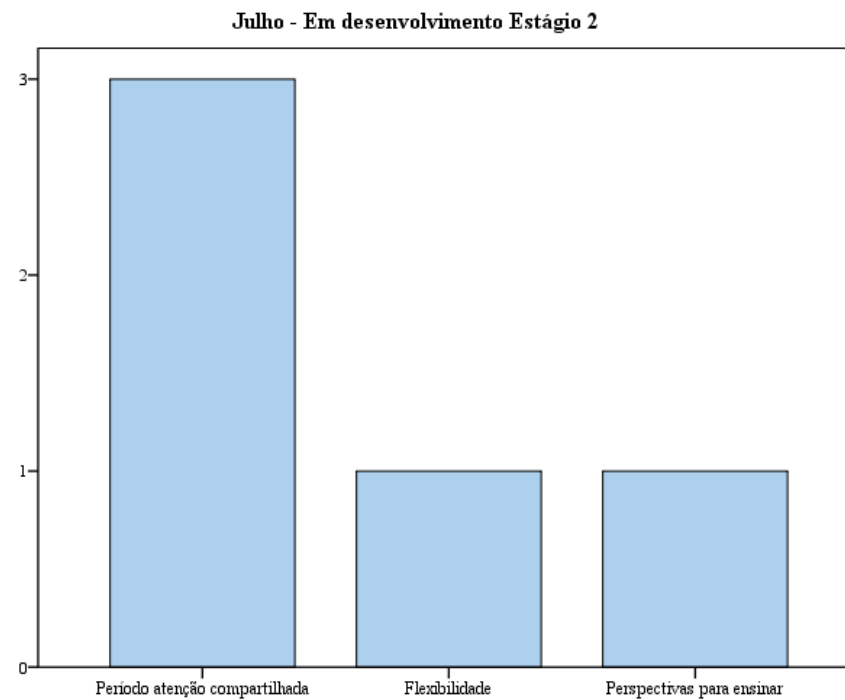


Gráfico 26.2 – Em desenvolvimento

Anexo 27 – Gráficos do Estágio 1 (Agosto)

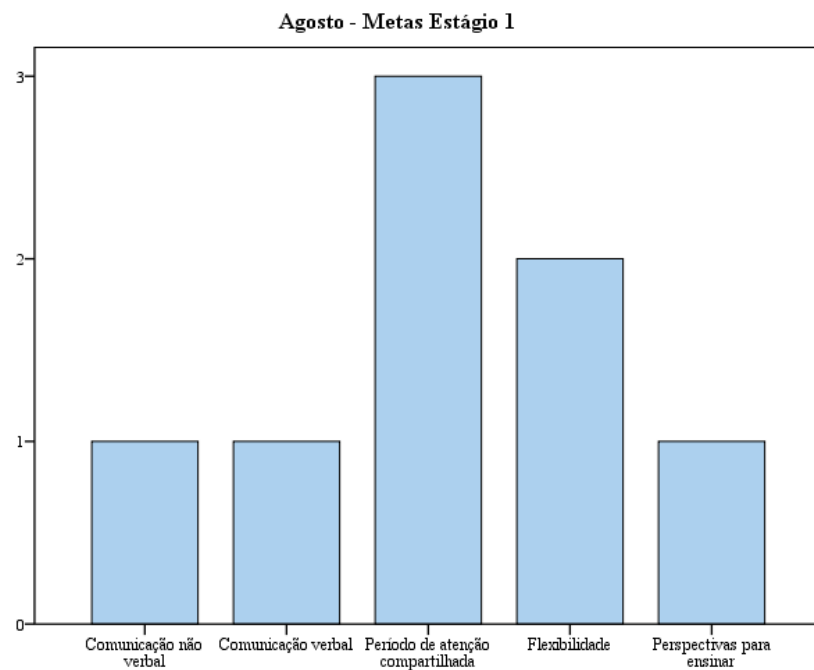


Gráfico 27.1 - Metas

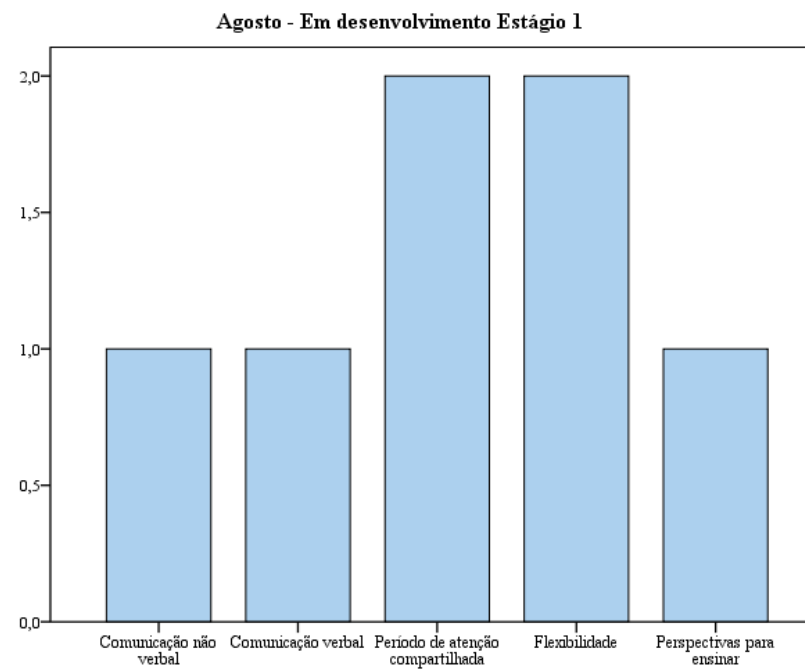


Gráfico 27.2 – Em desenvolvimento

Anexo 28 – Gráficos do Estágio 2 (Agosto)

Agosto - Metas Estágio 2

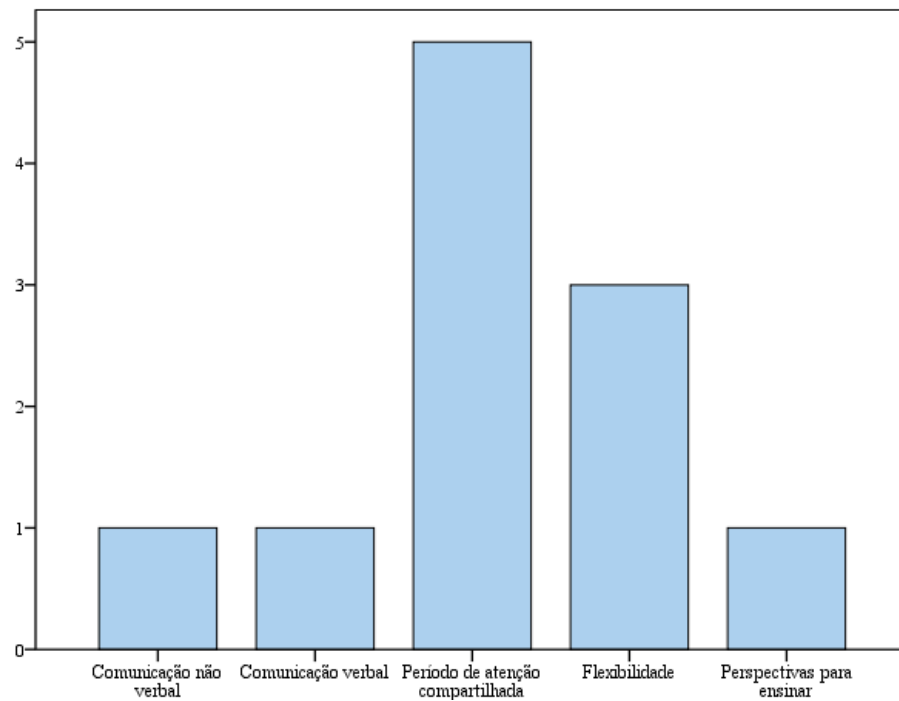


Gráfico 28.1 - Metas

Agosto - Em desenvolvimento Estágio 2

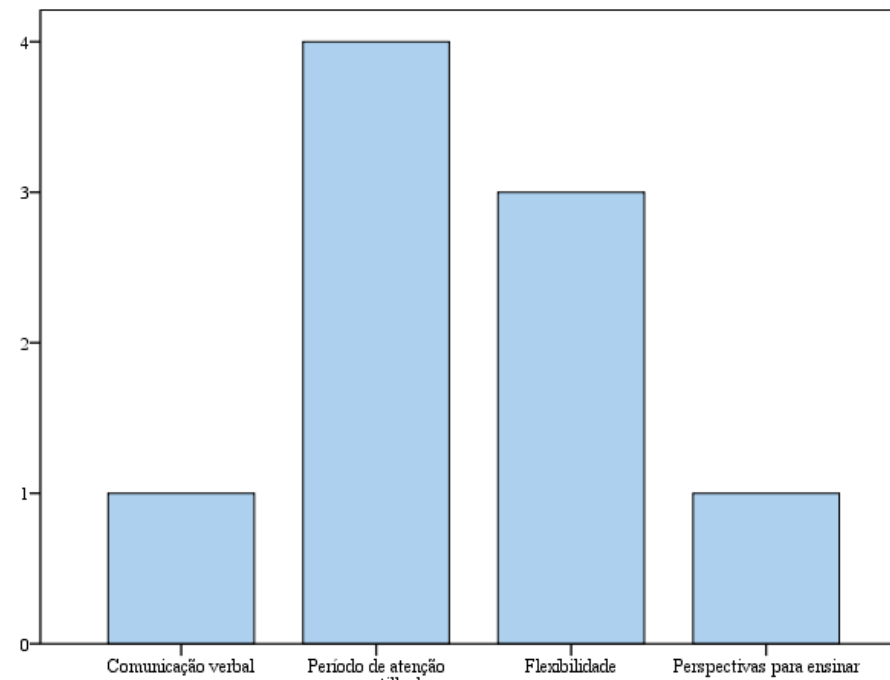


Gráfico 28.2 – Em desenvolvimento

Anexo 29 – Gráficos do Estágio 3 (Agosto)

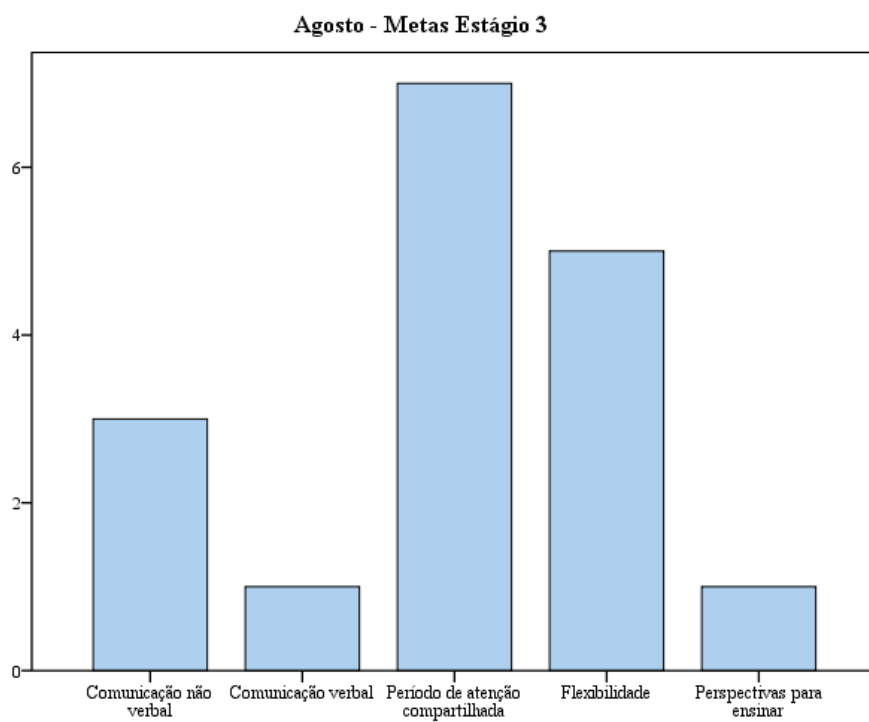


Gráfico 29.1 - Metas

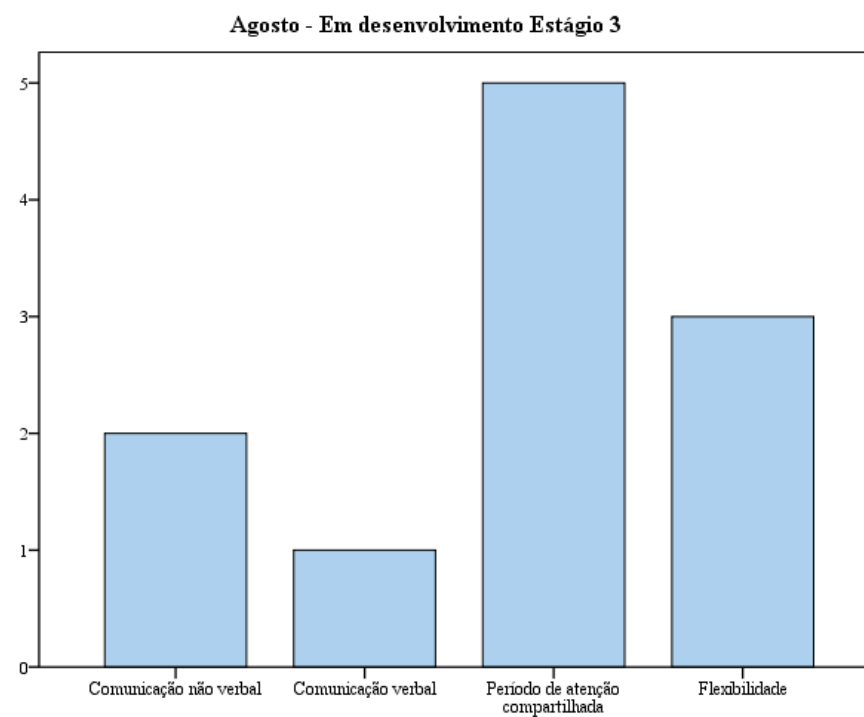


Gráfico 29.2 – Em desenvolvimento

Anexo 30 – Gráficos do Estágio 1 (Setembro)

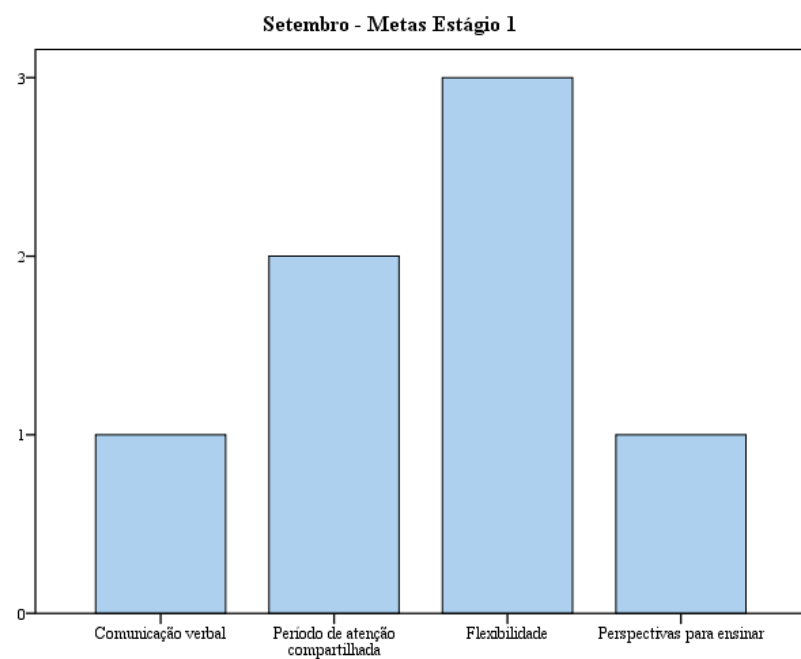


Gráfico 30.1 - Metas

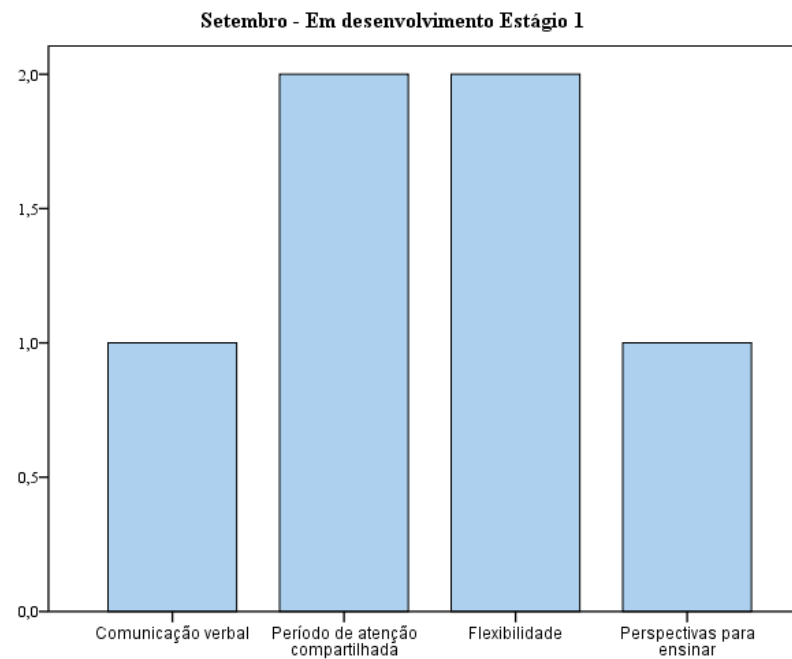


Gráfico 30.2 – Em desenvolvimento

Anexo 31 – Gráficos do Estágio 2 (Setembro)

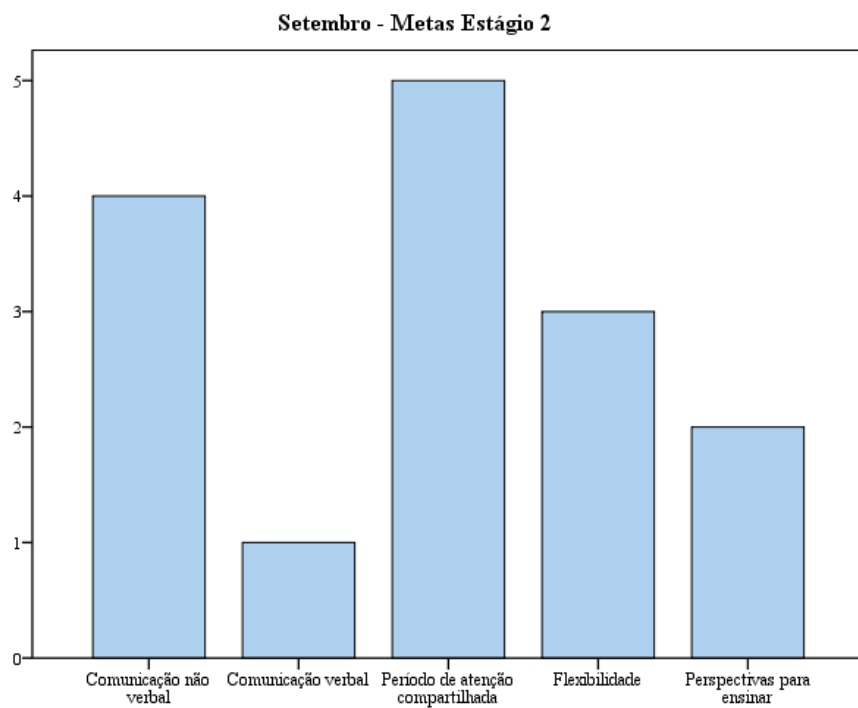


Gráfico 31.1 - Metas



Gráfico 31.2 – Em desenvolvimento

Anexo 32 – Gráficos do Estágio 3 (Setembro)

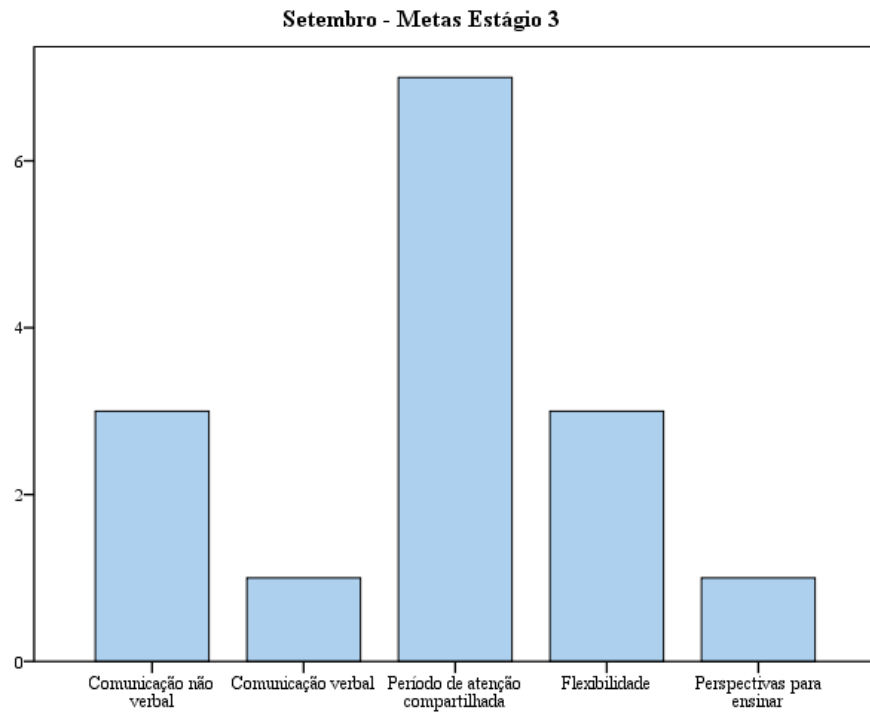


Gráfico 32.1 - Metas

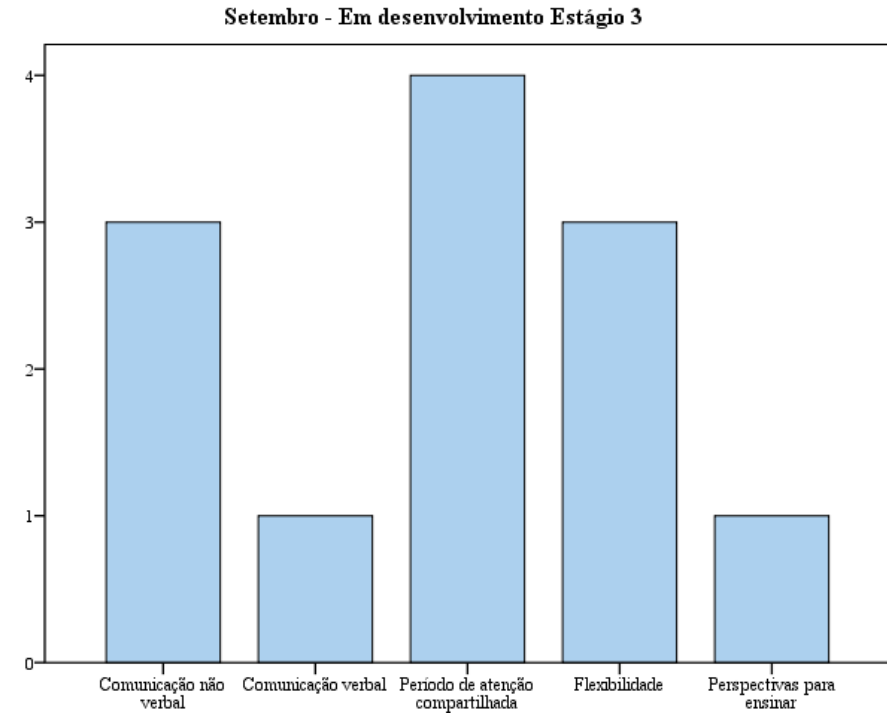


Gráfico 32.2 – Em desenvolvimento

Anexo 33 – Gráficos do Estágio 4 (Setembro)

Setembro - Metas Estágio 4

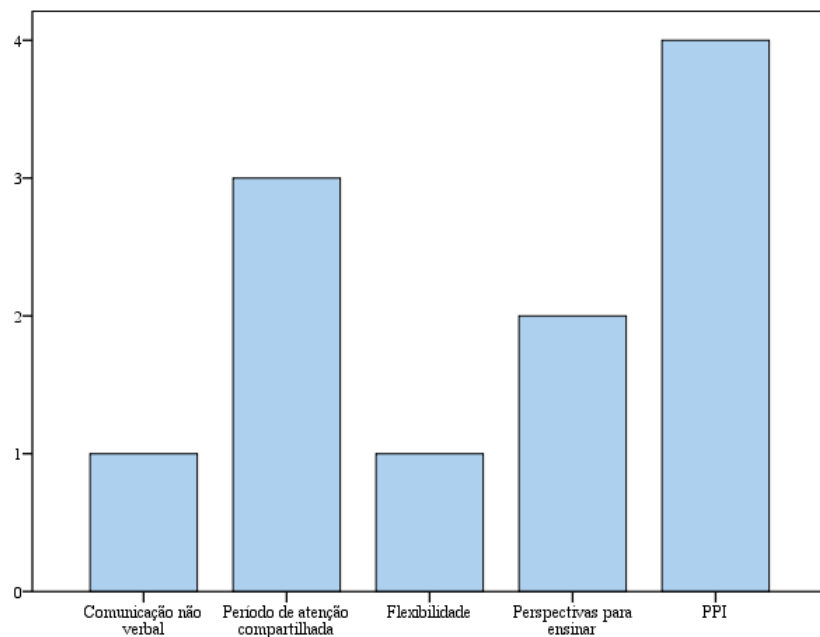


Gráfico 33.1 - Metas

Setembro - Em desenvolvimento Estágio 4

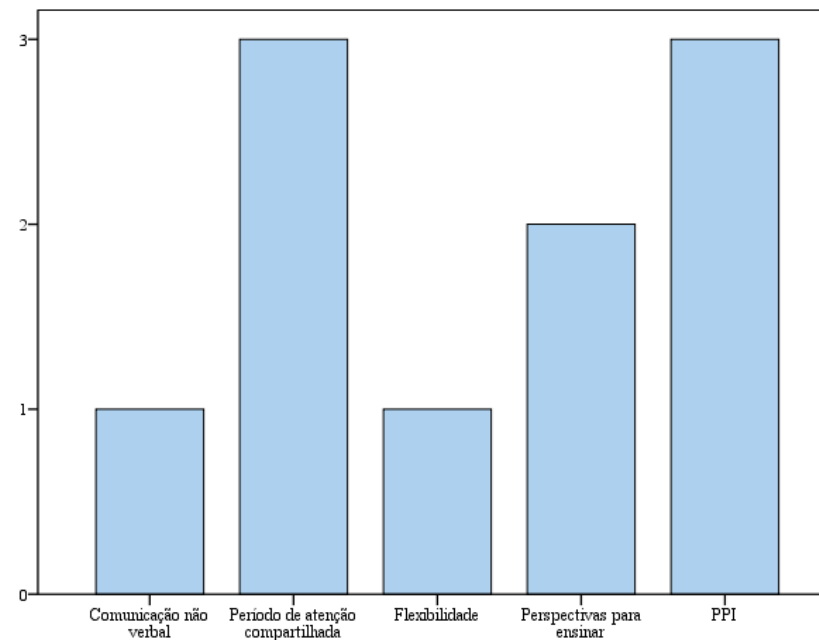


Gráfico 33.2 – Em desenvolvimento

Anexo 34 – Gráficos do Estágio 1 (Outubro)

Outubro - Metas Estágio 1

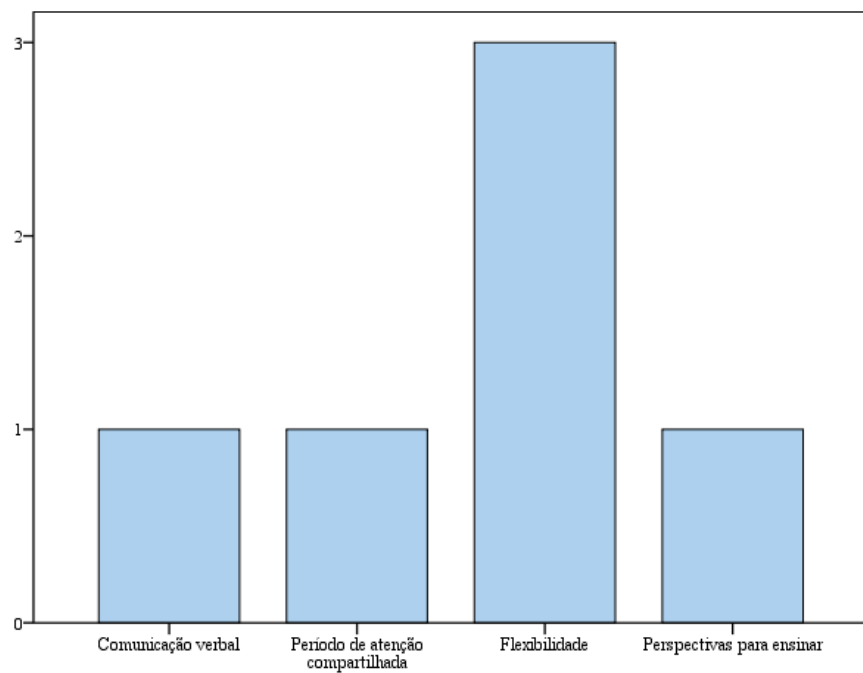


Gráfico 34.1 - Metas

Outubro - Em desenvolvimento Estágio 1

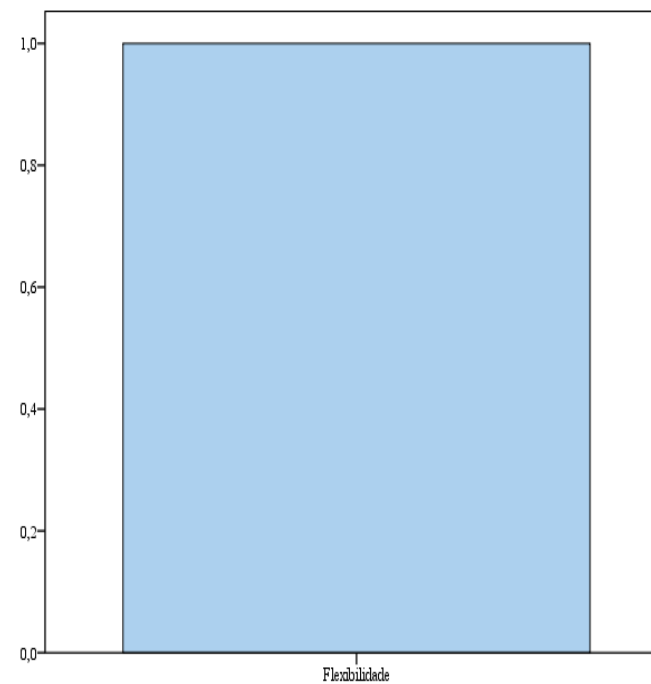


Gráfico 34.2 – Em desenvolvimento

Anexo 35 – Gráficos do Estágio 2 (Outubro)

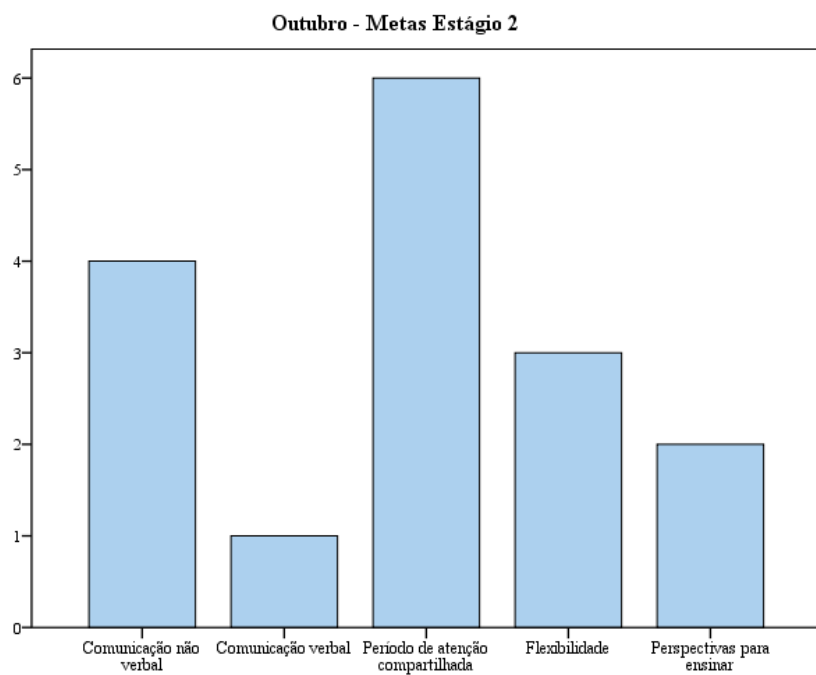


Gráfico 35.1 - Metas

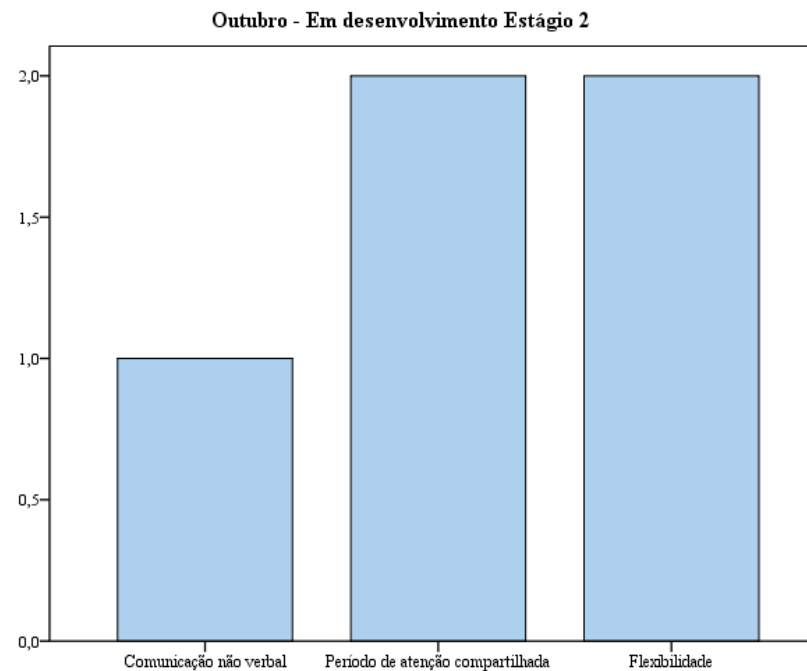


Gráfico 35.2 – Em desenvolvimento

Anexo 36 – Gráficos do Estágio 3 (Outubro)

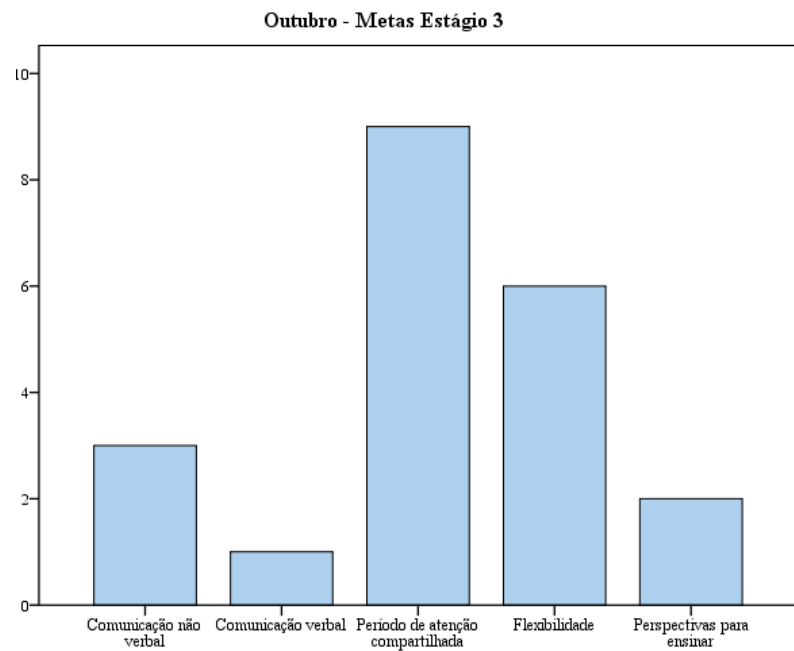


Gráfico 36.1 - Metas

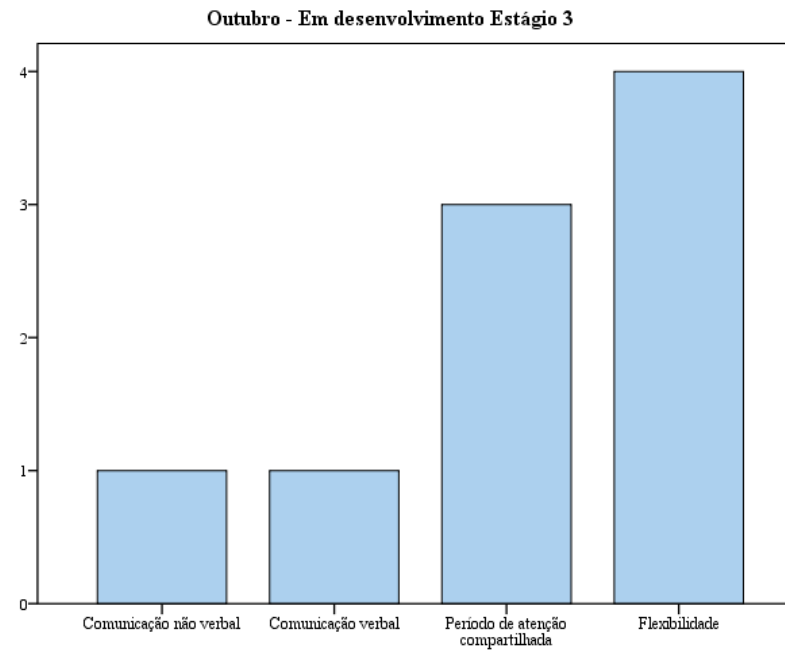


Gráfico 36.2 – Em desenvolvimento

Anexo 37 – Gráficos do Estágio 4 (Outubro)

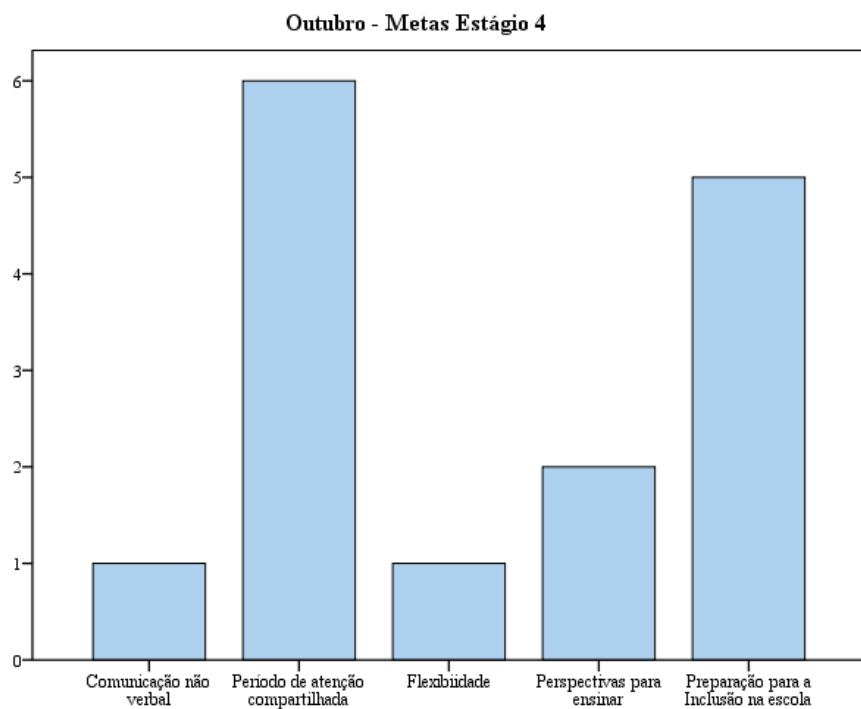


Gráfico 37.1 - Metas

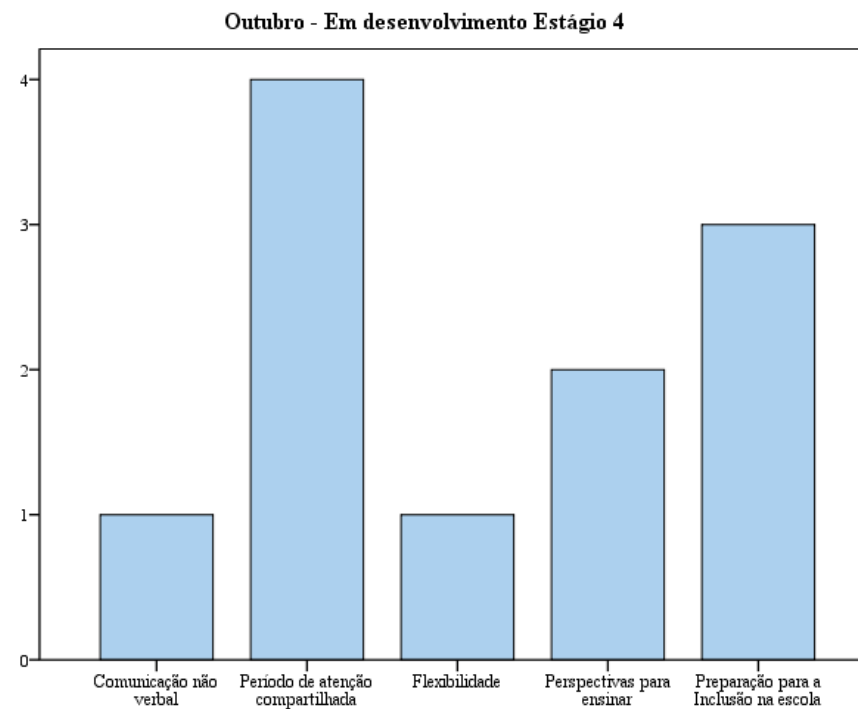


Gráfico 37.2 – Em desenvolvimento

Anexo 38 – Gráficos do Estágio 5 (Outubro)

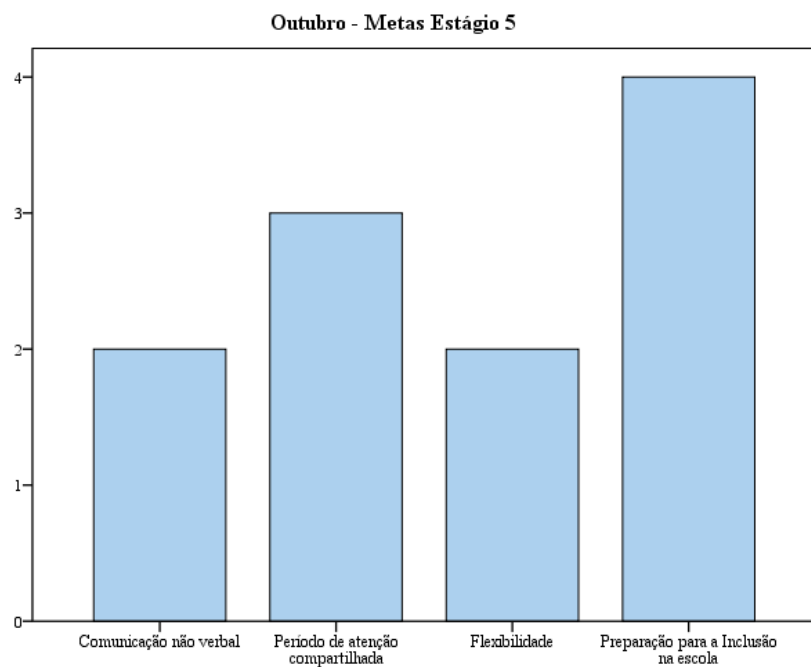


Gráfico 38.1 - Metas

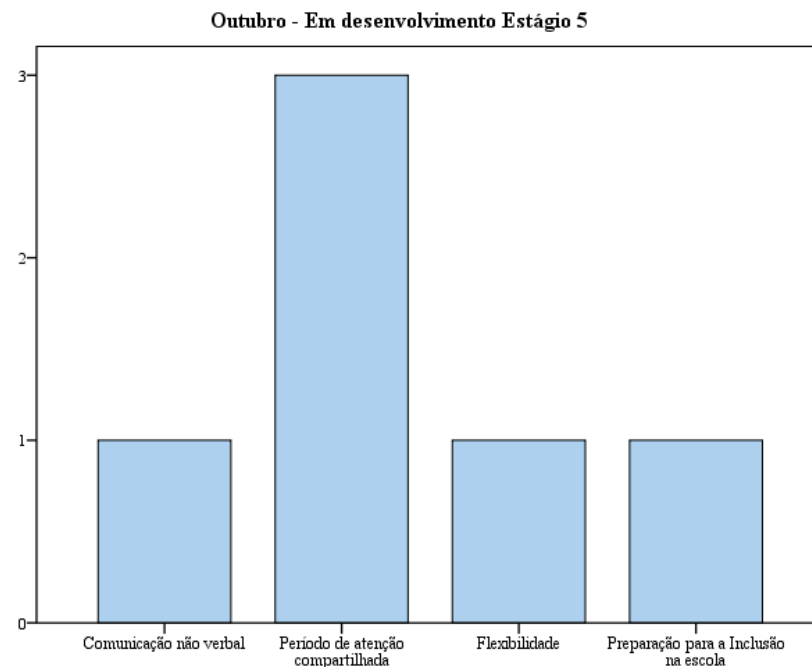


Gráfico 38.2 – Em desenvolvimento

Anexo 39 – Gráficos do Estágio 2 (Novembro)

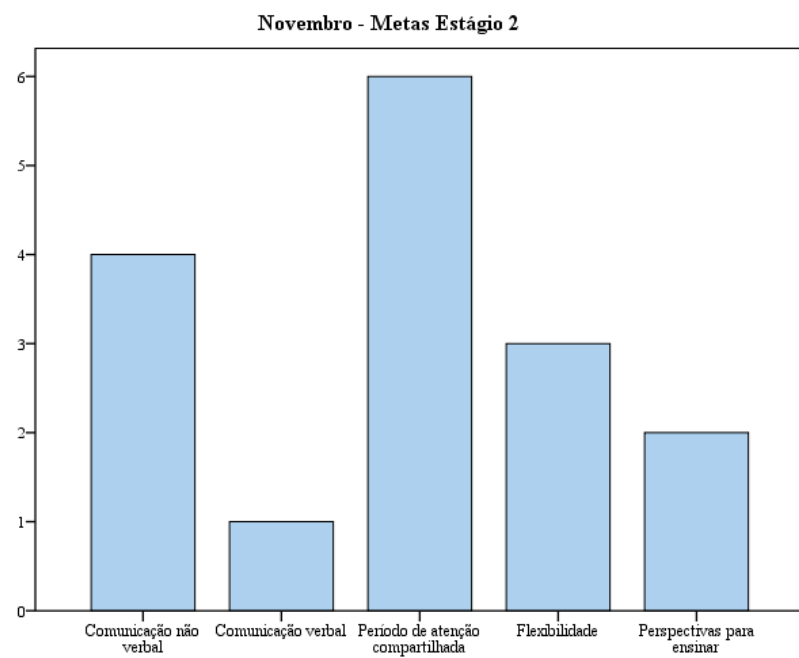


Gráfico 39.1 - Metas

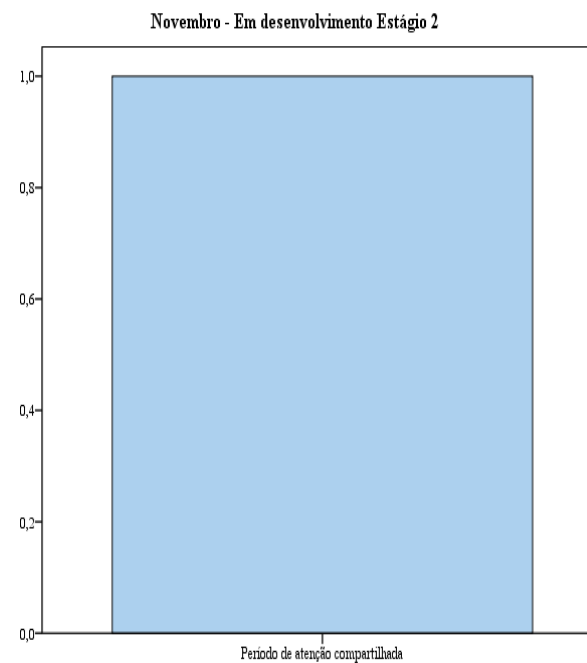


Gráfico 39.2 – Em desenvolvimento

Anexo 40 – Gráficos do Estágio 3 (Novembro)

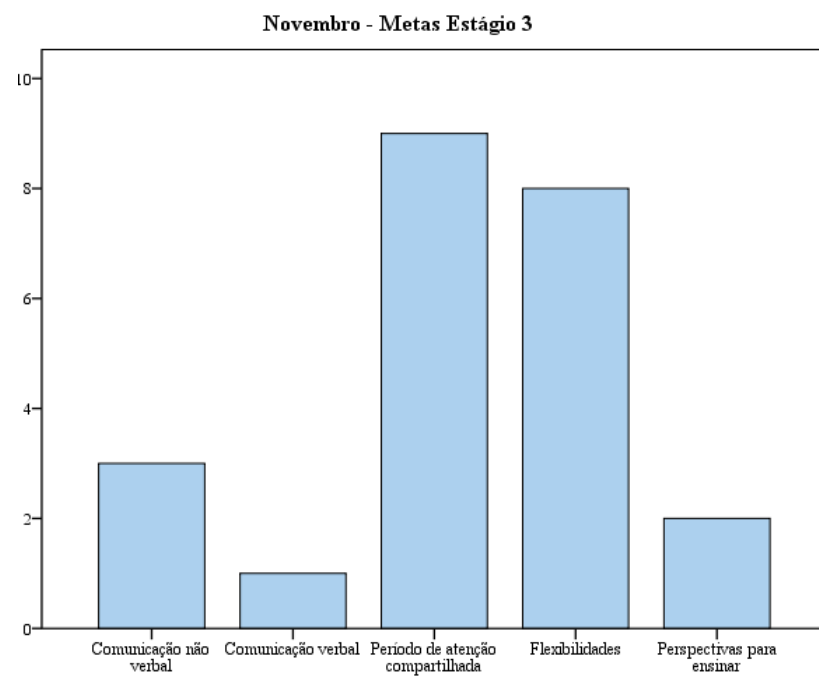


Gráfico 40.1 - Metas

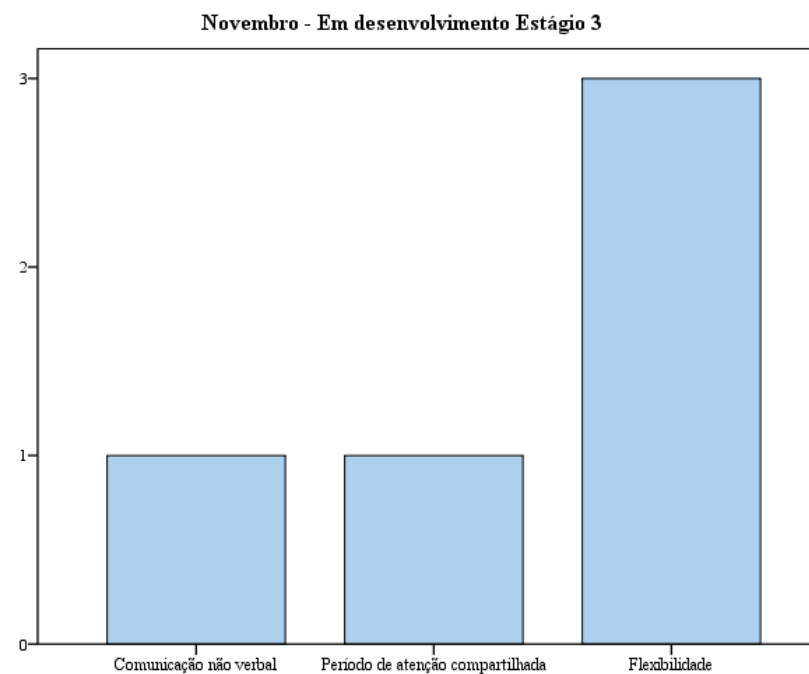


Gráfico 40.2 – Em desenvolvimento

Anexo 41 – Gráficos do Estágio 4 (Novembro)

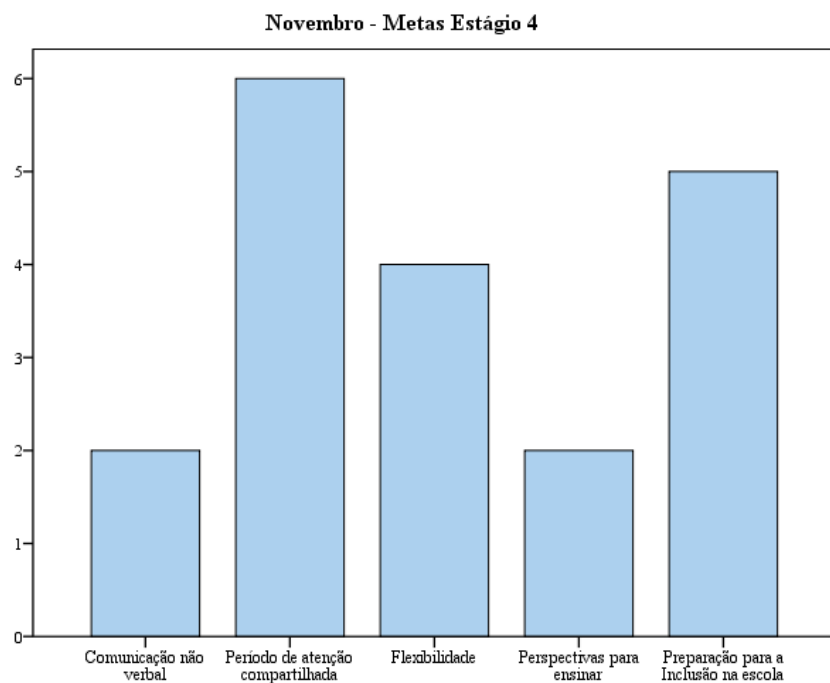


Gráfico 41.1 - Metas

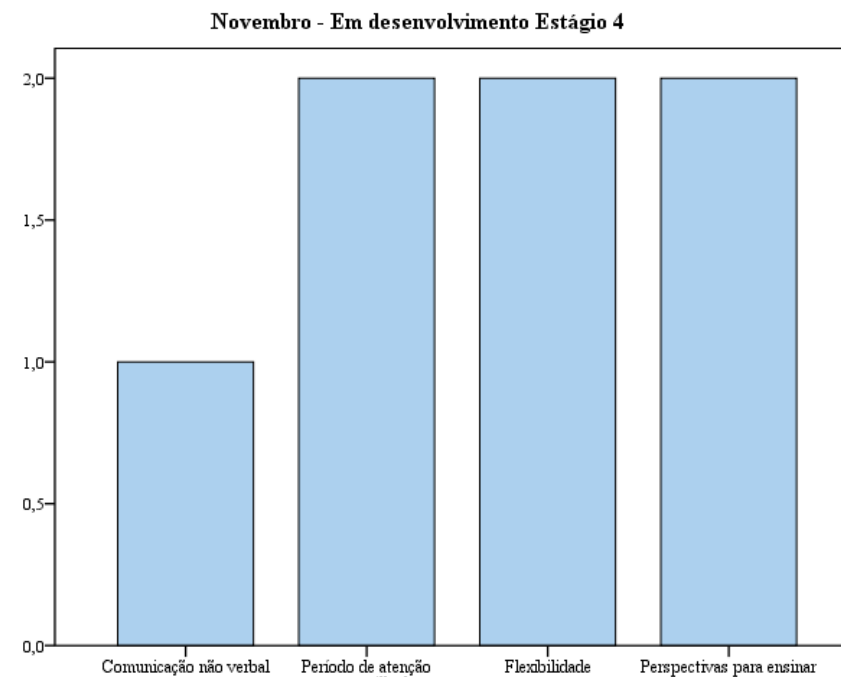


Gráfico 41.2 – Em desenvolvimento

Anexo 42 – Gráficos do Estágio 5 (Novembro)

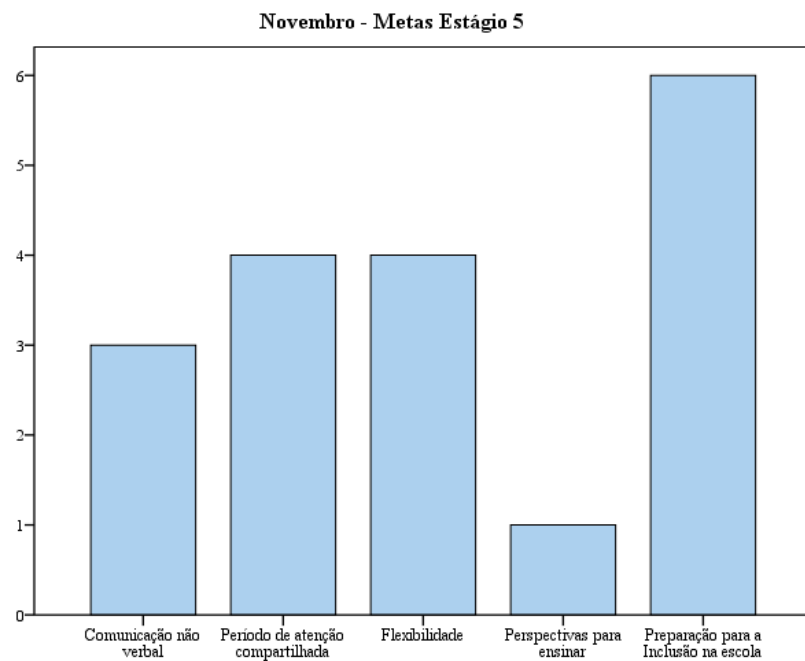


Gráfico 42.1 - Metas

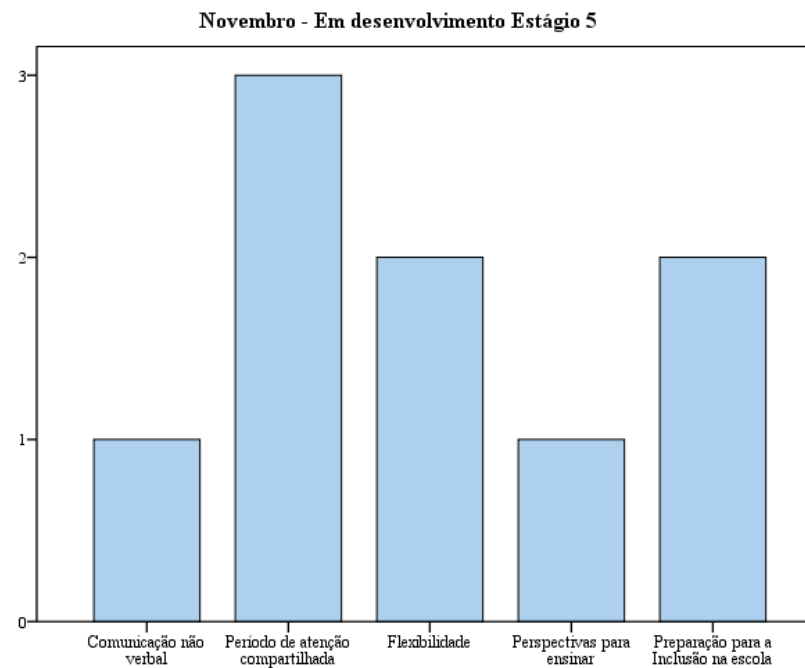


Gráfico 42.2 – Em desenvolvimento

Anexo 43 – Declaração “Vencer Autismo”



Declaração

A Associação “Vencer Autismo” declara que as adaptações às tabelas do Modelo de Desenvolvimento do *Son-Rise Program* (SRP), já traduzidas para Português, foram analisadas e consideradas válidas para serem utilizadas em ambiente escolar como instrumento de recolha de dados, a serem usadas por José Carlos Costa da Mota, na sua tese de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial com o título: *Aplicação do modelo Son-Rise a um aluno com perturbação do espectro do autismo, a frequentar uma turma de ensino estruturado - “ Estudo de caso ”*, na Universidade Fernando Pessoa,

Portugal
Rua de Gondarém, 1393, Hab.03, 4150-198 Porto
Tel.: +351 220 931 390 | Fax: 707 500 836
Email: info@vencerautismo.org
Site: www.vencerautismo.org
NIPC 509579655 – VAT PT509579655

Spain
C/ Emilio Barral, nº 16, Lc 8, 28043 Madrid
Tel.: +34 912353894
Email: info.vae@vencerautismo.org
Site: www.vencerautismo.org/es
NRNA 602298 – CIF G86657814

