



**Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti**  
**Departamento de Educação Especial**  
**Pós-Graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor**

# **ENVOLVIMENTO FAMILIAR E AUTONOMIA NA CRIANÇA COM SÍNDROME DE ASPERGER**

**Discente:** Maria do Carmo Costa Gomes

Porto  
2012/2013



**Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti**  
**Departamento de Educação Especial**  
**Pós-Graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor**

# **ENVOLVIMENTO FAMILIAR E AUTONOMIA NA CRIANÇA COM SÍNDROME DE ASPERGER**

**Discente:** Maria do Carmo Costa Gomes

**Docente Orientadora:** Doutora Maria Isabel Cunha

Projeto de investigação realizado no âmbito da Unidade Curricular de Seminário de Projeto- Problemas Cognitivos e Motores.

Porto  
2012/2013

*Porque és diferente  
Aclamo-te no meu pensamento.  
Porque és diferente  
Elegi-te o arco-íris do meu sofrimento.  
És meu filho, mas também filho teu!  
Travarei lutas e atravessarei desertos  
Mas uma coisa te prometo!  
Dentro de mim encontrarei o segredo do teu conserto.*

*(Manuela Cunha Pereira)*

## Resumo

O presente trabalho, visa perceber qual o papel da família no desenvolvimento da autonomia do jovem com Síndrome de Asperger.

O trabalho é constituído por duas partes: na primeira parte, procedemos à pesquisa bibliográfica através de obras de vários autores onde constam conceitos e teorias explicativas, acerca do espectro do autismo e mais concretamente sobre a síndrome de Asperger. De seguida, abordamos também através de uma revisão da literatura, conceitos como família e construção de autonomia. A segunda parte do trabalho, projetando o estudo empírico, será constituída pelas considerações metodológicas a ter em consideração num estudo de caso de uma criança diagnosticada com Síndrome de Asperger. Para tal, foram utilizados alguns instrumentos de recolha de dados que nos possibilitaram o confronto entre a teoria e a prática: análise documental, ficha de anamnese, grelha de observação de comportamentos e inquérito por entrevista.

Através da análise dos dados recolhidos verificamos que a participação e colaboração da família no processo educativo foi determinante no desenvolvimento da autonomia da criança em estudo. Desde o momento em que tiveram conhecimento do diagnóstico, os pais foram incansáveis em procurar informações sobre a perturbação e em pedir ajuda junto dos médicos e educadores acerca das melhores estratégias a pôr em prática.

Dentro das suas limitações, com este trabalho foi possível verificar de que forma a família se organiza em determinadas atividades que podem contribuir para a construção da autonomia destas crianças. De acordo com Montandon (2005), os progenitores desempenham um papel muito importante no desenvolvimento da autonomia dos filhos, ao providenciarem condições para que estes tenham as suas experiências mais diversificadas.

**Palavras-chave:** Síndrome de Asperger, autonomia, família.

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a ajuda de algumas pessoas a quem não posso deixar de agradecer:

- Aos meus pais e marido, pelo incentivo na inscrição desta Pós-Graduação, por me terem ajudado na realização das tarefas do dia a dia, permitindo-me ter mais tempo para realizar os trabalhos propostos no âmbito do curso, poder dar mais atenção aos meus filhos e assim finalizar mais esta etapa da minha vida, que espero me venha a proporcionar novas experiências futuras;

- Ao meu irmão e à minha cunhada pela grande ajuda prestada e por estarem sempre disponíveis;

- À minha orientadora, Doutora Isabel Cunha, pela sua orientação e disponibilidade;

- A todos os Professores desta Pós-Graduação, por todos os conhecimentos transmitidos e experiências de vida partilhadas;

- Aos colegas de curso, pela partilha de experiências e espírito de interajuda;

# ÍNDICE

Resumo .....	i
Agradecimentos .....	ii
Introdução.....	8
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO I – ESPETRO DO AUTISMO	
1. Definição e evolução conceptual do Autismo .....	12
2. Evolução da Etiologia do Autismo .....	16
CAPÍTULO II- SÍNDROME DE ASPERGER	
1. Conceito e Caracterização da Síndrome de Asperger.....	18
2. Etiologia e Epidemiologia.....	19
3. Como reconhecer a Síndrome de Asperger .....	20
3.1. Avaliação e Diagnóstico.....	20
3.2. Intervenção.....	22
CAPÍTULO III- AUTONOMIA	
1. A Autonomia .....	26
1.1. Conceito de Autonomia .....	26
1.2. Construção da Autonomia .....	27
1.3. O papel da família na construção da Autonomia.....	28
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO	
CAPÍTULO IV- METODOLOGIA	
1. Aspetos Metodológicos .....	34

## CAPÍTULO V- CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

1. Caracterização da realidade familiar .....	38
1.1. Caracterização da família .....	38
1.2. Caracterização do aluno .....	39

## CAPÍTULO VI - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. Descrição e Análise das Grelhas de Observação do Comportamento Adaptativo no Domínio da Autonomia .....	48
1.1. Alimentação .....	48
1.2. Higiene pessoal /utilização da casa de banho .....	50
1.3. Apresentação/vestir e despir .....	51
1.4. Deslocações .....	53
1.5. Outros itens de autonomia .....	55
2. Perfil Intra-Individual do Aluno .....	57
3. Análise da Entrevista Semiestruturada .....	58
4. Interpretação Global dos Resultados .....	64
Considerações Finais .....	68
Referências Bibliográficas .....	70

## ANEXOS

Anexo A- Ficha de caracterização do aluno e Família/Anamnese

Anexo B- Relatórios das consultas de desenvolvimento

Anexo C- Grelha de Observação do comportamento

Anexo D- Guião de entrevista

Anexo E- Transcrição da entrevista à mãe

## Índice de Figuras

**Figura 1:** Teoria da Ecologia do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner) .29

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1:</b> Grelha de observação da alimentação .....	49
<b>Quadro 2:</b> Grelha de observação da higiene pessoal/casa de banho .....	50
<b>Quadro 3:</b> Grelha de observação da apresentação/vestir e despir .....	52
<b>Quadro 4:</b> Grelha de observação das deslocações .....	53
<b>Quadro 5:</b> Grelha de observação de Outros itens de Autonomia .....	56

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Resultados da alimentação. ....	49
<b>Gráfico 2:</b> Resultados da higiene pessoal/casa de banho .....	51
<b>Gráfico 3:</b> Resultados da apresentação/vestir e despir .....	52
<b>Gráficos 4 e 5:</b> Resultados das deslocações .....	54
<b>Gráfico 6:</b> Resultados de Outros itens de autonomia .....	56



## Introdução

Com a realização deste trabalho pretende-se refletir sobre o desenvolvimento da autonomia das crianças com Síndrome de Asperger. Tendo-se verificado um aumento significativo do número de crianças com Síndrome de Asperger, justifica-se a importância deste estudo, no sentido de procurar as melhores estratégias a fim de colmatar as dificuldades sentidas pelas crianças com esta patologia e pela família. Deste modo o problema em estudo permite-nos formular a seguinte questão:

**- Qual a importância da família no desenvolvimento da autonomia de uma criança com síndrome de asperger?**

As dificuldades específicas e as exigências de uma criança com Síndrome de Asperger implicam algumas adequações por parte de todos os intervenientes no seu desenvolvimento. *“As crianças com Síndrome de Asperger precisam que os adultos compreendam as suas dificuldades e os ajudem a melhor aproveitar o fantástico potencial que encerram”* (Antunes, 2009).

O presente trabalho tem como objetivo geral, identificar e analisar como a família contribui na construção da autonomia de uma criança com Síndrome de Asperger. Os objetivos específicos serão: definir e caracterizar Síndrome de Asperger, conhecer o papel das famílias no desenvolvimento da autonomia de um filho com necessidades educativas especiais e apresentar Estratégias de Intervenção que são postas em prática pelos pais.

O trabalho é constituído por duas partes: na primeira parte, procedemos à pesquisa bibliográfica através de obras de vários autores onde constam conceitos e teorias explicativas, acerca do autismo e síndrome de Asperger. Desta forma, este trabalho está estruturado por capítulos e subcapítulos. Assim, na primeira parte, o primeiro Capítulo refere-se à problemática do autismo, a sua definição e causas. No Capítulo seguinte aborda-se a síndrome de Asperger, conceito e caracterização, etiologia, o diagnóstico, a avaliação e a

intervenção. De seguida, abordaremos também através de uma revisão da literatura, conceitos como família e construção de autonomia. A segunda parte do trabalho, projetando o estudo empírico, será constituída pelas considerações metodológicas a ter em consideração num estudo de caso de uma criança diagnosticada com Síndrome de Asperger. Descrevemos a caracterização da família e do aluno. Finalmente faremos a análise dos dados recolhidos, com a conseqüente apresentação das conclusões.

Dentro das suas limitações, com este trabalho pretende-se verificar de que forma a família se organiza em determinadas atividades que podem contribuir para a construção da autonomia destas crianças.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I – ESPETRO DO AUTISMO**

## 1. Definição e evolução conceptual do Autismo

Chegar ao conceito de PEA (Perturbação do Espectro do Autismo) sugere-nos fazer uma retrospectiva, no sentido de perceber todo o percurso, até à definição propriamente dita.

Segundo Gillberg (1990), o autismo é uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas e consequência de um distúrbio de desenvolvimento, tendo como característica sintomática a tendência ao isolamento. De acordo com a ASA (Autism Society of America (1990) citado por Cavaco (2009), o autismo é um distúrbio de desenvolvimento, permanente e severamente incapacitante. A sua origem biológica reside, provavelmente, muito antes do nascimento (Frith, 1999).

O termo autismo vem do grego *autos* que significa “eu” ou “próprio” e *ismo* que se refere a um estado. Foi usado pela primeira vez em 1911, por Eugen Bleuler, um psiquiatra que se dedicava ao estudo da esquizofrenia. Bleuler utilizava esta palavra para se referir à restrição das relações que os indivíduos que padecem desta perturbação têm com o mundo exterior, uma limitação tão extrema que nada parece existir para além da própria pessoa.

O autismo é a perturbação diagnosticada com maior frequência no grupo das perturbações do desenvolvimento, caracteriza-se por um profundo transtorno do desenvolvimento inibindo as capacidades da comunicação e imitação, observando-se, ainda, grande incapacidade na relação com os outros. A criança autista tem dificuldade em processar e organizar a informação, por isso não entende os sinais de comunicação, não sabendo, conseqüentemente, responder aos mesmos.

Embora outros autores se tenham debruçado sobre esta problemática, os pioneiros, a definir o conceito de autismo, foram os psiquiatras Leo Kanner (1943) e Hans Asperger (1944), cujas teorias contêm descrições detalhadas de casos que refletem os primeiros esforços teóricos para explicar as alterações comportamentais. Os dois investigadores acreditavam que, desde o

nascimento, se produzia um transtorno fundamental que daria lugar a características muito específicas (Frith, 1993).

Kanner (1943) fez as primeiras descrições baseadas no estudo que incluía onze crianças (oito do sexo masculino e três do sexo feminino), nas quais observou e descreveu um conjunto de comportamentos mais frequentes e característicos: inabilidade ou incapacidade para estabelecer um relacionamento interpessoal, atraso na aquisição da fala, comportamentos restritos e repetitivos. A este conjunto de comportamentos designou de Autismo Infantil Precoce.

Na perceção de Frith (1999), tanto Kanner, que trabalhava em Baltimore (U.S.A.) como Asperger, que o fazia em Viena (Áustria), viram certos casos de estranhas crianças que tinham em comum algumas fascinantes peculiaridades. Sobretudo essas crianças pareciam incapazes de manter relações afetivas normais com as pessoas. Ambos os autores constataram que estas crianças apresentavam estereotípias, um pobre contacto visual e uma reação negativa à mudança, assim como uma procura constante de isolamento e interesses especiais, referentes a objetos e comportamentos bizarros (Marques, 2000).

Kanner (1943: 223) afirma que: *“Desde 1938, têm chegado à nossa atenção um número de crianças cuja condição difere tão marcada e unicamente de qualquer coisa referida até hoje, que cada caso merece – e eu espero que eventualmente receba – uma consideração detalhada das suas particularidades fascinantes”*.

Kanner (1943), referiu-se às crianças autistas desta forma: “Estas crianças chegaram ao mundo com uma incapacidade inata para desenvolver contacto afetivo normal com as pessoas, que é predeterminado biologicamente, tal como outras crianças nascem com deficiências intelectuais ou físicas inatas”. Ao escrever sobre as onze crianças que estudou, Kanner realçou o facto de estas se interessarem mais, por exemplo, pelas imagens, do que pelas pessoas que as imagens representavam.

As crianças com autismo apresentam uma variedade de comportamentos que as distingue de outras crianças com problemas psicopatológicos: incapacidade para desenvolver relações interpessoais, um atraso na aquisição

da linguagem ou mesmo ausência de linguagem, não utilização da fala para comunicar, ecolalia imediata ou diferida, uso de pronomes na terceira pessoa, jogos e atividades estereotipadas e repetitivas, resistência à mudança, falta de imaginação e criatividade, boa memória de reprodução e uma aparência física normal.

O autismo não é denunciado pelos traços do rosto ou por qualquer anomalia física. O autismo vai-se revelando à medida que o bebê passa por todas as etapas de desenvolvimento próprias dum ser humano. Os primeiros sinais podem aparecer cedo, na dificuldade de sucção ou outros problemas com a alimentação, na falta de interesse pela comida, na preferência ou rejeição de certos alimentos, nos problemas do sono, no choro excessivo ou na sua ausência. Pode estar presente na indiferença que o bebê demonstra pelas pessoas e pelo meio circundante. Ainda assim, isto não chega para se suspeitar de autismo. Podem surgir os comportamentos estranhos, repetitivos (abandar a cabeça, rodar objetos, etc.), a deslocação bípede pode estar atrasada, assim como a linguagem (ou mesmo nem surgirem as primeiras palavras) e a criança não se envolve nas brincadeiras próprias da sua idade.

O diagnóstico chega por volta dos três anos. Nesta idade já poderão estar presentes todos os “sintomas”, característicos da perturbação.

Na década de 70, Wing, Hermelin e O'Connor sugeriram a presença de um problema central, em todos os indivíduos autistas, enumeraram uma tríade de incapacidades, a *Tríade de Lorna Wing*. Esta assinala três áreas de incapacidade, que se enquadram nos domínios da: interação social recíproca; comunicação verbal e não verbal e pensamento e comportamento.

Desde os anos 40 em que Kanner e Asperger publicaram o resultado das investigações acerca do autismo tem-se observado uma evolução nas diversas interpretações e nas propostas terapêuticas que lhe têm sido sugeridas. Assim, determinados conceitos de há 20 ou 30 anos, foram reformulados, melhorados ou mesmo rejeitados.

Em estudos realizados ao longo dos tempos, em que são referidas algumas explicações, são evidenciados três momentos de evolução histórica na literatura que, de algum modo, vieram contribuir para que se compreenda

um pouco melhor esta problemática. O primeiro momento, refere-se ao período após Kanner ter descrito o comportamento das crianças que havia acompanhado e ter dado uma definição de autismo. As investigações que se fizeram no período entre 1943 e 1963 foram no sentido de culpabilizar a família por esta desordem do desenvolvimento infantil. As causas do autismo seriam de origem psicogénicas. Inicialmente acreditava-se que o autismo era o resultado da má interação da criança com os pais, especialmente as mães, que eram acusadas de não saberem dar respostas afetivas aos seus filhos (conceito de “mães frigorífico”). Esta fase foi muito complicada, tendo levado muitas mães a procurar tratamento psiquiátrico e algumas ao suicídio. O autismo seria, portanto, “uma doença da emoção e do afeto” (Frith, 1999). Pelo que a intervenção que se fez, neste período, junto destas crianças teve a ver com o modelo psicodinâmico e a resposta educativa foi descurada. Num segundo momento, no período compreendido entre 1963 e 1983, o autismo foi associado a alterações de origem biológica e atrasos de origem cognitiva. Assim, às anteriores sugestões sobre uma possível origem ambiental do autismo, sucedem os dados empíricos indicativos da origem biológica. Demonstra-se que há a possibilidade de controlar o comportamento das crianças autistas, de as ensinar através de procedimentos operantes. O autismo é associado a alterações cognitivas, o processo de intervenção torna-se mais empírico, e baseia-se na modificação da conduta da criança. A intervenção transita para o sistema educativo, apesar de todo o esforço de investigação feito nessa época, a evolução dos conhecimentos acerca do autismo foi pequena e estes ficaram um pouco fragmentados. O terceiro momento da história da explicação do autismo estende-se desde meados da década de oitenta até à atualidade. A ideia que é hoje sustentada é que, para além da importância que os fatores psicossociais têm no aparecimento do autismo é necessário ainda ter em consideração os fatores genéticos.

As investigações têm prosseguido, suportadas em inúmeras incertezas, procurando respostas que possam indicar os caminhos adequados no sentido de ajudar a criança com autismo a sentir-se melhor na sua diferença.



## 2. Evolução da Etiologia do Autismo

Apesar de diversos autores terem contribuído para a definição de autismo, a sua etiologia continua inconclusiva, não sendo ainda encontrada nenhuma causa específica, no entanto pensa-se que o autismo infantil advém de uma desordem biológica manifestada por sintomas psiquiátricos (Cavaco, 2009).

Apesar de a tecnologia ainda não nos possibilitar observar a forma como as células nervosas do cérebro crescem ou como é que a informação é passada entre as terminações nervosas, sabemos hoje que o autismo resulta de uma anomalia na estrutura e no funcionamento do cérebro, surgidas durante a gravidez. No entanto é importante referir que os “riscos” associados a uma gravidez não estão relacionados com erros da futura mãe, normalmente são situações em que não há qualquer controle (Siegel, 2008).

Assim, perceber e definir as suas causas, é uma questão complexa e controversa que, ainda hoje, continua incompleta, no entanto a investigação aponta para: fatores pré-natais, fatores perinatais (complicações durante o parto), fatores pós-natais (infecções virais como encefalite e trombose), perturbações metabólicas (fenilcetonúria não tratada; acidose láctea que se traduz por alterações ao nível das enzimas que convertem aminoácidos, o que destrói a mielinização do cérebro), perturbações bioquímicas (serotonina – mediador químico) e anomalias cerebrais estruturais. A presença de outras perturbações associadas sugere que o autismo é uma síndrome comportamental de etiologias múltiplas (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2003; Happé, 1994).

Na literatura, encontramos algumas teorias explicativas sobre a evolução das causas do autismo, nomeadamente as Teorias Psicogenéticas, Biológicas ou Neuro-Comportamentais e as Psicológicas. As várias teorias existentes acabam por se complementar, tornando assim possível uma identificação clara da patologia.

## **CAPÍTULO II- SÍNDROME DE ASPERGER**

## 1. Conceito e Caracterização da Síndrome de Asperger

Segundo a Associação Portuguesa da Síndrome de Asperger (APSA),

*“a Síndrome de Asperger é uma perturbação neurocomportamental de base genética, pode ser definida como uma perturbação do desenvolvimento que se manifesta por alterações sobretudo na interação social, na comunicação e no comportamento. Embora seja uma disfunção com origem num funcionamento cerebral particular, não existe marcador biológico, pelo que o diagnóstico se baseia num conjunto de critérios comportamentais.”*

Leo Kanner (1943) citado por Baptista (2002: 23), considera que: “o *distúrbio fundamental mais surpreendente, 'patognômico', é a incapacidade dessas crianças estabelecerem relações de maneira normal com as pessoas e situações desde o princípio de suas vidas*”.

Segundo Cumine et al (2006: 13-14), a síndrome de Asperger caracteriza-se por limitações subtis nas três áreas de desenvolvimento: interação social, comunicação em contextos sociais e imaginação social. Em certos casos, também se registam problemas adicionais de organização e coordenação motora. Em relação à interação social, portadores de síndrome de Asperger podem expressar-se fluentemente, mas podem não captar a reação das pessoas que os ouvem e podem parecer insensíveis aos sentimentos alheios. O desenvolvimento social, especialmente o interpessoal é diferente dos padrões normais, a criança tanto pode isolar-se como também pode interagir de forma estranha. Quanto à comunicação, pode apresentar atraso ou ausência de linguagem verbal; incapacidade para iniciar ou manter um diálogo e uso repetitivo da linguagem. Relativamente à imaginação social, apresenta comportamentos repetitivos e obsessivos, dependência das rotinas, o que faz com que tenha dificuldades em adaptar-se a situações novas e ausência do jogo imaginativo.

Lobo Antunes (2009: 76), na sua obra, *Mal-entendidos*, aponta como características essenciais do Síndrome de Asperger: *dificuldades na interação*

*social; dificuldade na comunicação verbal e não-verbal; dificuldade em criar empatia, isto é: “pôr-se na pele dos outros”; gestos, sons ou atividades repetitivas; hipersensibilidade aos estímulos sensoriais, (sons, cheiros, luz ou texturas).*

## 2. Etiologia e Epidemiologia

Até ao momento não se conhece a causa da síndrome de Asperger, acreditando-se que é pouco provável que seja uma causa, mas sim um conjunto de fatores que pode dar origem à síndrome. Segundo Cumine et al (2006: 11), *“É pouco provável que seja apenas uma causa, mas sim um conjunto de fatores de desencadeamento, sendo que qualquer um deles, registado num determinado momento e numa dada sequência de circunstâncias, pode dar origem à síndrome de Asperger”*.

Asperger (1944), acreditava que esta perturbação era transmitida por via genética, descrevendo-a como uma “limitação da personalidade herdada” (Cumine et al, 2006:12). Segundo Lobo Antunes (2009: 77), “os estudos em gémeos confirmam a preponderância dos fatores genéticos, já que a coincidência da perturbação é muito mais comum em gémeos “verdadeiros” do que nos “falsos”. Atualmente, a síndrome de Asperger é descrita como uma disfunção cerebral que segundo a APSA- Associação Portuguesa da Síndrome de Asperger, se pode dever a doenças ocorridas durante a gravidez, nomeadamente infeções, a alterações surgidas durante o trabalho de parto e outras situações como o hipotiroidismo congénito e as infeções cerebrais neonatais.

Quanto à prevalência da Síndrome, Stefen Ehiers e Christopher Gillberg, publicaram em 1993 os resultados de uma investigação em que, dos sujeitos identificados como portadores da perturbação, calcularam uma prevalência de 36 por 10.000, baseando-se em critérios onde existia algum atraso na linguagem inicial. Todos os estudos de prevalência indicaram que a incidência nos rapazes é mais elevada que nas raparigas.

### **3. Como reconhecer a Síndrome de Asperger**

#### **3.1. Avaliação e Diagnóstico**

Não existem exames clínicos que identifiquem a Síndrome de Asperger, sendo o diagnóstico feito através da observação de comportamentos.

De acordo com Attwood (2006: 24-25) no diagnóstico de Síndrome de Asperger pode considerar-se duas etapas: a primeira consiste no preenchimento, pelos pais e pelos professores, de um questionário com uma lista de verificação de comportamentos e capacidades; a segunda etapa, diz respeito a uma avaliação de diagnóstico feita por profissionais, baseada em critérios previamente estabelecidos que permitem uma descrição clara da síndrome. É importante que se elabore uma avaliação detalhada da criança quanto ao seu nível de desenvolvimento funcional, o seu padrão de dificuldades e limitações, tendo em conta o que preocupa seriamente os pais. A prática da avaliação psicoeducacional pode favorecer a deteção precoce e a identificação das áreas educativas em que se verificam mais dificuldades e permitem analisar divergências entre o funcionamento habitual e o desempenho esperado. De acordo com Attwood (2006) poucos são os pais e profissionais que conhecem os sinais da Síndrome de Asperger e conseqüentemente não encaminham a criança para os serviços especializados em Perturbações Globais do Desenvolvimento. Para tentar superar essa dificuldade foram desenvolvidos dois questionários para identificar essas crianças, concebidos para pais e professores. O primeiro foi desenvolvido na Suécia por Ehlers e Gillberg (1993) e o segundo na Austrália por Garnett e Attwood (1995). O questionário Australiano foi concebido para identificar comportamentos e capacidades indicativas de Síndrome de Asperger em crianças em idade escolar.

Os primeiros critérios formais de diagnóstico foram desenvolvidos por Christopher Gillberg e Carina Gillberg (1989), no Primeiro Congresso Internacional sobre Síndrome de Asperger. Os seis critérios definidos, destacam as dificuldades ao nível da interação social, os padrões de interesses

muito restritos e a perspectiva defendida por Asperger (1944), segundo a qual os padrões de interesses restritos e a necessidade de impor rotinas acentuadas que afetam gravemente a vida do indivíduo ou daqueles que o rodeiam. Incluem as particularidades ao nível da fala e da linguagem, sublinhando que pode ocorrer um atraso inicial no desenvolvimento da linguagem, existindo sempre problemas ao nível da comunicação não-verbal e o desajeitamento motor.

Lorna Wing (1981) citado por Cumine et al (2006: 10), definiu 6 critérios de diagnóstico para a síndrome de Asperger: pouca interação social e inaptidão social generalizada; linguagem peculiar e pedante, de conteúdo estereotipado, mas sem atrasos; capacidades limitadas de comunicação não verbal (pouca expressão facial, voz monótona, gestos inadequados); resistência à mudança; postura corporal incorreta, movimentos desastrados, por vezes estereotipados; boa memória mecânica em interesses restritos.

Atualmente, são também utilizados pelos clínicos dois instrumentos de diagnóstico – o Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais (DSM IV-TR, Associação Psiquiátrica Americana, 2002) e a Classificação Internacional das Doenças, 10.<sup>a</sup> edição (ICD10, Organização Mundial de Saúde, 1992). Ambos os sistemas baseiam os seus critérios de diagnóstico da Síndrome de Asperger nas três limitações fundamentais enumeradas na tríade. Não consideram como características de diagnóstico o atraso da linguagem inicial, nem as dificuldades de coordenação motora.

Em Maio do presente ano, com a evolução do DSM, saiu a versão atualizada – DSM V, que vem substituir o DSM-IV-TR publicado em 2000. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, uma das alterações mais significativas nesta 5.<sup>a</sup> edição é relativamente à perturbação do espectro do autismo (ASD – Autism Spectrum Disorder). De acordo com esta associação esta revisão do DSM, representa uma forma nova e mais precisa de diagnosticar indivíduos com perturbações do espectro do autismo. Os investigadores acreditam que englobar as quatro perturbações: perturbação autística; perturbação desintegrativa da segunda infância; perturbação de asperger e perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação,

num único transtorno “guarda-chuva” vai melhorar o diagnóstico de ASD sem limitar a sensibilidade dos critérios, ou alterar substancialmente o número de crianças que estão a ser diagnosticadas.

O facto de existirem vários instrumentos de diagnóstico pode causar confusão diagnóstica, ao que Antunes (2009: 74) refere “ (...) a *inexistência de um instrumento diagnóstico único obriga a que os médicos, para que se entendam sobre o que estão a falar, concordem com um conjunto mínimo de critérios para definirem a SA.*”

Cumine et al (2006: 26) considera que, apesar dos métodos de avaliação e diagnóstico mencionados anteriormente serem muito importantes, é fundamental na identificação da síndrome e na determinação das necessidades educativas especiais, fazer uma avaliação qualitativa contínua que determine o funcionamento e contemple as seguintes áreas: *“interação social; comunicação social; imaginação social, pensamento e jogos flexíveis; capacidade cognitiva; capacidades de desenvolvimento em áreas como o controlo da atenção, os níveis de linguagem, motricidade fina e global, e capacidade de autonomia”*. A avaliação deve incluir também o historial desenvolvimental, clínico e educativo e também informações e observações de contextos distintos uma vez que o comportamento varia de acordo com o ambiente ou as pessoas.

### **3.2. Intervenção**

De acordo com Hans Asperger (1944) a intervenção para as crianças com Síndrome de Asperger tem de assentar no conhecimento da individualidade de cada uma, nas suas limitações e potencialidades inerentes. Na perspetiva de Antunes (2009: 122) *“Não existe cura para o Autismo, melhor dito, não existem remédios que alterem de forma significativa a capacidade de socialização, ou de empatia, ou a rigidez cognitiva...”* no entanto *“... o prognóstico de uma criança com perturbação do espectro do Autismo é tanto mais favorável quanto mais precoce for o diagnóstico e a intervenção”* (Idem: 128).

A intervenção nesta perturbação do desenvolvimento passa essencialmente pela informação aos pais e aos educadores. Antunes (2009: 122) afirma que *“...tratar das crianças com Síndrome de Asperger implica educar as pessoas que o rodeiam, família primeiro, escola depois, a sociedade sempre que possível”*. Em primeiro lugar é necessário fazer um diagnóstico inequívoco, depois disso é necessário fornecer à família informação detalhada e correta. *“Só pais informados podem ser parceiros eficazes de médicos e terapeutas”* (idem: 123).

A família é *“como um «todo» social, com características e necessidades únicas, que por sua vez se insere num conjunto mais vasto de influências e redes sociais formais e informais. Todos estes elementos são intervenientes e influenciam-se mutuamente”* (Correia 2000:19-20). Tendo isto em conta é importante que a intervenção contemple a família e não apenas a criança, uma vez que todos os membros a influenciam. É importante apoiar e capacitar os pais para que estes dediquem mais tempo a proporcionar o bem-estar aos membros da sua família interagindo frequentemente com a criança, incentivando-a a ter interesses diversificados e promovendo a relação com os seus pares. Borreguero (2006) salienta a importância de se apoiarem estas famílias, sugere um apoio adequado à estrutura de cada família, bem como às necessidades individuais de cada um dos seus membros.

Tendo em conta que uma das dificuldades mais significativas das crianças com Síndrome de Asperger é a interação social, Attwood (2006: 74) sugere algumas estratégias de treino de comportamento social que podem ser postas em prática pela família: ensinar a criança a começar, manter e terminar brincadeiras sociais; a ser flexível, cooperativo e capaz de partilhar; a isolar-se sem ofender os outros; explicar o que deveria ter sido feito; convidar amigos para ir a casa; ensinar a observar as outras crianças que podem servir de modelo; incentivar a criança a participar em jogos coletivos; informar sobre formas alternativas de pedir ajuda; ensinar a ler os sinais dos diferentes tipos de emoções e o tipo de resposta a dar; ajudar a expressar emoções.

Como referem Carvalho e Araújo (2009) citado por Viseu (2010: 63), é necessário fazer uma intervenção a vários níveis, envolvendo o apoio



psicológico e educacional contando com diversos profissionais. Estes autores consideram necessário trabalhar áreas relacionadas com: interesses e rotinas, abordando construtivamente cada interesse especial e promovendo as rotinas para reduzir a ansiedade; competências cognitivas, de forma que compreenda o ponto de vista do outro assim como os seus pensamentos ao nível da imaginação, criatividade, flexibilidade e memória; competências sociais, de forma a poder aprender a abordar o outro socialmente; a linguagem corporal e expressão facial, as competências pragmáticas, para exercitar-se na apropriação de comentários, interpretação de discursos com suas características de velocidade, volume e entoação; motricidade fina e global, de forma que não seja agravada a dificuldade de coordenação dos membros bem como o equilíbrio ao nível da marcha e corrida, e ainda as dificuldades na escrita e desenho. Os autores referem também a necessidade de trabalhar ao nível da sensibilidade sensorial, nomeadamente a sensibilidade auditiva, visual, tátil, gustativa e dolorosa.

De acordo com Mello (2005) apesar de se considerar que a intervenção deve ser realizada com auxílio de programas individuais em função da evolução de cada criança, há aspetos que podem ser considerados fundamentais num programa de intervenção. Deve-se procurar o mais precocemente possível desenvolver: a autonomia e a independência; a comunicação não-verbal; os aspetos sociais como imitação, aprender a esperar a vez e jogos em equipa e a flexibilização das tendências repetitivas.

## **CAPÍTULO III- AUTONOMIA**

## 1. A Autonomia

### 1.1. Conceito de Autonomia

De acordo com Oliveira e Siqueira (2004: 2), a palavra autonomia provém da palavra grega autos (próprio) e da palavra nomos (norma, lei). Este conceito designa a certeza do indivíduo "...assumir decisões sobre a sua própria vida".

Segundo Doron e Parot (1998: 99) a autonomia surge da "interiorização de regras e valores, consecutiva a um processo de negociação pessoal com diversos sistemas normativos de independência e de constrangimentos sociais" e é um processo em que o indivíduo atinge sozinho as suas próprias normas de conduta.

Segundo o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (Brasil) a autonomia é: *"a capacidade de se conduzir e de tomar decisões por si próprio, levando em conta regras, valores, a perspectiva pessoal, bem como a perspectiva do outro"*.

Reichert e Wagner (2007) consideram que é com o grupo de pares que o jovem desenvolve sentimentos de reciprocidade, celebra relações de solidariedade e adquirirá sentimentos de identidade social, independência e de autonomia a vários níveis. Assim, identificaram três níveis de autonomia: cognitiva, emocional e funcional. A autonomia cognitiva consiste na capacidade do indivíduo, através de processos cognitivos, fazer as suas próprias escolhas, ser capaz de refletir sobre os seus atos e definir as suas próprias metas. Quanto à autonomia emocional, esta existe quando o jovem define as suas metas com firmeza independentemente da opinião dos pais ou dos pares. Em relação à autonomia funcional, esta consiste na capacidade que o indivíduo tem em tomar decisões e tratar os próprios assuntos sem a ajuda dos pais utilizando as estratégias adequadas para alcançar os seus objetivos.

O desenvolvimento da autonomia ocorre através da imposição da cultura e das relações sociais nas características pessoais (Mogilka, 1999). No entanto,

este desenvolvimento é variável, ou seja, duas pessoas que partilhem a mesma cultura e as mesmas relações sociais poderão ter diferentes graus de autonomia devido às características pessoais, concretamente a autoconfiança que poderá influenciar de forma positiva ou negativa a concretização de um maior ou menor número de atividades.

## **1.2. Construção da Autonomia**

A autonomia não é um dado adquirido, é alcançada através do treino e da consciencialização de estratégias, assim como da promoção das condições necessárias para a sua realização. Desta forma, os progenitores desempenham um papel muito importante no desenvolvimento da autonomia dos filhos, ao proporcionarem condições para que as crianças tenham as suas experiências mais diversificadas (Montandon, 2005). Os pais, durante o seu contacto diário com a criança, conduzem o comportamento dos filhos para que estes adquiram princípios morais e comportamentos que irão garantir independência, autonomia e responsabilidade (Alvarenga & Piccinini, 2001). Segundo Ferland (2006), a resposta dada pelos pais ao desejo e às tentativas de autonomia dos filhos tem um impacto na sua autoestima e no desenvolvimento da sua autonomia. Assim, se os pais reprimirem constantemente as tentativas de autonomia do filho, este tenderá a sentir pouca autoconfiança e a duvidar das suas capacidades; em comparação, se os pais derem à criança alguma liberdade para experimentar a realização de pequenas tarefas sozinha, esta adquirirá maior autoconfiança nas suas competências e aperceber-se-á que os outros confiam nela para realização de outras tarefas.

Greeley e Tinsley (1988, citado por Santos, 2000), concluíram através de um estudo, que existe uma forte relação entre a aquisição da autonomia e o estabelecimento de relações interpessoais.

Bastos (1998, citado por Santos, 2000) considera que a autonomia se constrói no contexto inter-relacional, a exploração e aproximação dos outros está associada a um maior sentido dos valores, opiniões e atitudes face às outras pessoas. O mesmo autor, dá ênfase à importância do suporte emocional da família nas questões da aquisição da autonomia.

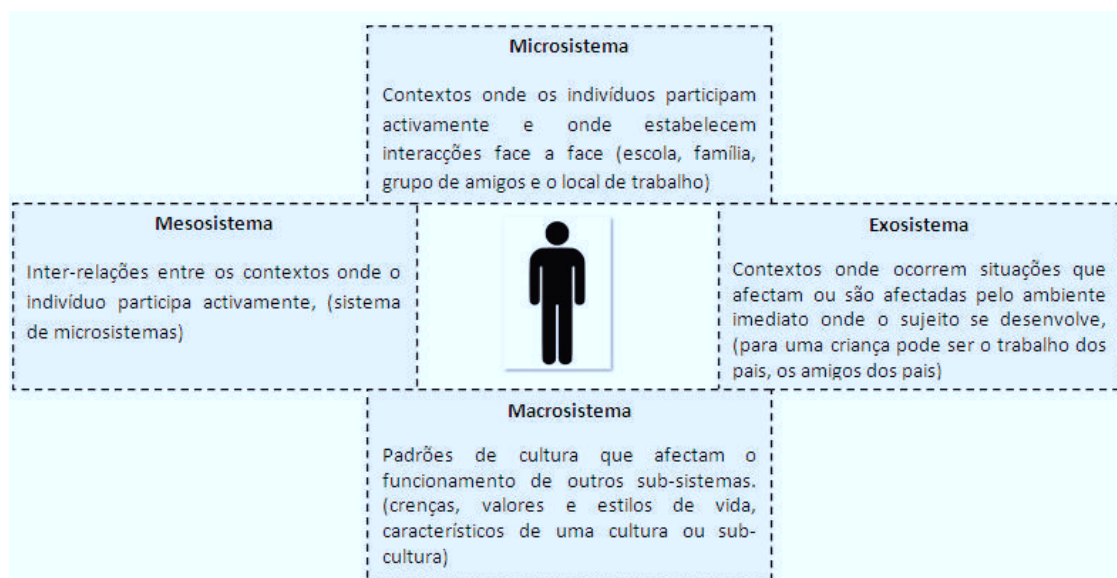
Segundo Tammet (2007), autor do livro “Nascido em um dia azul”, diagnosticado com Síndrome de Asperger, a sua autonomia e integração no mundo deve-se à participação da família, que o ajudou a enfrentar e a vencer as dificuldades típicas da patologia.

### **1.3. O papel da família na construção da Autonomia**

A família é considerada uma instituição responsável por promover a educação dos filhos e influenciar o comportamento dos mesmos no meio social. O papel da família no desenvolvimento de cada indivíduo é fundamental. É no seio familiar que são transmitidos os valores morais e sociais que servirão de base para o processo de socialização da criança, bem como as tradições e os costumes conservados através de gerações. São portanto os pais, os primeiros responsáveis pela educação dos seus filhos. É no seio da família que a criança adquire o que há de mais importante, como o amor e o afeto.

De acordo com Ruthellen Josselson (1977) citado por Fleming (1993), a autonomia, a individualização e a formação da identidade, são fenómenos que se interligam e influenciam mutuamente constituindo os “ingredientes psicológicos” fundamentais da separação pais-filhos. A formação da identidade é facilitada pelo aumento de autonomia que também evolui com o avanço do processo de individualização. No entanto, Reichert e Wagner (2007) destacam que a independência e a autonomia não podem ser consideradas como sinónimos: “*a autonomia é mais que ter comportamentos independentes*” (p.293) e a independência diz respeito à capacidade dos jovens decidirem por eles próprios. Segundo estes autores o desenvolvimento da autonomia é um

processo que está relacionado com as relações familiares e vai sofrendo influência de variáveis externas como: a estrutura e comunicação familiar e o meio envolvente e tem influência de variáveis internas como a auto-estima e o desejo da independência. Tendo em conta o modelo de Bronfenbrenner (2002), a família é entendida como um sistema no qual os diferentes elementos podem estar agrupados em subsistemas, funcionando de acordo com as regras e formas de comunicação específicas. Daí que qualquer mudança no comportamento de um dos membros da família influencie cada membro individualmente ou, mesmo o grupo como um todo. O sujeito em desenvolvimento é aquele que colabora, interage e reorganiza o meio e por isso não é uma tábua rasa. Bronfenbrenner (2002) lembra que os diversos contextos ou sistemas ecológicos onde um indivíduo se desenvolve estão relacionados uns com os outros, sendo unidades concêntricas que se revelam dentro e entre as mesmas, em que foca as interações dos sujeitos com os diferentes contextos. Estes diferentes contextos são designados por sistemas ecológicos, sendo eles: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema, como se pode observar na figura 1.



**Figura 1.** Teoria da Ecologia do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner) **Fonte: Pires (2011, p.25)**

O processo inicial de socialização, onde a criança aprende os horários alimentares, os hábitos de higiene, a linguagem e as normas de comportamento, acontece também no seio familiar. Assim, a socialização são todos

*“os processos sociais através dos quais as crianças desenvolvem uma consciência da existência de normas e valores sociais e alcançam uma noção própria de eu-social. Embora os processos de socialização sejam particularmente significativos durante a infância e a adolescência, continuam, até certo ponto, presentes durante o resto da vida. Nenhum indivíduo está imune às influências de outros à sua volta, modificando constantemente o seu comportamento durante todas as fases da sua vida (Giddens, 2000: 694).*

A socialização da criança na escola é também de grande importância. É aqui que ela põe em prática os seus comportamentos e hábitos, uma vez que os professores e os companheiros da mesma idade desempenham um papel importante neste processo. Assim, é importante aproximar a escola da família, e incentivar a participação da família no processo educativo e na comunidade escolar. Alunos, pais e professores só terão a ganhar com esta aproximação.

Uma boa relação entre a escola e os pais é muitas vezes, o segredo de êxito escolar da criança, conferindo-lhe assim alegria e segurança.

Quando se trata de famílias com crianças que apresentam problemas de desenvolvimento, o primeiro passo para o crescimento da autonomia da criança numa escola é a aceitação por parte dos pais da condição do seu filho, para poder compreender e auxiliar a sua progressão quer a nível académico quer a nível social. Não é ignorando a criança ou os seus problemas que a família a vai ajudar, é importante que esta se informe da real condição da criança e que passe essa informação para a escola onde ela está incluída e inserida, para que o professor melhor planeie as atividades de forma a melhor aproveitar as capacidades da criança.

É fundamental, para que melhor se possa ajudar a criança que o seu problema seja descoberto o mais cedo possível, e é claro que esta função

pertence acima de tudo aos pais que são quem, em princípio, lida com a criança nos primeiros anos da sua vida.

O impacto sentido pela família com a chegada de uma criança com algum tipo de perturbação é intenso. Segundo Brito e Dessen (1999) citado por Negrelli e Marcon (2006), esse momento é traumático, podendo causar uma forte desestruturação na estabilidade familiar. O momento inicial é sentido como o mais difícil para a família, a qual tem que buscar a sua reorganização interna (Taveira, 1995, citado por Negrelli e Marcon, 2006) que, por sua vez, depende da sua estrutura e funcionamento enquanto grupo e, também, dos seus membros, individualmente. De acordo com Alves (2009: 14-15) “ As famílias podem vivenciar uma série de emoções quando ficam a saber que o seu filho tem SA, entre as quais, perda, alívio, culpa e medo do futuro.” Para esta autora é importante que os pais adotem atitudes construtivas de forma a poderem enfrentar a situação.

Para Correia (1996), quanto mais participativos forem os pais, mais facilmente a criança adquirirá as aptidões desenvolvimentais, sociais e adaptativas, tão necessárias a uma boa aprendizagem e à formação de uma personalidade saudável. É na relação com a família que a criança cresce, se desenvolve e aprende a relacionar-se com o mundo que o cerca. Os pais não podem mudar a condição genética de seus filhos, mas podem e devem proporcionar-lhe tudo o que ela precisa, amor e um ambiente necessário para desenvolver todo o seu potencial.



## **PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO**

## **CAPÍTULO IV- METODOLOGIA**

## 1. Aspectos Metodológicos

A opção metodológica escolhida foi o estudo caso, uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo e interpretativo. A investigação qualitativa, segundo Bogdan e Biklen (1994), surgiu no final do século XIX e início do século XX, atingindo o seu ponto alto nas décadas de 1960 e 1970 através de novos estudos e sua divulgação.

Os estudos de caso podem ter diferentes graus de dificuldade, sendo efetuados tanto por principiantes como por investigadores experientes, pois são mais fáceis de realizar do que os estudos realizados em vários locais em simultâneo ou com vários sujeitos (Scott, 1965 citado por Bogdan e Biklen, 1994).

Merriam (1988), citada por Bogdan e Biklen (1994), refere que o estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico.

Bogdan e Biklen (1994) referem que o estudo de caso pode ser representado por um funil onde o início do estudo corresponde à parte mais larga. Referem ainda que nos estudos de caso, a melhor técnica de recolha de dados consiste na observação participante sendo o foco de estudo uma organização particular. Ainda segundo os mesmos autores, enquanto que a investigação quantitativa utiliza dados de natureza numérica que lhe permitem provar relações entre variáveis, a investigação qualitativa utiliza principalmente metodologias que possam criar dados descritivos que lhe permitirá observar o modo de pensar dos participantes numa investigação.

O presente trabalho visa saber de que forma a intervenção da família pode promover o desenvolvimento da autonomia das crianças com Síndrome de Asperger. Neste sentido enumeramos os seguintes objetivos:

- Determinar a importância do papel da família no desenvolvimento da autonomia de uma criança com Síndrome de Asperger;

- Conhecer as competências promovidas pelos pais no âmbito do desenvolvimento da autonomia nos diferentes contextos.

Assim, depois de especificadas estas questões fundamentais, estabeleceram-se os contactos iniciais e a recolha de dados. A recolha de dados neste estudo foi feita pelo investigador e no contexto familiar, baseando-se fundamentalmente em duas fases: numa primeira fase foram feitas as recolhas de dados de estrutura ou dados mortos, como a ficha de anamnese (Anexo A) e numa fase posterior foram feitas recolhas de dados dinâmicos: grelha de observação do comportamento adaptativo (Anexo C), adaptado de Nadine Lambert, Kazuo Nihira, & Henry Leland (1993), com especial ênfase para a independência pessoal, onde se avaliam os skills considerados importantes para a autonomia e responsabilidade nas diversas tarefas do dia-a-dia, preenchida por quem está em contacto direto com o jovem (mãe, pai e avó); nos inquéritos (entrevista à mãe); na reunião de documentos (relatórios médicos e pedagógicos existentes).

A análise das Grelhas de Observação foi realizada por contextos de atividades, nas áreas de alimentação, utilização da casa de banho/higiene pessoal, apresentação/vestir e despir, deslocações e outros itens de autonomia, comparando as observações entre os três intervenientes diretos, e permitiu-nos fazer a descrição dos dados obtidos, que foram apresentados sob a forma de quadros e gráficos para melhor compreender os mesmos.

Os dados que emergirem da entrevista serão analisados tendo por base a análise de conteúdo. Na perspetiva Berelson (1952), citado por Pires (2011: 41) a análise de conteúdo é *uma técnica de investigação que permite a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação*. Assim, segundo esse autor esta técnica é objetiva, uma vez que exige a definição de categorias de análise e de subcategorias; é sistemática, na medida em que todo o conteúdo deve ser analisado em relação a todas as categorias e visa a quantificação, sendo esta a última fase desta técnica, através da qual se obtêm informações mais objetivas e precisas sobre a frequência de ocorrência do conteúdo analisado.

Tendo por base estas orientações, depois de transcritas, o conteúdo das entrevistas foi objeto de uma análise sistemática, destinada a verificar os objetivos propostos. Após várias leituras pormenorizadas do seu conteúdo, foram definidos os temas das respostas. De seguida, foram identificados, para cada tema unidades de registo temáticas que, posteriormente, foram reagrupadas em categorias e sub-categorias definidas.

Com estes métodos pretende-se identificar e analisar aspetos relativos ao objetivo da pesquisa.

Adler & Adler (1994, citado por Aires, 2011), mencionam que a observação qualitativa é essencialmente naturalista; pratica-se no contexto da ocorrência, entre os intervenientes que participam naturalmente na interação e segue o processo normal da vida quotidiana. Os observadores qualitativos são livres de pesquisar conceitos e categorias que lhes pareçam significativas para os indivíduos o que torna este tipo de observação flexível e aberta.

De acordo com Bogdan e Biklen (1994), o facto de haver uma grande proximidade na relação entre o investigador e os participantes no estudo (aluno e pais) pode ser considerado benéfico, no sentido de haver uma maior cumplicidade entre os intervenientes na investigação e também pelo facto do investigador não ser considerado um elemento estranho ao ambiente.

## **CAPÍTULO V- CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA**

## 1. Caracterização da realidade familiar

### 1.1. Caracterização da família

A família é um sistema que tem servido a sociedade de várias maneiras mas a sua função essencial é, sem dúvida, dar suporte social e emocional aos seus membros e criar e educar os filhos, ajudando-os a lidar com as crises próprias do desenvolvimento.

Segundo Macedo (1994),

*“ A família é a matriz da identidade pessoal e social, uma vez que nela se desenvolve o sentimento de pertinência que vem com o nome e identificação social, bem como o sentimento de independência e autonomia, baseado no processo de diferenciação, que permite a consciência de si mesmo como alguém diferente e separado do outro.”*

O núcleo familiar de F. é constituído por cinco pessoas: o pai, a mãe, irmã, avó materna e ele próprio. A irmã é mais nova, tem 10 anos e frequenta o 5.º ano no mesmo estabelecimento de ensino. O pai tem 43 anos e a mãe tem 41 anos. Pertencem a um nível socioeconómico elevado, sendo a profissão de ambos Juíz de Direito. Habitam numa moradia com treze divisões, onde o F. dispõe de local adequado para realizar os seus trabalhos escolares. O ambiente familiar deste aluno caracteriza-se como favorável ao desenvolvimento de bons hábitos escolares, uma vez que os pais demonstram grande vontade em participar na vida escolar do seu educando, aderindo com frequência a todas as iniciativas propostas pela escola. Normalmente é o pai que o leva e vai buscar à escola. Quando os pais, por motivos profissionais ou outros, não têm possibilidade de o ir buscar é a avó materna que assume essa função.

O facto de pertencerem a um nível socioeconómico elevado, permitiu-lhes desde sempre poder inscrever o F. em diversas atividades, frequentar a academia de Inglês desde os 4 anos, visitar com bastante frequência locais de interesse para o F., ir várias vezes ao cinema e ao teatro e o mais importante na superação das suas dificuldades foi o facto de, para além das consultas de desenvolvimento no Centro Hospitalar de Gaia ter também consultas de psicologia em gabinete particular, inicialmente duas vezes por semana e mais tarde uma vez por semana.

Trata-se pois de uma família que tem tido um papel muito importante no desenvolvimento da criança, sendo o seu envolvimento no processo de intervenção considerado um fator primordial.

## **1.2. Caracterização do aluno**

As características do aluno que iremos apresentar foram retiradas da entrevista aos pais onde se preencheu uma ficha de caracterização/Anamnese (Anexo A) e também dos relatórios das consultas de desenvolvimento a que tivemos acesso (Anexo B).

A criança em estudo é um menino de 12 anos, saudável, que vive com os seus pais, irmã com 10 anos e avó materna. Passará a ser designada por F.

Relativamente aos dados do período pré-natal, podemos dizer que os pais tinham 29 e 31 anos quando o F. foi concebido. A gravidez foi desejada e planeada, decorreu durante 39 semanas não tendo ocorrido nenhuma complicação ao longo deste período. A mãe teve o acompanhamento médico a partir do 1.º mês de gravidez, tendo feito as ecografias e exames necessários.

No período perinatal, que corresponde ao momento do parto, este, segundo os dados recolhidos, foi um parto normal e teve a duração de 15 minutos. O menino nasceu com 3,320 Kg, com 50 cm de comprimento e 34 cm de perímetro cefálico. O F. não demorou a chorar após o nascimento, sendo o índice de APGAR ao primeiro minuto 9 e ao quinto minuto 10.



Quanto ao período pós-natal, a criança começou logo a ser alimentada com leite materno, tendo apresentado icterícia neonatal.

Nos primeiros 3 anos de vida foi uma criança aparentemente “sem problemas”. Foi sempre “calmo e sossegado, dócil”, gostava particularmente de brincar com imitações de máquinas (exemplo: máquina de lavar roupa), com aparente faz de conta, demonstrava um grande interesse por livros, precocemente começou a cantar e gostava de fazer rimas.

Os pais começaram a notar algumas dificuldades no 1.º semestre de 2004 (3- 3,5 anos), que coincidiu com a mudança de casa e menor presença dos pais. A criança começou a demonstrar alguma inexpressividade, apatia, deixando de fazer perguntas; demonstrava desinteresse pela irmã, algum isolamento, por vezes parecia não ouvir; tinha episódios de choro sem motivo aparente; houve uma regressão na linguagem (certo “mutismo”, frases desconexas, muitas vezes com ecolalia diferida descontextualizada, ladainhas); apresentava um comportamento repetitivo (correr/saltar entre o mesmo espaço durante horas seguidas) com caráter de estereotipia complexa e apresentou também enurese secundária transitória. Para além destes comportamentos e até aos 5 anos aproximadamente apresentou também: comportamentos obsessivos: ex: fechar as portas dos armários do quarto antes de se deitar, ordenar os bonecos da prateleira; tendência a ritualizar atividades do dia a dia (o vestir, ida à aula de piano...); resistência em adaptar-se a situações ou locais novos; interesse sensorial invulgar ( aproximar objetos dos olhos – livro/brinquedo, antes de iniciar a sua exploração funcional); ignorava quando abordado por outras crianças (não conhecidas); brincava paralelamente no grupo; não iniciava jogo cooperativo/imaginativo com os pares; quando era integrado facilmente se desinteressava; ficava muito ansioso em ambientes com muitas pessoas (mesmo em casa e com familiares com quem está com alguma frequência), isolando-se; tinha reações emocionais exuberantes, sobretudo de choro e por vezes sem motivo aparente (ou não facilmente identificável); apresentava um olhar muitas vezes ausente/fixo (no vago); compreendia e usava linguagem não verbal; no entanto tinha dificuldade em compreender representação gráfica de situações com conteúdo emocional (ex:

porque é que o menino tem a boca aberta, numa situação em que se está a rir); particular interesse pelo tema dos “planetas”; capacidade superior à esperada para fazer rimas e identificar letras no início e final das palavras (consciência fonológica).

Esteve aos cuidados da avó materna até ao 3 anos e 7 meses, tendo ingressado em setembro de 2004 (43 meses) num Jardim de Infância particular. Desde o início da sua entrada demonstrou desinteresse pelas atividades do grupo, isolava-se com alguma frequência e evitava contacto visual.

Começou a ser seguido em Consultas de Desenvolvimento do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia em setembro de 2005. Estas consultas tinham uma frequência trimestral.

Aos 57 meses foi-lhe aplicada a escala de Griffiths que revelou um QGD de 84 (B-95, C-84, D-84, E- 88, F-70) (prejudicado por falta de colaboração nalgumas áreas nomeadamente na locomotora que não foi mesmo avaliada), salientando-se algumas dificuldades na coordenação motora fina particularmente ao nível da grafomotricidade, na discriminação e organização visuoespacial, tarefas sequenciais, na memória verbal imediata, nas noções temporais e de grandezas, na relação número-quantidade e no raciocínio lógico. Como áreas fortes apresentava a memória visual e a capacidade para fazer rimas. Foram também aplicadas, a escala de avaliação do comportamento - CARS, onde obteve uma pontuação “border-line” e uma entrevista semi-estruturada - ADI-R onde teve uma cotação significativa nos domínios B (interação social) e D (comportamentos repetitivos e padrões estereotipados) e ainda perturbação qualitativa da língua (ecolália diferida).

Na avaliação da consulta de desenvolvimento (59 meses), em fevereiro de 2006, o exame físico e neurológico não demonstrou alterações, exceto discreto estrabismo do olho esquerdo; bom contacto visual; boa capacidade expressiva (até com expressões mais elaboradas como “fazer o curativo”) embora frequentemente com fala de mimo; interesse reduzido pelos brinquedos disponíveis tendo passado grande parte da consulta em saltinhos de cócoras), alguma resistência em colaborar nas atividades propostas.

A conjugação dos diversos elementos levou nesta altura (59 meses), ao diagnóstico de Síndrome de Asperger. Nesta altura foi sugerido aos pais dar início a uma intervenção (psicoterapia) mais dirigida às dificuldades específicas encontradas.

Na consulta de desenvolvimento (66 meses), em agosto de 2006, a criança já tinha apoio semanal de psicologia em gabinete particular (desde março de 2006), que decorria sob a orientação da Doutora Maria de Gois – “Aprender”. Nesta fase apresentava ainda grande dificuldade em iniciar e manter interação com os pares, tinha tendência a isolar-se do grupo persistindo em atividades repetitivas e não funcionais, necessitava frequentemente da mediação do adulto para iniciar atividades mais construtivas e manter a integração no grupo. Revelava interesses e conhecimentos “enciclopédicos” em temas como “astros e planetas”, “motores/caixas de velocidade”. Face às dificuldades descritas, e de acordo com os pais, ficou decidido que o F. deveria beneficiar de apoio do ensino especial em contexto de jardim de infância com o objetivo de potenciar a suas capacidades cognitivas e de socialização e assim preparar o início da escolaridade em 2007.

No ano letivo 2006/2007, foi levado a cabo um plano de intervenção orientado para o contexto de sala de atividades e em consonância com os projetos que esta foi desenvolvendo, dando-se especial atenção à área da formação pessoal e social.

De acordo com a educadora de infância, a avaliação da intervenção levada a cabo foi positiva, pois conseguiu-se ajudar o F. na interação com os pares.

Na avaliação da consulta de desenvolvimento (74 meses), em maio de 2007, e como a criança ia iniciar o 1.º ano de escolaridade em setembro do mesmo ano, foi utilizada a prova de diagnóstico pré-escolar, para avaliar as competências neurocognitivas básicas para a aprendizagem escolar. Foi ainda aplicado o TICL (teste de avaliação de competências linguísticas). O F. participou em todas as tarefas propostas com interesse e empenho na sua realização, apesar de se distrair facilmente com estímulos externos. Na prova de diagnóstico pré-escolar obteve um perfil desarmónico: resultados situados dentro da média nas provas de perceção visual, nomeadamente na noção de

constância da forma; resultados situados muito acima da média nos conhecimentos do vocabulário; imaturidade no desempenho de itens referentes à percepção figura – fundo, orientação espacial, coordenação visuo-motora e conceitos quantitativos.

No TICL, o seu desempenho foi muito bom nas subescalas de conhecimento lexical, conhecimento morfo-sintático e memória auditiva de palavras, pseudopalavras, frases e sequencialização narrativa. Revelou, no entanto, dificuldade significativa na capacidade de reflexão sobre a língua, nomeadamente na avaliação da correção gramatical, na segmentação de frases em palavras e palavras (longas) em sílabas. Conseguiu realizar com sucesso a identificação auditiva de sons iniciais e finais das palavras. No contexto diagnóstico foram ainda salientadas: dificuldades para enfrentar novas situações, instabilidade emocional, rigidez mental, interesses de carácter restrito e enciclopédico, estereotípias motoras complexas, dificuldades para compreender pistas não verbais na comunicação e interação.

Em setembro de 2007 iniciou o 1.º ano de escolaridade no Colégio Jasmim, em Valadares. Relativamente a este período em que frequentou o primeiro ciclo, tivemos acesso apenas aos registos de avaliação referentes aos 3.º e 4.º anos de escolaridade, uma vez que os restantes foram entregues nas consultas de desenvolvimento, onde ficaram arquivados juntamente com o restante processo. Através da análise destes registos podemos concluir que o F. teve um desempenho francamente positivo em todas as áreas curriculares e também nas atitudes e comportamento. Segundo a apreciação global realizada no final do 4.º ano de escolaridade, o F. demonstrou uma enorme capacidade de aprender, partilhando e interligando os diversos conhecimentos, das diversas áreas, que ia adquirindo. Revelou sempre espírito crítico em relação às diferentes opiniões, fundamentando-as. Nesta apreciação a docente referia que o F. possuía bastante agilidade de raciocínio, fazendo várias associações de ideias. Dizia também que o aluno era uma mais-valia para a turma no sentido em que “exigia” sempre aulas dinâmicas e estimulantes.

Relativamente ao desenvolvimento da motricidade, o F. foi-se desenvolvendo dentro da normalidade. Começou por segurar a cabeça por

volta dos 4 meses, começou a sentar-se aos 6 meses e pôs-se de pé com apoio aos 10 meses, tendo gatinhado apenas alguns dias. Começou a andar firme aos 15 meses. Começou a manipular objetos de forma deliberada, cerca dos 10 meses. Atualmente, tem uma motricidade pobre, dificuldade nos exercícios físicos, caminha arrastando os pés ou em bicos de pés, corre com o torso inclinado para a frente e os braços ao longo do corpo e tem grave dificuldade em repetir coreografias ou praticar desportos coletivos. Apresenta alguns tiques.

Em relação ao desenvolvimento da linguagem, esta foi sempre uma área forte. Atualmente apresenta algumas palavras mal articuladas, por exemplo em vez de problema, diz probelema e em vez de aplicar, diz apelicar.

No que respeita à alimentação, o F. tem bastante apetite e vários alimentos preferidos. Faz 5 a 6 refeições por dia. Tem um peso e altura adequados à idade, 35 Kg e 147 cm, respetivamente.

Quanto ao sono, é um rapaz que dorme bem, acorda uma vez por noite para urinar e que consegue adormecer sozinho. Habitualmente deita-se pelas 21.30horas e acorda pelas 7.15 horas.

Segundo informações recolhidas, o F. vê televisão menos de 30 minutos por dia durante a semana e no máximo 2 horas durante o fim de semana. Houve música cerca de 30 minutos por dia. Sempre que pode e está bom tempo, gosta de andar de bicicleta. Pratica desporto apenas na disciplina de educação física porque por sua vontade e insistência desistiu das duas modalidades em que os pais o inscreveram (três anos de artes marciais e quatro de piscina). Gosta de cinema, concertos de música clássica e teatro. Vai ao cinema uma ou duas vezes por trimestre. Assiste a concertos cerca de uma ou duas vezes por mês. Frequenta a praia ou a piscina mais de 4 vezes por semana nas férias e ao fim de semana no verão mesmo em período letivo, embora por pouco tempo (um passeio na praia ou uma hora de piscina). Em casa, ajuda os pais na arrumação do quarto, a pôr e tirar a mesa, a confeccionar refeições e na jardinagem, apenas aos fins de semana.

Em relação à higiene pessoal, poderemos referir que o F. conseguiu controlar os esfíncteres bastante cedo (fecal: dia-13 meses e noite-16 meses;

urinário: dia- 16 meses e noite-30 meses), é autônomo na casa de banho, veste-se e despe-se sozinho no entanto lava mal os dentes e é necessário insistir diariamente para usar creme após o banho cuja sensação na pele abomina.

É um jovem habitualmente calmo mas apresenta algum nervosismo em algumas circunstâncias relacionadas com alteração de regras, medo de não cumprir horários ou outras situações em que sinta que não controla a situação. Prefere relacionar-se com adultos e com jovens mais velhos que ele e com o mesmo tipo de interesses.

A nível escolar o F. frequenta atualmente o 6.º ano de escolaridade, tem como disciplinas preferidas, história, matemática e ciências. É bastante estudioso e não tem dificuldades cognitivas, mas precisa de grande apoio para gerir o tempo e encontrar um método que otimize os resultados diminuindo o esforço. Perde-se a estudar alguns assuntos e fica sem tempo para outros, agenda de forma insensata o tempo de estudo e os trabalhos individuais e de grupo. É um aluno respeitador das regras, respeita todos os colegas e professores, mas tem um apurado sentido crítico que revela em casa fundamentando muito detalhadamente as suas preferências. É muito acarinhado pelos professores, pois é muito interessado, trabalhador e excelente aluno. Revela dificuldades para estabelecer e manter amizades, embora os colegas gostem dele e o admirem. Tem pouca paciência com os colegas mal comportados, isola-se muito e não partilha interesses com a maioria deles. Normalmente não toma a iniciativa de iniciar atividades, mas se os colegas o escolherem, aceita-os de forma cordial. Se se apercebe que está perante alguém disposto a ouvi-lo sobre os seus assuntos ou que tenha algo de interesse a ensinar-lhe é muito empático e mantém um bom ritmo de conversa.

Os pais foram sempre muito atentos e muito presentes, em especial a mãe, que cedo começou a detetar algumas dificuldades (por volta dos 3 anos) e que partilhou com o médico pediatra, que não hesitou em encaminhar para as consultas de desenvolvimento. Aquando do diagnóstico da criança os pais reagiram da melhor forma possível. Tiveram de imediato a preocupação em recolher toda a informação possível, de forma a compreender melhor e agir

positivamente perante esta situação e de a transmitir a todos os que interagem com a criança (familiares e educadoras). Os pais têm com o F. uma relação de muita cumplicidade. Incutiram-lhe desde sempre, os princípios de convivência em sociedade, os modos e as regras necessárias nos diferentes contextos.

Atualmente, o F. não beneficia do apoio do ensino especial, tendo obtido excelentes resultados no final deste ano letivo (6.º ano), uma vez que obteve nível 5 em todas as áreas disciplinares à exceção de educação física e educação tecnológica, que são o seu ponto fraco, mas apesar disso, devido ao seu grande esforço e empenho conseguiu atingir o nível 4.

Vai às consultas de desenvolvimento no Centro Hospitalar de Gaia, com Dr<sup>a</sup> Susana Aires Pereira, uma vez por ano. Os pais consideram que a evolução do F. foi muito significativa e para isso contribuiu a intervenção atempada de uma equipa multidisciplinar nas consultas de desenvolvimento que começou a frequentar desde os 3,5 anos de idade e das consultas de psicoterapia semanais que frequentou durante cerca de 5 anos. O apoio de uma professora de educação especial no contexto sala de aula, no pré-escolar e no 1.º ano do ensino básico foi também essencial, para a aquisição das aprendizagens básicas. O apoio incondicional e sistemático dos pais e avó materna, foram também, sem dúvida, imprescindíveis para a obtenção destes resultados francamente positivos.

## **CAPÍTULO VI - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**



Após a aplicação das técnicas de recolha de dados através de instrumentos construídos para o efeito, passamos à sua apresentação. Pretendemos que esta apresentação seja clara e de fácil análise e por isso recorreremos à construção de tabelas e gráficos, como já tínhamos referido no enquadramento metodológico. Assim sendo, optámos por seguir a sequência da aplicação dos instrumentos: Descrição e Análise das Grelhas de Observação do Comportamento Adaptativo e Análise de Conteúdo das Entrevistas. De seguida faremos a interpretação global dos resultados, no sentido de verificarmos se existiram ou não evoluções significativas.

## 1. Descrição e Análise das Grelhas de Observação do Comportamento Adaptativo no Domínio da Autonomia

### 1.1. Alimentação

ALIMENTAÇÃO									
ITENS	MÃE			PAI			AVÓ		
	AD	E	NAD	AD	E	NAD	AD	E	NAD
<u>Utilização dos talheres e outros utensílios</u>									
Usa a faca para cortar ou separar os alimentos.	X			X			X		
Alimenta-se sozinho com colher e garfo (ou outros talheres apropriados).	X			X			X		
Alimenta-se sozinho, com colher ou garfo (ou outros talheres apropriados) sujando-se pouco.	X			X			X		
<u>Comer em público</u>									
Encomenda refeições completas num restaurante	X			X			X		
Encomenda refeições simples, tipo hambúrguer ou cachorro quente	X			X			X		
Numa pastelaria ou quiosque, pede artigos simples, tipo gelados, refrigerantes, queques	X			X			X		

<u>Beber</u>									
Bebe sozinho por um copo sem precisar de ajuda e sem se molhar	X			X			X		
<u>Comportamento à mesa</u>									
Mastiga a comida com a boca aberta		X			X			X	
Usa o guardanapo	X			X			X		
Fala com a boca cheia		X			X			X	
Tem uma postura correta à mesa		X			X			X	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

AD- Adquirido E- Emergente NAD- Não adquirido

Quadro 1: Grelha de observação da alimentação

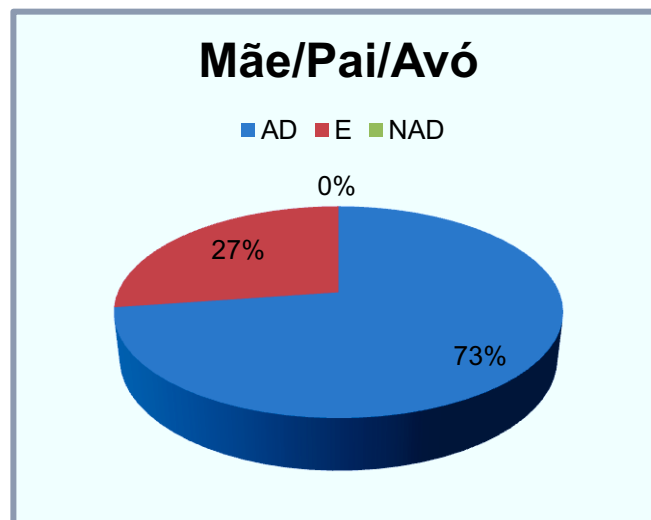


Gráfico 1: Resultados da alimentação.

### Análise:

Os resultados no domínio da alimentação, apontam para que o jovem apresenta autonomia comportamental para todos os comportamentos relacionados com a alimentação. No item relativo à utilização de utensílios de mesa, o jovem alimenta-se sozinho utilizando os talheres apropriados. No item comer em locais públicos, também não apresenta dificuldades, sendo capaz de encomendar refeições num restaurante. Relativamente às “maneiras à mesa”,

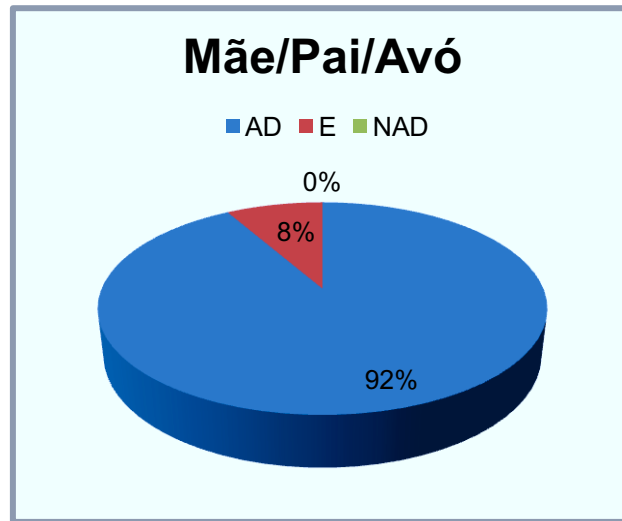
este é uma competência que se encontra emergente, por vezes come com a boca aberta, fala com a boca cheia e a postura nem sempre é correta.

## 1.2. Higiene pessoal /utilização da casa de banho

HIGIENE PESSOAL /UTILIZAÇÃO DA CASA DE BANHO									
ITENS	MÃE			PAI			AVÓ		
	AD	E	NAD	AD	E	NAD	AD	E	NAD
<u>Autonomia na casa de banho</u>									
Usa o papel higiénico de forma apropriada	X			X			X		
Puxa o autoclismo	X			X			X		
Puxa a roupa para cima sem ajuda	X			X			X		
<u>Lavagem das mãos e face</u>									
Lava as mãos sem ajuda	X			X			X		
Lava as mãos e cara com sabonete e água sem se molhar	X			X			X		
Seca as mãos e a cara	X			X			X		
<u>Banho</u>									
Prepara e toma banho sozinho	X			X			X		
Completamente sozinho, lava-se e seca-se sem ajuda e sem sugestões	X			X			X		
<u>Higiene pessoal</u>									
Precisa de ser lembrado para trocar a roupa interior regularmente	X			X			X		
Necessita de ser lembrado para manter a pele limpa	X			X			X		
Necessita de ser lembrado para manter as unhas limpas	X			X			X		
<u>Lavagem dos dentes</u>									
Escova os dentes apropriadamente		X			X			X	
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

AD- Adquirido E- Emergente NAD- Não adquirido

Quadro 2: Grelha de observação da higiene pessoal/casa de banho



**Gráfico 2:** Resultados da higiene pessoal/casa de banho

### Análise:

Os resultados da avaliação dos comportamentos de autonomia no domínio da casa de banho/higiene pessoal sugerem que o F. apresenta autonomia comportamental adequada para a idade no que diz respeito a cuidar da sua higiene pessoal, embora na escovagem dos dentes ainda necessite de supervisão.

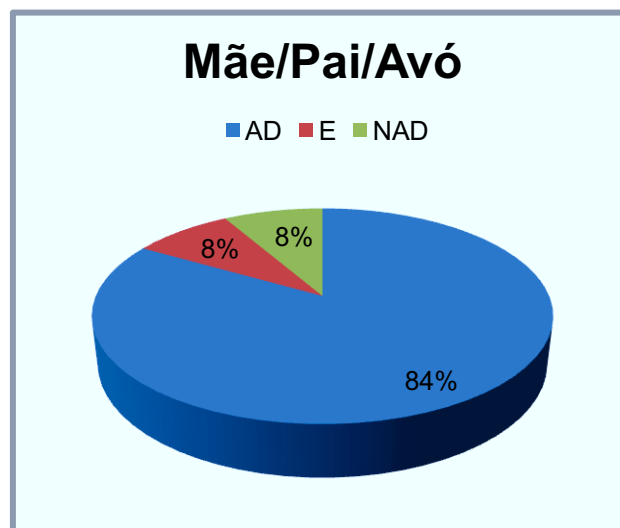
### 1.3. Apresentação/vestir e despir

APRESENTAÇÃO/VESTIR E DESPIR									
ITENS	MÃE			PAI			AVÓ		
	AD	E	NAD	AD	E	NAD	AD	E	NAD
<u>Vestuário</u>									
Necessita de ser ajudado para vestir-se com roupas que lhe caem bem		X			X			X	
Necessita de ser ajudado para vestir-se com roupas que não estejam enrodilhadas	X			X			X		
Necessita de ser lembrado para vestir-se com roupas limpas	X			X			X		

Necessita de ser ajudado, senão veste-se com cores que não combinam entre si.	X			X			X		
Escolhe a roupa de acordo com as ocasiões			X			X			X
Veste roupa de acordo com as condições climáticas (por ex: gabardine, sobretudo)	X			X			X		
<u>Vestir</u>									
Sem ajuda, veste-se completamente	X			X			X		
Veste todas as roupas e sabe abotoar sem ajuda (botões, fecho éclair, colchetes ...)	X			X			X		
<u>Despir</u>									
Despe-se completamente sozinho e sem ajuda	X			X			X		
<u>Calçado</u>									
Sem ajuda, calça-se corretamente	X			X			X		
Sem ajuda, sabe dar o laço	X			X			X		
Sem ajuda, tira os sapatos	X			X			X		
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

AD- Adquirido E- Emergente NAD- Não adquirido

**Quadro 3:** Grelha de observação da apresentação/vestir e despir



**Gráfico 3:** Resultados da apresentação/vestir e despir

### Análise:

Em relação à capacidade para se vestir, o F. não denota qualquer tipo de dificuldade, apenas necessita de ajuda para escolher roupa de acordo com

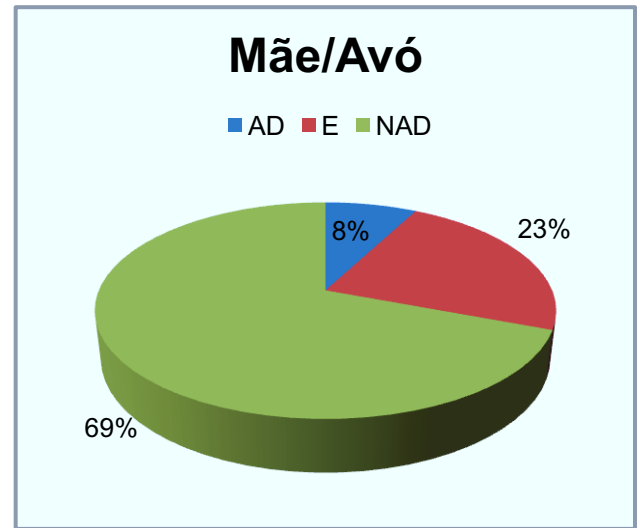
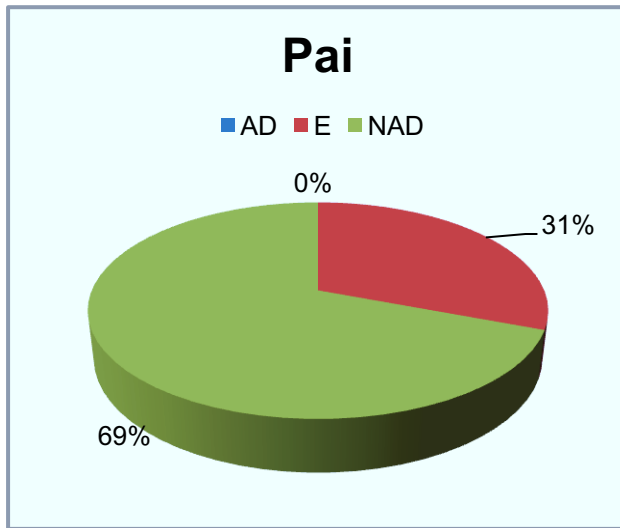
a ocasião e que lhe fique bem, desempenhando as tarefas que lhe estão inerentes, de acordo com o seu escalão etário, assim como para atar os cordões dos sapatos ou sapatilhas.

## 1.4. Deslocações

DESLOCAÇÕES									
ITENS	MÃE			PAI			AVÓ		
	AD	E	NAD	AD	E	NAD	AD	E	NAD
<u>Senso de orientação</u>									
Consegue deambular por muitos quarteirões perto de casa ou da escola sem se perder.			X			X			X
Consegue deambular por poucos quarteirões perto de casa ou da escola sem se perder			X			X			X
Consegue deambular pelo quarteirão da escola ou do local onde vive sem se perder			X			X			X
<u>Transportes</u>									
De forma independente, sabe andar de metro ou de autocarro por percursos desconhecidos			X			X			X
De forma independente, sabe andar de metro ou de autocarro por percursos conhecidos			X			X			X
<u>Mobilidade</u>									
Sozinho, consegue atravessar a rua em segurança			X			X			X
Sozinho, consegue ir para a escola			X			X			X
Sozinho, consegue ir e voltar da escola			X			X			X
Sozinho, consegue ir e voltar de locais onde se desenvolvem atividades recreativas e de lazer			X			X			X
<u>Segurança nas ruas e em lugares públicos</u>									
Possui senso de perigo (evita a parte mais funda da piscina, usa o corrimão nas escadas, não aceita boleia de estranhos, usa o cinto de segurança		X			X			X	
Obedece à sinalização de trânsito		X			X			X	
Olha para os dois lados e espera, se for o caso, antes de atravessar a rua.		X			X			X	
É capaz de reconhecer os perigos eminentes	X				X		X		
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>9</b>

AD- Adquirido E- Emergente NAD- Não adquirido

Quadro 4: Grelha de observação das deslocações



Gráficos 4 e 5: resultados das deslocações

### Análise:

Em relação à capacidade em deslocar-se, o F. revela pouca autonomia provavelmente devido ao facto de serem sempre os pais a levá-lo à escola em carro particular. Pela mesma razão não sabe utilizar transportes públicos como o metro ou autocarro. Os pais têm algum receio em deixá-lo deslocar-se sozinho, uma vez que ele é muito distraído, nem sempre respeita os sinais de trânsito e por vezes nem sempre olha para os dois lados antes de atravessar a rua. Quanto à consciência dos possíveis perigos, o pai considera que nem sempre tem boa discriminação, deixando passar alguns pormenores na altura certa, já a mãe e a avó consideram que esta é uma competência adquirida.

## 1.5. Outros itens de autonomia

OUTROS ITENS DE AUTONOMIA									
Itens	MÃE			PAI			AVÓ		
	AD	E	NAD	AD	E	NAD	AD	E	NAD
<u>Limpeza do quarto</u>									
Arruma o quarto, sem sugestões.		X			X			X	
Sabe pôr a mesa, colocando tudo nos locais apropriados e indicados.	X			X			X		
<u>Preparação da comida</u>									
Consegue usar o micro ondas para aquecer uma refeição.	X			X			X		
Prepara comidas simples que não tenham que ser misturadas ou cozinhadas, como sanduíches, cereais.	X			X			X		
<u>Levantar a mesa</u>									
Sabe levantar a mesa sem quebrar a louça.	X			X			X		
<u>Hábitos de trabalho</u>									
Faz o trabalho de casa sem ajuda.		X			X			X	
Estuda sozinho para os testes.		X			X			X	
Utiliza estratégias de aprendizagem adequadas.		X			X			X	
É desnecessariamente dependente de ajuda.		X			X			X	
<u>Telefone</u>									
Sabe usar a lista.			X			X			X
Sabe usar o telefone público.			X			X			X
Faz chamadas pelo telefone particular.	X			X			X		
Atende o telefone corretamente.		X			X			X	
<u>Miscelânea</u>									
Cuida da sua saúde, como, por exemplo, trocando roupa quando está molhada.	X			X			X		
Sabe lidar com pequenos acidentes domésticos, como por exemplo, pequenas feridas e pequenas queimaduras.			X			X			X
Sabe como e onde obter apoio médico ou dentário.	X			X			X		
Sabe o seu próprio endereço.	X			X			X		



Sabe onde conseguir apoio na comunidade.			X			X			X
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

AD- Adquirido E- Emergente NAD- Não adquirido

Ilustração 1 Quadro 5: Grelha de observação de Outros itens de Autonomia

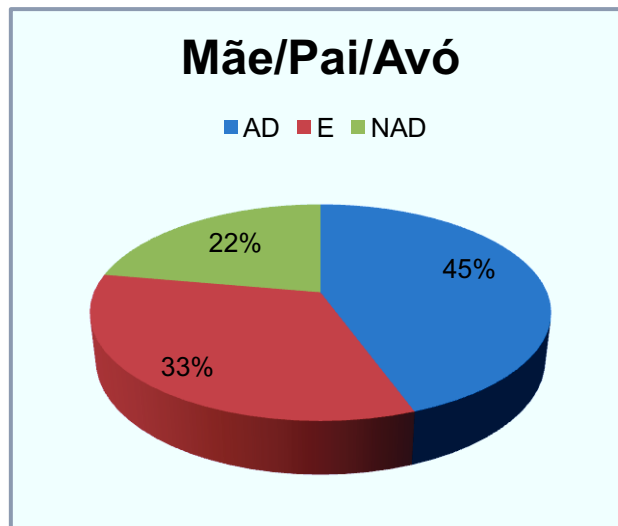


Gráfico 6: Resultados de Outros itens de autonomia

### Análise:

Quanto à realização de pequenas tarefas domésticas, o F. demonstra ter comportamentos de autonomia, sendo que em 5 itens apenas 1 está emergente, o que indica que o jovem adquiriu estes comportamentos na idade apropriada. Estes comportamentos são promotores da adaptação escolar, visto que a realização de pequenas tarefas, lhe permite, de acordo com (Brazelton & Sparrow, 2006): aprender e compreender a importância da responsabilidade associada às suas rotinas e aos seus comportamentos, na idade escolar; adquirir novas capacidades; e sentir-se mais valorizada e com maior sentimento de pertença à família.

Relativamente aos itens relacionados com a atividade escolar, o jovem necessita de ajuda na realização dos trabalhos de casa e no estudo para os testes, no sentido de otimizar as estratégias de aprendizagem. Por vezes é

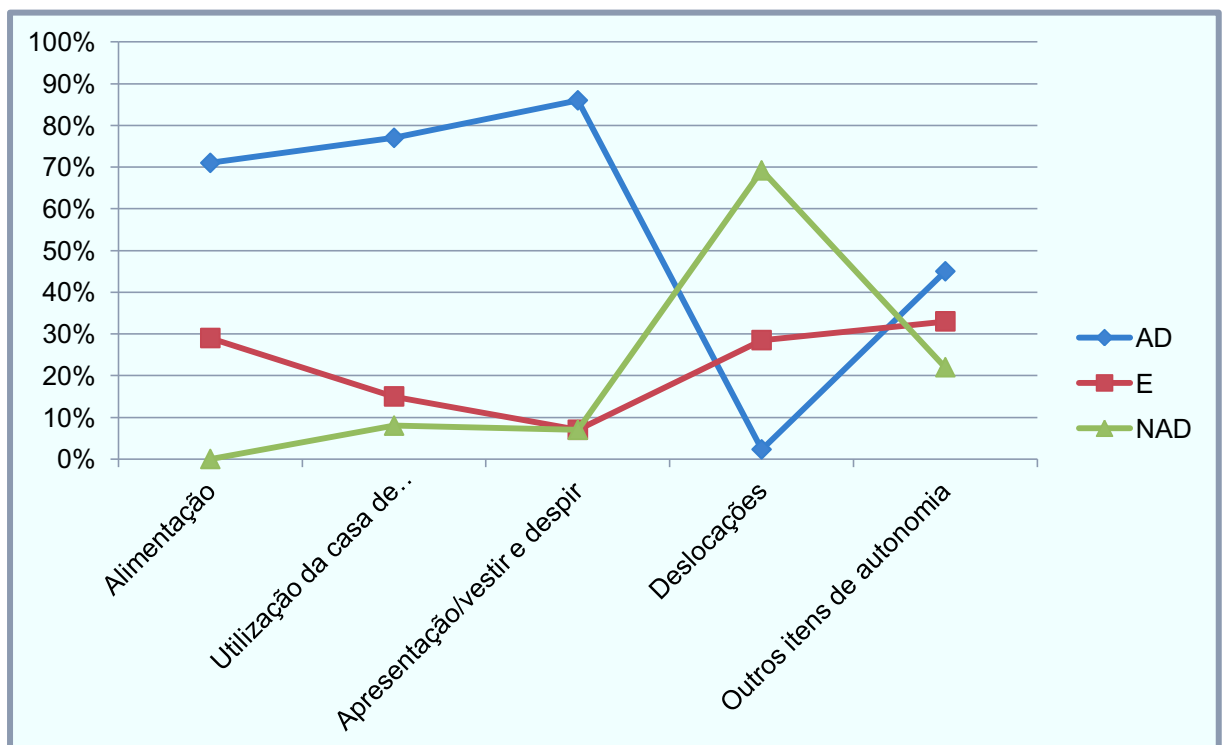
dependente de ajuda desnecessariamente, devendo-se isso ao facto de ter alguma dificuldade em alterar rotinas e estar habituado à presença do adulto.

No que respeita à utilização do telefone público e lista telefónica o jovem não o sabe fazer pois nunca foi necessário uma vez que possui telemóvel, que usa sem qualquer problema, mas nem sempre o atende de forma adequada (usa com um objetivo concreto não tendo a preocupação de cumprimentar as pessoas).

Tem cuidado com a sua saúde (troca a roupa molhada pela seca), mas não sabe lidar com pequenas feridas ou acidentes uma vez que nunca necessitou de o fazer por nunca se encontrar sozinho. Sabe como e onde obter ajuda médica e também conhece a sua morada.

## 2. Perfil Intra-Individual do Aluno

As grelhas de observação que elaboramos e que foram aplicadas ao F. pelos pais e avó, permitiu-nos encontrar as áreas fracas, emergentes e fortes ao nível da autonomia, podendo a partir desta análise determinar as áreas em que é necessário reforçar as estratégias.



Para fazermos esta análise utilizamos a terminologia de Área Fraca, quando apresenta mais de 50% das competências como não adquiridas; Área Emergente, quando os valores atingidos correspondem a 50% ou mais das competências emergentes e Área Forte quando os valores adquiridos ultrapassam pelo menos 50% da percentagem total. Posto isto, verificamos que o F. tem como áreas fortes a alimentação, a utilização da casa de banho/higiene pessoal e apresentação/vestir e despir. A área das deslocações é uma área fraca, sendo que apresenta 69% de itens não adquiridos, 23% de itens emergentes e 8% de itens adquiridos. Relativamente a outros itens de autonomia, esta é uma área emergente com 45% de itens adquiridos, 33% de itens emergentes e 22% de itens não adquiridos.

Assim sendo, é essencialmente nas áreas das deslocações e em outros itens da autonomia, mais concretamente nos hábitos de trabalho escolar em que revela ter pouca autonomia. Contudo, iremos de seguida proceder à análise da entrevista à mãe.

### **3. Análise da Entrevista Semiestruturada**

Como já mencionamos anteriormente, foi feita uma entrevista à mãe. Aplicamos a análise de conteúdo que, na perspetiva de Quivy e Campenhou (2008), "...possibilita tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade". Neste sentido pretendemos com o nosso estudo, analisar o testemunho da mãe que diariamente acompanha o jovem, com o intuito de comprovar se realmente a família tem um papel decisivo no desenvolvimento da autonomia de uma criança com Síndrome de Asperger.

Apresentamos de seguida as categorias analíticas criadas.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
<b>A- Situação pessoal face à problemática</b>	A1- Adaptação dos pais a esta perturbação
	A2- Dificuldades sentidas em lidar com a criança
	A3- Apoios obtidos
<b>B- Desenvolvimento e aprendizagem</b>	B1-Comportamentos desadequados antes do diagnóstico.
	B2-Alterações mais significativas depois de começar a ser acompanhada.
	B3-Áreas fracas
	B4-Comportamentos adequados/desadequados.
	B5- Avaliação da evolução.
<b>C- Competências promovidas pelos pais no desenvolvimento da autonomia</b>	C1- Atividades da Vida Diária
	C2- Relação com a Sociedade
<b>D- Aspetos importantes a trabalhar para o desenvolvimento da autonomia</b>	D1- Comportamento
	D2- Tarefas escolares
	D3- A nível pessoal
	D4- Emocional
<b>E- Competências que o F. deve adquirir e possuir para alcançar a sua autonomia</b>	E1- Pessoais
	E2- Sociais
<b>F- Expectativas face ao futuro</b>	F1- Académico
	F2-Pessoal e Social
	F3- Profissional
<b>G- Importância da educação especial</b>	G1-Importância da educação especial para esta problemática.
	G2- Vantagens e desvantagens do apoio do EE.
<b>H- Avaliação da autonomia</b>	H1- Nível atribuído.
	H2- Tarefas escolares.
	H3- Realização de pequenas tarefas

Atendendo à categoria A, situação pessoal face à problemática, verificamos que os pais passaram por uma altura de grande angústia e preocupação quando ainda tinham pouca informação em relação à problemática e à forma como melhor intervir: *“Foi uma altura de muita preocupação e angústia... por não sabermos ainda a melhor forma de intervir”*. Borreguero (2006) refere que a etapa que antecede o diagnóstico é complexa a nível familiar, aparecem sentimentos de confusão, ansiedade, frustração e especialmente de culpabilidade e fracasso frente à inexistência de justificações lógicas relativas às contradições observadas no comportamento da criança com SA. Tiveram sempre um papel muito ativo na procura de informação e ajuda, canalizando toda a energia para a obtenção de soluções. *“...a nossa energia voltou-se para a obtenção de soluções e ajudas...”*. De acordo com Prudêncio et al. (2004), após o diagnóstico, a família procura toda a informação possível. Tiveram algumas dificuldades em lidar com determinados comportamentos da criança, nomeadamente em *“Diminuir as estereotípias, ensiná-lo a comunicar devidamente os seus pensamentos e a interpretar as expressões faciais e ironias, segundos sentidos e entoações de voz que alteram o significado da linguagem verbal; levá-lo a relacionar-se com os pares”*. Nesta fase complicada puderam contar com o apoio dos médicos, da família, da psicóloga e da professora do ensino especial. *“...tivemos o apoio da família alargada e da escola...”*. *“...dos médicos (pediatra e neuropediatra) que o acompanharam”*. *“...da psicóloga com quem fez psicoterapia semanal e da professora do ensino especial...”* Assistiram a alguns congressos organizados pela APSA, *“...chegamos a assistir a congressos organizados pela APSA e tivemos contacto informal com outros pais associados”*.

No que diz respeito à categoria B, desenvolvimento e aprendizagem, podemos concluir que antes de terem conhecimento do diagnóstico, o F. apresentava bastantes comportamentos desadequados, *“Falta de empatia e comunicação com as outras crianças, isolamento, tiques, dificuldades na motricidade, movimentos repetidos de corrida e agachamento, ecolália e muita resistência às alterações de rotinas”*, que começaram a ter uma melhoria

significativa depois deste começar a ter um acompanhamento especializado: *“Melhoria significativa na capacidade de compreensão da comunicação e na expressão dos seus sentimentos e pensamentos, diminuição acentuada, embora lenta, das estereotípias, desaparecimento da ecolália e de quase todos os tiques, melhor reação às mudanças de rotinas”*... As evoluções que fez ficaram solidificadas. *“... as evoluções que fez ficaram sedimentadas, não tendo regredido em nenhuma delas... obtendo muito bons resultados apenas com ajuda dos pais em casa ao nível da organização do estudo”*. Apesar das melhorias significativas, ainda tem dificuldade na interação com os pares, *“...relação com os pares... muito isolado no contexto dos recreios escolares...dificuldades ao nível da motricidade... pouca autonomia ao nível da organização do tempo e no planeamento das tarefas”*, no entanto, tanto estes como os professores têm grande admiração e respeito (que é mútuo) por ele, *“É respeitador das regras escolares e é respeitado pelos professores e colegas...”* devido à sua capacidade de trabalho que o leva a obter muito bons resultados.

Quanto à categoria C, competências promovidas pelos pais no desenvolvimento da autonomia, ao nível da higiene diária, os pais foram trabalhando estas competências de forma gradual: *“...fomos gradualmente passando da realização das tarefas por ele para a realização das tarefas com ele e, finalmente apenas a controlar se tem o quarto bem arrumado, se tomou bem o banho, se tem os dentes bem lavados e se se vestiu adequadamente”*. Ao nível das tarefas domésticas, sempre foi incentivado à sua realização e elogiado, pois são tarefas que gosta de fazer, apesar de nem sempre as fazer corretamente: *“...foi sempre incentivado à realização das mesmas. Normalmente deixa o seu quarto arrumado antes de ir para a escola e arruma a loiça que usa nas refeições”*. Segundo Pereira (1998), um exemplo de aquisição de autonomia no domicílio, é quando os pais solicitam à criança a colaboração destas na realização de atividades quotidianas como “pôr a mesa”, “fazer a cama”, “arrumar os brinquedos”. Ao nível do comportamento à mesa os pais tiveram sempre a preocupação de lhe ensinar as regras básicas: *“ sempre o chamamos à atenção da forma correta de estar à mesa através do nosso*

*exemplo, o que resultou bastante bem*". Segundo Brazelton & Sparrow (2006), a refeição constitui uma oportunidade para a criança experimentar a sua autonomia, e, ao mesmo tempo, é um momento de encontro com toda a família. A criança observa os comportamentos dos adultos à mesa e começa a imitar, ou seja, a comer o mesmo que os adultos comem (idem) e a usar os talheres como os adultos fazem (Ferland, 2006). *"Há cerca de dois anos regressou, estando agora a melhorar, mas mostra-se ainda pouco hábil com os talheres e adota uma postura pouco correta na mastigação e ingestão (mastiga com a boca aberta e leva a comida à boca sem levantar o talher, baixando a cabeça, deixa comida sair do prato...)*. Relativamente ao estudo, os pais deram um apoio sistemático essencialmente no início de cada ciclo, no sentido de lhe ensinar algumas estratégias e de o fazer cultivar o gosto pelo estudo: *"...intensificamos a ajuda no início dos novos ciclos escolares (1º ano e 5º ano), com acompanhamento mais próximo das aprendizagens, controlo dos trabalhos de casa, dos cadernos, dos métodos de estudo etc, tendo, ao longo dos anos letivos seguintes deixado de acompanhar diariamente os trabalhos de casa e até dando-lhe autonomia de estudo nas disciplinas em que tem mais facilidade*". Nas áreas de educação visual e educação física, áreas em que manifesta mais dificuldade, os pais reconhecem que não é a sua área forte mas incentivam-no ao trabalho exigindo apenas que se esforce: *"...sabemos que não é essa a sua área forte, tendo muitas outras em compensação, pelo que sabe que apenas exigimos que a educação visual e física os professores nos transmitam que se esforça e não esperamos que os resultados sejam muito elevados. Contudo, ao longo deste ano melhorou bastante a ambas as disciplinas tendo terminado o ano com notação de 4 nas mesmas*".

Ao nível da interação com os outros, os pais incentivam o contacto com os pares, convidando-os para sua casa; motivam-no a contactar os colegas via e-mail, sms e até através de um blog que o ajudaram a criar no âmbito de ter sido escolhido para delegado de turma: *"...começamos por organizar nós as brincadeiras e participar nelas e passamos gradualmente a deixá-lo por momentos cada vez mais longos, sozinho com os pares*". *"Temos insistido para que mantenha contacto via e-mail, blogue ou sms com os colegas... Ajudámo-*

lo a criar um blogue para a turma durante este ano letivo porque foi nomeado como delgado de turma...”. Ao nível do comportamento, este nem sempre se adequa à situação. Os pais no sentido de o ajudar a “melhorar a esse nível” conversam “com ele sobre a reação que teve fazendo ver-lhe o que ganhou e perdeu. Tentámos relatar-lhe situações que nós mesmos, a irmã ou outras pessoas vivem e nos obrigaram a adaptar comportamentos de modo a ir transmitindo experiências e a permitir debate sobre a melhor forma de as viver...”.

No que concerne à categoria D, aspetos importantes a trabalhar para o desenvolvimento da autonomia, a mãe considera que a nível pessoal “...não está desadequado ao padrão médio da idade...”, ao nível emocional manifesta alguns comportamentos desadequados, no entanto os pais têm alguma dificuldade em ajudá-lo a esse nível, uma vez que, apesar das várias conversas, exemplos e debates sobre a melhor forma de viver “...a vida acaba por lhe apresentar sempre situações novas perante as quais ele muitas vezes reage mal”. Ainda ao nível das emoções os pais pensam que o F. necessita de exprimir melhor as emoções e de aprender a transmiti-las e para isso incentivam-no a ter aulas de teatro ou representação: “Gostaríamos que ele fizesse aulas de teatro ou representação para aprender a exprimir melhor as emoções e a transmiti-las, também, pela linguagem não verbal, mas ele não se mostra recetivo a isso e não o entendemos útil enquanto ele não for de boa vontade”.

No que respeita à categoria E, competências que o F. deve adquirir e possuir para alcançar a sua autonomia, os pais são da opinião de que o F. necessita de aprender a controlar-se perante situações inesperadas: “...deverá, sobretudo, saber controlar a forma impetuosa como reage a tudo o que não corre como ele espera, o magoa ou assusta”. Ao nível pessoal e segundo os pais o F. terá de aprender com os erros, pois é impossível prever todas as situações que vão surgir ao longo do seu percurso: “...precisa de mais experiência de vida para ir aprendendo com os seus próprios erros sendo



*quase impossível, nesta fase, antecipar todos os problemas e impedir que os viva”.*

Na categoria F, expectativas da mãe face ao futuro académico e profissional, estas são “Muito positivas...”. Já em relação às áreas pessoal e social já está mais apreensiva “...*com receios relativamente à capacidade que terá de criar e manter relações fora do âmbito familiar de forma saudável*”.

Em relação à categoria G, importância da educação especial, verificamos que a mãe considera que a educação especial teve um papel muito importante quer na sensibilização da educadora de infância que não estava muito recetiva, quer na orientação ao nível da implementação das estratégias mais adequadas a adotar em casa e em parceria com a escola. “...*muito importante...*” “...*muito útil para ajudar a sensibilizar a educadora de infância e a informá-la das suas necessidades especiais.*” “...*relevante para nos orientar nas melhores estratégias a adotar em casa...*”. De acordo com Prudêncio et al. (2004) a família durante as etapas da infância e adolescência vê-se obrigada a lutar contra sistemas educativos pouco flexíveis e pouco sensibilizados para as características dos seus filhos.

No que respeita à categoria H, avaliação da autonomia, a mãe atribui-lhe “...*um nível 3 em franca melhoria*”. De acordo com a mãe, apesar de o F. ainda necessitar de alguma “*ajuda na preparação de testes e de trabalhos de grupo*” já consegue organizar e realizar as tarefas escolares. Realiza sozinho algumas tarefas como arrumar o quarto, preparar a mochila e o material escolar para o dia seguinte “...*com cada vez menos falhas ou erros*”.

## **4. Interpretação Global dos Resultados**

Ao analisarmos as grelhas de observação do comportamento e as entrevistas, e ao fazermos a revisão da literatura do tema em estudo que nos permitiu ampliar os conhecimentos acerca da problemática da Síndrome de Asperger e de tudo o que ela engloba e implica para quem a possui e para os

que o rodeiam, foi-nos possível concluir que o jovem em estudo está bastante bem encaminhado ao nível da sua autonomia. Percebe-se também que a família, nomeadamente os pais, tiveram e continuam a ter um papel importante no seu desenvolvimento.

Toda a informação obtida através da ficha de anamnese, das grelhas de observação do comportamento adaptativo preenchido pelos pais e avó e da entrevista realizada à mãe, dão-nos indicadores sobre o desenvolvimento humano e a qualidade da educação ao nível da autonomia.

Os esforços dos intervenientes (pais, psicóloga, pediatra) que tiveram uma intervenção precoce, não pouparam esforços, aliaram todos os conhecimentos e acionaram todos os processos existentes para proporcionarem ao F. todas as possibilidades educativas e médicas que lhe possibilitaram obter todos os progressos que foram descritos nos documentos analisados (relatórios médicos, ficha de anamnese e entrevista). Importa salientar que a partir do momento em que foi diagnosticado e conseqüentemente intervencionado começou a ter melhorias muito significativas (começou a reagir melhor à mudança de rotinas, a saber exprimir os seus pensamentos e sentimentos, desaparecimento de quase todos os tiques).

Pela análise da grelha de observação do comportamento podemos verificar que das respostas dadas pelos pais e avó apenas há divergência num dos itens que tem a ver com o reconhecimento dos perigos eminentes, em que o pai considera ser uma competência emergente e a mãe e a avó consideram que está adquirida. Os três são unânimes em considerar que o F. é autónomo relativamente à alimentação, higiene pessoal, apresentação, pôr a mesa e preparar comida simples. Os itens em que consideram que o F. tem menor autonomia diz respeito às deslocações. Isto deve-se ao facto de ter apenas 12 anos e os pais não considerarem seguro que se desloque sozinho, nem a pé nem em transportes públicos. São os pais ou a avó que o acompanham à escola e às diversas atividades que frequenta.

Relativamente aos hábitos de trabalho, no que respeita às tarefas escolares, o F. necessita por vezes de apoio na realização dos trabalhos de

casa e no estudo para os testes. Os pais e a avó são da opinião de que por vezes é desnecessariamente dependente de ajuda. Segundo Faherty (2009: 192) é muito provável que uma criança com Síndrome de Asperger tenha *“...desenvolvido o hábito de esperar por ajuda, mesmo quando sabe o que fazer! A rotina varia de criança para criança. Precisar de um «empurrão» para começar, precisar constantemente de empurrões para começar, precisar de alguém que se sente ao seu lado, ou precisar de alguém que lhe diga quando é que ele acabou e o que fazer a seguir, tornam-se rotinas instituídas”*.

Os dados obtidos através da entrevista vêm confirmar os dados obtidos na grelha de observação. O F. é autónomo ao nível da higiene diária, cumprimento de tarefas domésticas, ao nível da interação e do comportamento à mesa. Para atingir este nível de autonomia a mãe enumerou algumas estratégias que os pais tiveram sempre a preocupação de pôr em prática e que surtiram um efeito muito positivo: incentivar de forma gradual a realização da higiene diária, dando sempre o reforço positivo; promover a interação, começando por organizar e participar nas brincadeiras passando de uma forma gradual a deixá-lo sozinho com os pares; incentivar a comunicação com os colegas via email, telefone e de um blog que criaram com ele, em consequência de ter sido nomeado delegado de turma; explicar o que deveria ter feito em determinadas situações, dando-lhe vários exemplos, fazendo-o ver o que ganhou e perdeu; incentivar a participar em aulas de teatro ou representação para aprender a exprimir melhor as emoções e a transmiti-las; intensificar a ajuda ao estudo no início de cada ciclo no sentido de adquirir hábitos de trabalho e de estudo dando-lhe gradualmente autonomia para que faça os trabalhos e estude sozinho. Segundo a mãe todas as evoluções que fez ficaram sedimentadas não tendo havido regressão em nenhuma delas. A família proporciona-lhe um contexto culturalmente rico e estimulante que desperta a curiosidade e o desejo de aprender.

Podemos considerar que o jovem sofreu uma evolução muito significativa fruto de um trabalho continuado e diário por parte da família, único apoio que tem atualmente e desde o segundo ano de escolaridade. No entanto,

como já foi referido anteriormente, não podemos esquecer o apoio de outros intervenientes (pediatra, psicóloga, professora de educação especial e educadora de infância), que numa fase inicial tiveram um papel muito importante, pois através de uma colaboração mútua ajudaram os pais a ultrapassar algumas dificuldades e a delinear estratégias de intervenção conjuntas.

Por fim, podemos também afirmar, tendo em conta as informações obtidas que o F. aprendeu as regras de convivência social, o que faz com que interaja bem pessoalmente, embora tenha muitos momentos de isolamento. O facto de ser um jovem “sempre sincero e muito confiável” e com muitos conhecimentos faz com que seja respeitado pelos colegas. Apesar disso e devido à forma muito rígida com que lida com determinadas situações, por vezes torna-se impopular, pois defende sempre o que “está certo” mesmo quando é um assunto de pouca relevância.

## Considerações Finais

Ao terminar este trabalho e revendo o que foi feito, compreendemos que é importante conhecer os aspectos que descrevem esta síndrome e que foram contemplados na parte teórica. A criança com síndrome de asperger, diferencia-se das outras não pelas suas características físicas mas sim pela forma invulgar como se comporta em sociedade e pela sua dificuldade de comunicação. O conhecimento de certos aspectos do comportamento social, tais como as regras e os códigos de interação, são difíceis de identificar, compreender e adotar pelas crianças com síndrome de asperger, mas elas têm capacidades de aprendizagem. São perfeitamente capazes de apreender os significados das condutas sociais e de explorar as suas possibilidades de interação. São capazes de ter autonomia social, escolar, ocupacional, porém, na maior parte das vezes essas conquistas chegam a partir de orientação de alguém em quem confiem. O desenvolvimento de uma pessoa é um processo em contínua construção, cujo ritmo varia de pessoa para pessoa.

Durante a realização da pesquisa, foi possível perceber que a família é fundamental no processo de aquisição de autonomia e que a relação escola e família é imprescindível para que ocorra uma educação de qualidade. Como tal, e com base na análise da entrevista realizada no âmbito do estudo, é possível afirmar que existe um contexto familiar seguro e envolvente, no apoio ao F. Além disso, de acordo com os dados recolhidos e com os autores estudados na revisão da literatura é possível afirmar que uma intervenção precoce e um acompanhamento personalizado por um professor especializado na idade pré-escolar foram fatores fundamentais para um melhor desenvolvimento do jovem em estudo. Siegel (2008) refere que a intervenção deve ser o mais precoce possível nesta perturbação, de forma à evolução poder ser mais rápida. Os pais e o trabalho que estes podem fazer em casa é fundamental para a progressão do desenvolvimento da criança.

A família é o núcleo crucial onde ocorre o desenvolvimento. No caso deste jovem, verificamos que a participação e colaboração dos pais no

processo educativo/terapêutico foi um fator decisivo na promoção do seu desenvolvimento.

Enquanto pais e educadores temos o dever de compreender os comportamentos de uma criança com síndrome de asperger e definir metas a atingir, incentivando e acompanhando a criança no seu processo de desenvolvimento e de aprendizagem, contribuindo para o desenvolvimento da sua autonomia e conseqüentemente para a sua plena integração na sociedade.

## Referências Bibliográficas

**AIRES**, Luísa (2011). Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional. 1ª Edição. Universidade Aberta. Consultado em [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/1/Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/2028/1/Paradigma%20Qualitativo%20e%20Práticas%20de%20Investigação%20Educativa) a 22 de janeiro de 2013.

**ALVARENGA**, P., & **PICCININI**, C. (2001: 449-460). Práticas Educativas Maternas e Problemas de Comportamento em Pré-Escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.

**ANTUNES**, Nuno Lobo (2009). *Mal-entendidos*. Lisboa: Verso de Kapa.

**Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger-APSA**. Consultado em <http://www.apsa.org.pt/sa.php> a 20 de janeiro de 2013.

**ATTWOOD**, T. (2006). *A Síndrome de Asperger – Um guia para pais e profissionais*. Lisboa: Editorial Verbo.

**BAPTISTA**, C. et al (2002). *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed.

**BAUTISTA**, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

**BOGDAN**, Robert, **BIKLEN**, Sari (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

**BORREGUERO**, P. (2006). *El Síndrome de Asperger: Excentricidad o discapacidad social?* (6ª ed.) Madrid. Alianza Editorial.

**BRAZELTON**, T. B., & **SPARROW**, J. D. (2006). *A criança dos 3 aos 6 anos. O desenvolvimento emocional e do comportamento*. Lisboa: Editorial Presença.

**CAVACO**, N. (2009). *O Profissional e a Educação Especial - uma Abordagem sobre o Autismo*. Lisboa: Editorial Novembro

**CORREIA**, L. (1996). *Intervenção Precoce: do atendimento directo ao Envolvimento Parental*. *Revista saber Educar*, nº 1, 42.

**CUMINE, V., LEACH J., & STEVENSON G.** (2006), *Compreender a Síndrome de Asperger – Guia Prático para Educadores*. Porto: Porto Editora.

**DORON, R. e PAROT, F.** (1998: 99-100). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

**DSM-IV-TR** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2002.

**Educa**-síndrome de asperger: aprendendo a viver socialmente. Consultado em <http://www.igeduca.com.br/artigos/saude-total/sindrome-de-asperger.html> a 04 de fevereiro de 2013.

**FAHERTY, C.** (2009). *Asperger... O que significa para mim?* Lisboa: Editorial Verbo.

**FERLAND, F.** (2006). *O desenvolvimento da criança no dia-a-dia. Do berço até à escola primária*. Lisboa: Climepsi Editores.

**FLEMING, M.** (2004). *Adolescência e autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto: Edições Afrontamento.

**FRITH, U.** (1993). *Autismo*. Madrid: Alianza Editorial.

**FRITH, U.** (1999). *Autismo - Hacia una Explicación del Enigma*. Madrid: Alianza Editorial.

**GADELHA, C.** (2013). *Autismo e o DSM V*. Consultado em <http://blogs.d24am.com/artigos/2013/05/30/autismo-e-o-dsm-v/> a 20 de Junho de 2013.

**GILLBERG & PEETRS** (1990). *Linguagem e comunicação no desenvolvimento normal em fase de Autismo*.

**HAPPÉ, F.** (1994). *Introducción al Autismo*. Madrid: Alianza Editorial.

**JORDAN, R.** (2000). *Educação de Crianças e Jovens com Autismo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.



**MARQUES, C. E.** (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo - Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Quarteto Editora.

**MELLO, A.** (2005). *Autismo- Guia prático* (4.<sup>a</sup> edição). São Paulo: AMA.

**MOGILKA, M.** (1999: 57-68). Autonomia e formação humana em situações pedagógicas: um difícil percurso. *Educação e Pesquisa*.

**MONTANDON, C.** (2005: 485-507). As práticas Educativas Parentais e a experiência das crianças. *Educação e Sociedade*, Campinas. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.

**MORATO, P.; Santos, S.** (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.

**NEGRELLI, Maria E.; MARCON, S.** (2006). *Ciência, cuidado e saúde*. Consultado em <https://docs.google.com> a 05 de fevereiro de 2013.

**NIELSEN, L.** (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula – Um guia para Professores*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.

**OLIVEIRA, R. e SIQUEIRA, J.E.** (2004: 57-61). Autonomia e Vulnerabilidade na Vida dos Adolescentes, *Espaço Aberto/Fórum, Revista da Faculdade Médicas Sorocaba*, v.6, n.º 2, Brasil. Consultado em <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/316> a 19- 06 -2013).

**Organização Mundial de Saúde** (1994). CID-10. *Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*.

**OZONOFF, S. et al** (2003). *Perturbações do espectro do Autismo-Perspectivas da Investigação Actual*. Lisboa: Climepsi Editores.

**PEREIRA, S. J. G.** (1998). *A televisão na família. Processos de mediação com crianças em idade pré-escolar*. Instituto de Estudos da Criança. Braga: Universidade do Minho.

**PEREIRA, M.C.** (2005). *Autismo: Uma Perturbação Pervasiva do desenvolvimento: A Família e a Escola face ao autismo*. (1º ed). Vila Nova de Gaia: Gailivro.

**PIRES, S.** (2011). *A Promoção da Autonomia em Jovens Institucionalizadas*. Bragança. Escola Superior de Educação.

**QUIVY, R. & CAMPENHOUDT L. V.** (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

**REICHERT, C. B. e WAGNER, A.** (2007). Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais, *Revista Psico*, v. 38, n. 3, set./dez., pp: 292-299.

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1496/2173>.

(Acedido a 28- 05 -2013).

**SANTOS, L.** (2000). Construção da autonomia. Vivências académicas e rendimento escolar: estudo com alunos universitários 1.º ano. Universidade do Minho.

**SIEGEL, B.** (2008). *O Mundo da criança com autismo. Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.

**TAMMET, D.** (2006). *Nascido num dia azul*. Cruz Quebrada: Sociedade Editorial.

**WISEU, M.** (2010). “Não me deixem de lado...”. Aluno com Síndrome de Asperger: intervenção em contexto inclusivo. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia.

**ANEXOS**

# **ANEXO A**

**FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO ALUNO E FAMÍLIA**  
**ANAMNESE**

**1. Identificação**

**Data de nascimento:** 14/02/2001

**Género:** M  F

**Idade:** 12 anos

**Concelho:** V.N. de Gaia

**Freguesia:**

**Com quem vive:** pais, irmã  
e avó materna

**2. Filiação**

**Pai**

**Mãe**

**Idade:** 43 anos

**Idade:** 41

**Habilitações:**

**Habilitações:**

Licenciatura

Licenciatura

Mestrado

Mestrado

Doutoramento

Doutoramento

**Profissão:** Juíz

**Profissão:** Juíz

**Irmãos**

**Tem irmãos?** S  N

**Quantos irmãos?** 1

**Idade:** 10 anos

**São saudáveis?** Sim.

**Manifesta algum problema ou dificuldade?** Não

**3. Antecedentes pessoais**

**CONCEÇÃO**

**Idade da mãe no momento da concepção:** 29 anos

**Idade do pai no momento da concepção:** 31 anos

**A mãe era saudável?** Sim. **Se não qual era o motivo?** \_\_\_\_

**O pai era saudável?** Sim. **Se não qual era o motivo?** \_\_\_\_

## GRAVIDEZ

Planeada: S  N

Quantas gravidezes (anteriores e posteriores) tiveram a mãe? 1 Posterior.

Teve aborto? Não Quantos? \_\_\_\_\_

Teve natos mortos? Não Quantos? \_\_\_\_\_ N.º de gravidez? \_\_\_\_\_

Prematuros? Não Quantos? \_\_\_\_\_ N.º de gravidez? \_\_\_\_\_

Dos natos vivos, hoje vivem todos? Sim

## GESTAÇÃO

Vigilância médica pré-natal: Sim

Fez algum tratamento? Não

Durante quanto tempo? -----

Fez algum (ns) exame(s)? Sim Qual(ais)?

sangue  urina  Outros-----

Tirou alguma ecografia? Sim. Em que mês? Em todos os trimestres e nas últimas duas semanas de gravidez.

Como decorreu a gravidez? Sem complicações.

Enjoou? Sim. Durante quanto tempo? Primeiras três semanas.

Vomitou? Não. Durante quanto tempo?-----

Sofreu alguma doença ou perturbação durante a gestação? Não.

Tomou algum medicamento? Não. Qual? -----

Como se sentiu durante a gravidez (receio, ansiedade, alegria.....)?

Alegria com a gravidez, mas foi um período de grande volume de trabalho.

## NASCIMENTO

Tempo de gravidez? 39 semanas

Local de nascimento: Hospital de São João no Porto

O parto foi assistido? Sim Qual a sua duração? Cerca de duas horas de contrações e 15 minutos de trabalho de parto.

Assistência médica:

Obstetra

Ginecologista

**Posição de nascimento:** normal

**Primeiras reações da criança:** normais

**Chorou logo:** sim.- **Durante quanto tempo?** alguns minutos

**Precisou de oxigénio?** Não **APGAR ao minuto?** 9/10

**Outros dados:**

**Perímetro cefálico:**34 cm

**Peso?**3, 320 kg

**Comprimento?**50 cm

**Apresentou algumas doenças logo após o nascimento?** “ icterícia neonatal”

#### 4. Desenvolvimento Psicomotor

##### SONO

**A criança dorme bem?** Sim.

**Acorda várias vezes à noite e volta a adormecer?** Acorda quase sempre uma vez por noite para urinar.

**A que hora se costuma deitar?**21.30 horas. **E levantar?**7. 15 horas.

**Tem por hábito acordar e ir para a cama dos pais?** Apenas esporadicamente, ao fim de semana de manhã e quando se levanta mais cedo e sente os pais acordados.

**Tem cama individual?** Sim. **Dorme com outra pessoa?** Não.

**Dorme com a porta do quarto aberta?** Não. **Dorme com a luz acesa?** Não.

**Respiração ao dormir:**

**Regular**

**Barulhenta**

**Só pela boca**

**Só pelo nariz**

**Tem enurese quando dorme?** Não, desde os dois anos e 4 meses.

##### ALIMENTAÇÃO

**Que tipo de leite mamou após o nascimento?**

**Leite materno** **Outro** **Qual?**-----

**A criança tem apetite?** Bastante. **Demora a comer?** Não.

**Tem algum(ns) alimento(s) preferido(s)?** Muitos. **Qual(ais)?** Feijão, grão de bico, ervilhas, peixe, sobretudo salmão, carne, massas, ovos, pão.

**Recusa algum(ns) alimento(s)?** Não. **Qual (ais)?**-----

**Gosta de provar alimentos novos?** Nem sempre, embora acabe por aceder.

**Local e autonomia das refeições:**

	Casa		Escola		Parentes ou vizinhos		Outros Qual?-----	
	Só	Acomp.	Só	Acomp.	Só	Acomp.	Só	Acomp.
Peq. Almoço	x							
Almoço			x					
Lanche			x					
Jantar	x							

**Peso atual da criança:** 35 Kg. **Altura atual da criança:** 147 cm.

**LINGUAGEM**

**Atualmente a criança apresenta algum problema de linguagem?** Algumas palavras mal articuladas.

**Qual(ais)?** Problema – diz probelema; aplicar - diz apelicar.

**Faz terapia da fala?** Não.

**MOTRICIDADE**

**Quando segurou a cabeça?** Pouco antes dos 4 meses

**Quando se sentou sem apoio?** 6 meses

**Gatinhou?** Apenas alguns dias

**Até quando?**

**Quando se pôs de pé com apoio?** 10 meses

**Quando deu os primeiros passos?** 13 meses

**Quando começou a andar firme?** 15 meses

**Quando subiu escadas pela 1.<sup>a</sup> vez?** 15 meses.

**Quando desceu escadas pela 1.<sup>a</sup> vez?** 20 meses.

**Com que idade se definiu a lateralidade?** que começou a manipular objetos de forma deliberada – cerca dos 10 meses



**Apresenta algum tipo de descontrole de movimentos?** Tem uma motricidade pobre, dificuldade nos exercícios físicos, caminha arrastando os pés ou em bicos de pés, corre com o torso inclinado para a frente e os braços ao longo do corpo e tem grave dificuldade em repetir coreografias ou praticar desportos coletivos.

**Formas particulares de organização motora:**

Balanceamento

Bater com a cabeça

Tiques

Instabilidade

**CONTROLO DOS ESFÍNCTERES**

**Quando teve o controlo esfinteriano?**

Fecal	}	Dia	}	Idade:-13 meses
		Noite		Idade:16 meses
Urinário	}	Dia	}	Idade:-16 meses
		Noite		Idade: 30 meses

**HÁBITOS**

Vê televisão <input checked="" type="checkbox"/>	Quantas horas por dia?	Menos de meia hora durante a semana e no máximo duas horas ao fim de semana.
Ouve música <input checked="" type="checkbox"/>	Quantas horas por dia?	Cerca de meia hora por dia.
Brinca, joga	Quantas horas por dia?	Cerca de duas horas por dia durante o fim de semana, menos de meia hora por dia nos dias úteis.

Ajuda os pais☒	Em quê?	Arrumação do quarto, pôr e tirar a mesa, ajudar a confeccionar refeições e na jardinagem, apenas aos fins de semana.
Anda de bicicleta☒	Quanto tempo?	Sempre que pode e está bom tempo, por vezes mais de uma hora seguida.
Pratica desporto☒	Regularidade.	Apenas na disciplina de educação física porque por sua vontade e insistência desistiu das duas modalidades em que os pais tentaram inscrevê-lo (três anos de artes marciais e quatro de piscina).
Vai ao cinema ou circo☒	Regularidade.	Uma ou duas vezes por trimestre. Prefere cinema ou concertos de música clássica ou teatro. Assiste a concertos cerca de uma ou duas vezes por mês.
Vai à praia ou piscina☒	Regularidade.	Mais de 4 vezes por semana nas férias e ao fim de semana no verão mesmo em período letivo embora por pouco tempo (um passeio na praia ou uma hora de piscina)

Visita parentes ou amigos

Passa férias

Em casa  Fora

Campo

Cidade

Praia

Neve

## SOCIABILIDADE

### Pessoas com quem gosta de se relacionar:

Adultos

jovens  apenas os mais crianças

velhos que ele e com o

mesmo tipo de interesses.

### Evita a companhia dos outros:

adultos

jovens

crianças

### Preocupa-se quando está separado dos pais? não

Em que circunstâncias?-----

#### É um jovem:

Calmo

Nervoso

em algumas circunstâncias relacionadas com alteração de regras, medo de não cumprir horários ou outras situações em que sinta que não controla a situação

Hiperativo

### Como é que se adaptou:

- Ao ritmo e às regras impostas pela estrutura escolar?

Muito bem

**- Aos colegas?**

É seletivo. Gosta dos que respeita, despreza às vezes de forma intransigente os que não cumprem regras ou são, aos seus olhos, mal formados.

**- Aos professores?**

Adaptou-se bem a todos, respeita a todos mas tem um apurado sentido crítico que revela em casa fundamentando muito detalhadamente as suas preferências.

**- O seu comportamento altera-se na presença de estranhos?**

Em ambientes desconhecidos, com muitas pessoas das quais uma maioria de desconhecidos, isola-se.

**- Procura com frequência a proteção do adulto?**

Quase nunca.

**- Como reage às novidades (pessoas, locais, brincadeiras...)?**

Depende do tipo de conversa que mantenham com ele. Se se apercebe que está perante alguém disposto a ouvi-lo sobre os seus assuntos ou que tenha algo de interesse a ensinar-lhe é muito empático e mantém um bom ritmo de conversa. Gosta de brincadeiras lúdicas livres, sem grande empenho físico ou habilidades manuais, gosta de visitar locais novos, museus, ruas, jardins, campo, serra, é muito atento ao ambiente que o rodeia.

**- Tem companheiros?**

Poucos, muito selecionados e apenas que conhece há vários anos.

**- Faz amigos?-**

Com dificuldade embora os colegas gostem dele e o admirem.

**- Quem são?**

Colegas de escola

**- São escolhidos por ele?**

Escolhem-no e ele aceita-os quando os acha interessantes.

**- Como se dá com eles?** De forma cordial, quase nunca tomando a iniciativa de iniciar atividades.

**- Que tipo de atividades lúdicas prefere?** Viajar, ler, ver documentários e filmes, ir ao teatro e a concertos, ir à praia, andar de bicicleta.

**- Quanto tempo se dedica à mesma atividade?** Consegue dedicar-se mais de duas ou três horas seguidas à mesma atividade sempre que gosta dela.

**- Como se adapta a novos espaços?** Reage bem mas desorienta-se no espaço com facilidade.

## ESCOLARIDADE

### Situação académica (anterior):

n.º de anos	1 ano	2 anos	3 anos	mais	
Ama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos?---
Creche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos?---
Jardim de Infância	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos?---
Ensino: Particular <input checked="" type="checkbox"/>					Público <input type="checkbox"/>

### Situação académica atual:

**Que ano frequenta?** 6º.

**Nível de ensino?** 2º ciclo do ensino básico.

**Qual(ais) a(s) disciplina(s) preferida(s)?** História, matemática e ciências.

**Como é que se comporta na escola ao nível:**

- **das aquisições.** Muito interessado e trabalhador.
- **do comportamento com os adultos:** Muito respeitador e acarinhado pelos professores.
- **do comportamento com os colegas:** Pouca paciência com os colegas mal comportados, isola-se muito e não partilha interesses com a maioria dos colegas.

**Apresenta alguma dificuldade?** Estabelecer e manter amizades.

**Beneficiou de algum apoio?** Apoio de professora do ensino especial no pré-escolar e no 1º ano do ensino básico.

**Que tipo de apoio?** Duas tardes por semana em ambiente escolar.

**Atualmente beneficia de algum tipo de apoio?** Não.

**Que tipo de apoio?**-----

## DADOS CLÍNICOS

**É saudável?**

Sim

**Que tipo de doença já apresentou?**

Rinite alérgica.

**Sofre de alguma doença crónica?**

A já referida.

**Tem o boletim de vacinas em dia?**

Sim.

**Existe alguma doença familiar hereditária?**

Não.

**Tem alguma alergia?**

A já referida.

**Tem alguma perturbação? Sim.**

**Qual?** Diagnosticado com síndrome de asperger

**Quando foi detetado?** Pouco após os três anos de idade.

**Por quem foi detetado?** Pela mãe, com o acompanhamento do pediatra com quem partilhou dúvidas.

**Quando foi diagnosticado?** 59 meses

**A criança é seguida?** Sim.

**Onde?** No Centro Hospitalar de Gaia. **Por quem?** Dr<sup>a</sup> Susana Aires Pereira – consulta de pediatria de desenvolvimento.

**Qual a frequência?** Atualmente uma vez por ano.

**Já esteve hospitalizado?** Não.

**Alguma vez foi operado?** Em 2007, às adenoides, amígdalas e ouvidos.

## 5. Enquadramento familiar e social

### ANTECEDENTES FAMILIARES

**Existem doenças familiares?** Não.

**Os pais têm tempo para estar com o filho?** Sim.

**A quem fica entregue na ausência dos pais?** Quando não está na escola fica com a avó materna.

**Isso acontece com que frequência?** Uma ou duas vezes por semana.

De dia

De noite

No fim de semana  poucas vezes e por pouco

tempo

**Em casa:**

**Tem um/vários animais de estimação?** Dois cães.

**Objetos lúdicos que utiliza:**

Jogo

Livros

Instrumentos musicais

Automóveis

Bola

Bicicleta

Computador

Miniaturas

**AUTONOMIA**

**Manifesta autonomia?** Sim.

**Se sim:**

Na casa de banho

Vestir/despir

Higiene  embora lave os dentes mal e seja necessário insistir diariamente para usar creme após o banho cuja sensação na pele abomina.

Estudo  Sim no sentido de que é estudioso e não tem dificuldades cognitivas mas precisa de grande apoio para gerir o tempo e encontrar um método que otimize os resultados diminuindo o esforço. Perde-se a estudar alguns assuntos e fica sem tempo para outros, agenda de forma insensata o tempo de estudo e os trabalhos individuais e de grupo.

Outros  Quais: -----

**Como vai para a escola?**

Carro particular

**Quanto tempo demora na deslocação?** 12 a 15 minutos.

A pé

**A que horas sai de casa?** 7, 55 ou 8 horas

Transporte público

**A que horas regressa a casa?** Às 16, 30 na maioria dos dias, às 20, 30 à sexta feira.

Outros

## OUTROS ASPETOS A CONSIDERAR

### Objetos que dispõe o agregado familiar:

Rádio

Gravador

Esquentador

Vídeo

DVD

Máquina de lavar roupa

Televisão

Leitor de CD

Máquina de secar roupa

Telefone

Automóvel

Frigorífico

Telemóvel

Aquecimento

Arca congeladora

### Características da habitação:

Moradia

Andar

**Número de divisões da habitação: -13**

### Condições de habitabilidade:

Água canalizada

Luz

Saneamento

Casa de banho

Chuveiro

Cama individual

Quarto individual



# **ANEXO B**



Centro Hospitalar  
de  
Vila Nova de Gaia



Ministério da Saúde  
Administração Regional  
de Saúde do Norte

SERVIÇO DE PEDIATRIA  
DIR DR F RODRIGUES  
CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO

Nome: F.  
DN: 14/02/2001  
Pai: António  
Mãe: Ana  
Morada: V. N. de Gaia

Criança de 5 anos, orientada pelo Médico assistente à Consulta de Desenvolvimento por suspeita de perturbação do espectro do autismo (PEA).

**Antecedentes pessoais:** 1º filho, gestação de termo, vigiada, sem complicações; parto eutócico no H.S.João; Apgar 9/10; somatometria ao nascimento adequada à idade gestacional; período neonatal sem complicações; antecedentes patológicos: laringomalácia congénita com reversão espontânea pelos 12m de vida; macrocefalia adquirida (>P95 após 24m);

Aquisições do desenvolvimento psico-motor: controlo cefálico-?m; sentado sem apoio:6-7m; marcha com apoio-12m; marcha sem apoio-14m; 1ªs palavras: 12 m; frases simples: 14m; Rastreio audiológico: normal;

**Antecedentes familiares:** mãe 33 anos, saudável, juiz; pai 35 anos, saudável, juiz; Pais não consanguíneos; irmã de 3 anos- normal DPM, muito comunicativa; sem história familiar de AM, dc neuromuscular ou PEA.

**Anamnese:**

- criança aparentemente “sem problemas” nos 1ºs 3 anos de vida: foi “sempre calmo e sossegado, dócil”; ficava durante o dia ao cuidado da avó materna; gostava particularmente de brincar com imitações de máquinas (ex: máq. de lavar roupa), com aparente faz-de-conta(?); interesse por livros; precocemente começou a cantar e gostava de fazer rimas com as letras; apontar protodeclarativo nos primeiros anos?;
- os pais referem início das dificuldades ao 1º semestre de 2004 (3-3,5anos), coincidindo com a “mudança de casa e menor presença dos pais”:
  - o criança inexpressiva, apática; deixou de fazer perguntas;
  - o desinteresse pela irmã; isolamento; por vezes parecia que não ouvia;
  - o episódios de choro sem motivo aparente;
  - o noção de regressão da linguagem: certo “mutismo”; frases desconexas muitas vezes com ecolália diferida descontextualizada, ladainhas;
  - o comportamento repetitivo: correr/saltar entre o mesmo espaço, durante horas seguidas;
  - o enurese secundária transitória
- em Setembro de 2004: iniciou frequência do infantário (Aniquibé-VN/Gaia)
  - o desinteresse pelas actividades do grupo, passivo
  - o isolamento
  - o evitava contacto visual
- iniciou apoio por psicologia em gabinete particular;



Med: 20 - 2 5510002

Par. Comissão Fernandes - 4404-502 Vila Nova de Gaia - Telef: 227 363 100 - Fax: 227 309 300

- ao longo deste período, e até ao momento actual, outros comportamentos referidos:
  - o comportamentos obsessivos: ex: fechar portas dos armários no quarto antes de deitar, ordem dos bonecos nas prateleiras;
  - o tendência a ritualizar actividades do dia a dia (o vestir, ida á aula de piano...), de forma que os pais já evitam fazer alguma coisa igual mais de 2 vezes;
  - o resistência em adaptar-se a situações ou locais novos;
  - o comportamento repetitivo: saltinhos/corridas de cócoras durante tempos prolongados (pode chegar a horas) (com caracter de estérotipia complexa)
  - o interesse sensorial invulgar (aproximar objecto dos olhos- livro/brinquedo, antes de iniciar sua exploração funcional)
  - o ignora quando é abordado por outras crianças (não conhecidas)
  - o brinca paralelamente no grupo; não inicia jogo cooperativo/imaginativo com os pares; se é integrado, facilmente se desinteressa;
  - o fica muito ansioso em ambientes com muitas pessoas (mesmo em casa e com familiares com quem está com alguma frequência), isolando-se;
  - o reacções emocionais exuberantes, sobretudo de choro, e por vezes sem motivo aparente (ou não facilmente identificável)
  - o olhar muitas vezes ausente/fixo (no vago)
  - o ecolália diferida, mas agora com uso mais funcional e contextualizado
  - o compreende e usa linguagem não verbal; no entanto teve dificuldade em compreender representação gráfica de situações com conteúdo emocional (ex: porque é que o menino do livro tem a boca aberta, numa situação em que se está a rir, etc)
  - o ultimamente, particularmente interessado no tema dos “planetas”
  - o capacidade superior à esperada para fazer rimas e identificar letras no inicio e final das palavras (consciência fonológica)

#### Avaliação na Consulta de Desenvolvimento:

Criança bonita, sem alterações ao exame físico e neurológico, excepto discreto estrabismo do olho esquerdo; bom contacto visual; boa capacidade expressiva (até com expressões mais elaboradas como “fazer o curativo”) embora frequentemente com “fala de mimo”; interesse reduzido pelos brinquedos disponíveis tendo passado grande parte da consulta em saltinhos de cócoras); alguma resistência em colaborar nas actividades propostas.

Aplicação da escala de Griffiths (aos 57m) revelou um QGD de 84 (B-95, C-84, D-84, E-88, F-70) (prejudicado por falta de colaboração nalgumas áreas nomeadamente na locomotora que não foi mesmo avaliada). Salienta-se:

- linguagem: alguma dificuldade na compreensão de questões complexas, nomeação de opostos e materiais (por vezes respostas tangenciais)
- coordenação olho-mão: grafismos imaturos; dificuldade na cópia de figuras geométricas; figura humana muito imatura; (revela especial desagrado neste tipo de actividade)
- realização: dificuldade na reprodução tridimensional de padrões (discriminação e organização visuoespacial)
- raciocínio prático: não cumpriu os itens de repetição de dígitos, nem conceitos de número e quantidade;



CARS- pontuação "border-line"

ADI-R- cotação significativa nos domínios B (interacção social) e D (comportamentos repetitivos e padrões estereotipados) e ainda, perturbação qualitativa da linguagem (ecolália diferida);

A conjugação dos diversos elementos sugere actualmente o diagnóstico de S. Asperguer, o que foi explicado aos pais.

A noção de um "período de regressão" pelos 3-4 anos (que actualmente estaria ultrapassado) motivou a realização de exames complementares de diagnóstico com vista a excluir patologia neurodegenerativa (EEG, RMN cerebral; cariótipo, X-frágil, rastreio metabólico), sendo todos os resultados obtidos até à data normais.

Poderá ainda ser equacionada a hipótese de S. Heller, mas o nível de linguagem é excessivamente superior ao que seria esperado nesse contexto.

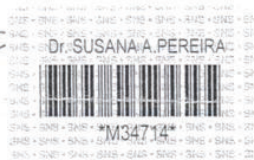
Sugerido aos pais início de intervenção (psicoterapia) mais dirigida às dificuldades específicas encontradas (PEA/ S. Asperguer), pelo que oriento à Dr<sup>a</sup> Maria de Gois / "Aprender".

Será ponderada a necessidade de apoio do ensino especial no jardim de infância.

Atentamente, a pediatra ao dispor

Susana Aires Pereira

VNGaia, 11 de Fevereiro, 2006





Centro Hospitalar  
de  
Vila Nova de Gaia



Ministério da Saúde  
Administração Regional  
de Saúde do Norte

SERVIÇO DE PEDIATRIA  
Dir Dr<sup>a</sup> Fátima Praça  
CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO

Nome: F.  
DN: 14/02/2001  
Pai: António  
Mãe: Ana  
Morada: V. N. de Gaia

**Informação clínica**

O Francisco, de 5,5 anos, é seguido na Consulta de Desenvolvimento desde Setembro/05, com o diagnóstico actual de S. de Asperger.

Frequenta o Jardim de Infância Anikibébé e tem apoio semanal de psicologia em gabinete particular.

Avaliação aos 57m pela escala de Ruth Griffiths apresenta um QD de 84 (médio baixo para a idade), tendo no entanto a avaliação sido prejudica por falta de colaboração. Salientam-se algumas dificuldades que devem ser objecto de uma intervenção orientada com vista a preparar o ingresso no 1º ano de escolaridade em Set/2007:

- coordenação motora fina particularmente ao nível da grafomotricidade (cópia de figuras geométricas; figura humana, casa), tarefas para as quais revela algum desagrado;
  - discriminação e organização visuoespacial, tarefas sequenciais;
  - memória verbal imediata;
  - noções temporais e de grandezas; relação número-quantidade; raciocínio lógico;
- Como áreas fortes salienta-se:
- memória visual
  - capacidade para fazer rimas

Ao nível da sociabilização apresenta ainda grande dificuldade em iniciar e manter interacção com os pares; tendência a isolar-se do grupo persistindo em actividade repetitivas e não funcionais; necessita frequentemente da mediação do adulto para iniciar actividades mais construtivas e manter a integração no grupo.

Revela interesse e conhecimentos "enciclopédicos" em temas como "astros e planetas", "motores/caixas de velocidade", que poderão ser utilizados como pontes de mediação e interacção com os pares.

**Plano:**

Face às dificuldades descritas e contexto diagnóstico, e de acordo com os pais, esta criança **deverá beneficiar de apoio do ensino especial** em contexto de jardim de infância com vista a potenciar as suas capacidades cognitivas e de sociabilização e desta forma preparar o inicio da escolaridade em 2007.

V.N.Gaia, 21/08/2006

A Pediatra, responsável pela consulta de Desenvolvimento

DESENVOLVIMENTO

Dr. SUSANA A. PEREIRA



\*M34714\*





Centro Hospitalar  
de  
Vila Nova de Gaia



Ministério da Saúde  
Administração Regional  
de Saúde do Norte

SERVIÇO DE PEDIATRIA  
Dir Dr<sup>a</sup> Fátima Praça  
CONSULTA DE PSICOLOGIA / DESENVOLVIMENTO

Nome: F:

Data de nascimento: 14/02/2001

Idade: 6 anos

RELATÓRIO

O F, actualmente com 6 anos e 2 meses, é seguido na Consulta de Desenvolvimento desde Setembro/05 com o diagnóstico de S. Asperguer. Frequenta o jardim de Infância Anikibébé, com apoio do ensino especial no ano lectivo 2006/07. Tem apoio semanal de psicologia em gabinete particular desde Março/2006. Vai iniciar o 1º ano de escolaridade no Colégio Jasmim / Valadares, em Setembro/2007.

Para avaliação de competências neurocognitivas básicas para a aprendizagem escolar foi utilizada a prova de diagnóstico pré-escolar. Este instrumento fornece indicações acerca da maturidade da criança para a aprendizagem da leitura, escrita e cálculo. Valoriza, particularmente, os conhecimentos de vocabulário, conceitos quantitativos, memória auditiva, percepção visual (constância da forma e figura - fundo), orientação espacial e coordenação visuo - motora.

Foi ainda aplicado o TICL (teste de avaliação de competências linguísticas) que fornece indicadores de mestria para a aprendizagem específica da lecto-escrita.

O Francisco participou nas tarefas propostas com interesse e empenho na sua realização, apesar de se distrair facilmente com estímulos externos.

Na prova de diagnóstico pré-escolar obteve um perfil desarmónico:

- resultados situados dentro da média nas provas de percepção visual, nomeadamente na noção de constância da forma;
- resultados situados muito acima da média nos conhecimentos de vocabulário;





Centro Hospitalar  
de  
Vila Nova de Gaia



Ministério da Saúde  
Administração Regional  
de Saúde do Norte

- contudo, revelou imaturidade no desempenho dos itens referentes à percepção figura – fundo, orientação espacial, coordenação visuo - motora e conceitos quantitativos;

No TICL, o seu desempenho foi muito bom nas subescalas de conhecimento lexical, conhecimento morfo-sintático e memória auditiva de palavras, pseudopalavras, frases e sequencialização narrativa. Revelou, no entanto, dificuldade significativa na capacidade de reflexão sobre a língua, nomeadamente na avaliação da correção gramatical, na segmentação de frases em palavras e palavras (longas) em sílabas. Conseguiu realizar com sucesso a identificação auditiva de sons iniciais e finais das palavras.

No contexto diagnóstico são ainda de salientar:

- dificuldade para enfrentar novas situações / ambientes
- instabilidade emocional
- rigidez mental
- interesses de carácter restrito e enciclopédico
- estereotipias motoras complexas
- dificuldade para compreender pistas ~~não verbais~~ na comunicação e interacção

O seu perfil funcional-cognitivo sugere, assim, que do ponto de vista académico o Francisco possa vir a desenvolver sem dificuldade competências de mecanização da leitura mas venha a manifestar dificuldades na realização de tarefas sequenciais com forte envolvimento visuo-espacial (ex: aritmética), resolução de problemas através de aproximações e escolhas de caminhos, raciocínio lógico e compreensão/generalização de conteúdos.

Como linhas gerais de intervenção no contexto académico, tendo em conta o início da escolaridade, sugere-se:

- apoio pelo ensino especial em frequência/do ensino regular

Ao nível da sala de aula:

- promoção de um ambiente com rotinas funcionais, predictível





# **ANEXO C**

# GRELHA DE AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO ADAPTATIVO

(Escolar, Residencial e Comunitário)

Adaptado de Nadine Lambert, Kazuo Nihira, & Henry Leland

By The American Association on Mental Retardation – 1993, Austin, Texas, U.S.A

Aluno: \_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: \_\_\_\_

## AUTONOMIA

### 1- ALIMENTAÇÃO

	Sim	As vezes	Não
<b>1.1 – Utilização dos talheres e outros utensílios</b> . Usa a faca para cortar ou separar os alimentos ..... . Alimenta-se sozinho com colher e garfo (ou outros talheres apropriados) ..... . Alimenta-se sozinho, com colher ou garfo (ou outros talheres apropriados) sujando-se pouco..... . Alimenta-se sozinho, com colher..... . Alimenta-se sozinho, com colher sujando-se pouco..... . Alimenta-se sozinho, utilizando as mãos.....			
<b>1.2 – Comer em público</b> . Encomenda refeições completas num restaurante..... . Encomenda refeições simples, tipo hambúrguer ou cachorro quente..... . Numa pastelaria ou quiosque, pede artigos simples, tipo gelados, refrigerantes, queques..... . Em locais públicos, não pede nada.....	Sim	As vezes	Não
<b>1.3 – Beber</b> . Bebe sem se molhar, usando uma só mão para segurar o copo..... . Bebe sozinho por um copo sem precisar de ajuda e sem se molhar..... . Bebe sozinho por um copo sem precisar de ajuda, mas molhando-se um pouco.....	Sim	As vezes	Não
<b>1.4 – Comportamento à mesa</b> . Engole a comida sem mastigar..... . Mastiga a comida com a boca aberta..... . Usa o guardanapo..... . Fala com a boca cheia..... . Come muito depressa ou muito devagar..... . Brinca com as mãos na comida..... . Tem uma postura correta à mesa.....	Sim	As vezes	Não

### 2 - UTILIZAÇÃO DE CASA DE BANHO

	Sim	As vezes	Não
<b>2.1 – Autonomia na casa de banho</b> . Usa o papel higiénico de forma apropriada..... . Puxa o autoclismo..... . Puxa a roupa para cima sem ajuda.....			

### 3 - HIGIENE

	Sim	As vezes	Não
<b>3.1 – Lavagem das mãos e face</b>			

. Lava as mãos e cara com sabonete e água sem se molhar..... . Seca as mãos e a cara.....			
<b>3.2 – Banho</b> . Prepara e toma banho sozinho..... . Completamente sozinho, lava-se e seca-se sem ajuda e sem sugestões..... . Com sugestões, lava-se e seca-se razoavelmente bem..... . Com ajuda, lava-se e seca-se..... . Tenta lavar-se e ensaboar-se sozinho..... . Coopera quando lhe dão banho ou o secam..... . Faz alguma tentativa em se lavar ou se secar sozinho.....	Sim	As vezes	Não
<b>3.3 – Higiene pessoal</b> . Precisa de ser lembrado para trocar a roupa interior regularmente..... . Necessita de ser lembrado para manter a pele limpa..... . Necessita de ser lembrado para manter as unhas limpas.....	Sim	As vezes	Não
<b>3.4 – Lavagem dos dentes</b> . Escova os dentes apropriadamente..... . Escova os dentes com supervisão..... . Coopera na lavagem dos dentes..... . Tenta lavar os dentes sozinho.....	Sim	As vezes	Não
<b>4 – APRESENTAÇÃO</b>			
<b>4.1 – Vestuário</b> . Necessita de ser ajudado para vestir-se com roupas que lhe caem bem..... . Necessita de ser ajudado para vestir-se com roupas que não estejam enrodilhadas..... . Necessita de ser lembrado para vestir-se com roupas limpas..... . Necessita de ser ajudado, senão veste-se com cores que não combinam entre si..... . Escolhe a roupa de acordo com as ocasiões..... . Veste roupa de acordo com as condições climáticas (por exemplo: gabardine, sobretudo).....	Sim	As vezes	Não
<b>5 – VESTIR E DESPIR</b>			
<b>5.1 – Vestir</b> . Sem ajuda, veste-se completamente..... . Com ajuda verbal, veste-se sozinho..... . Somente com ajuda verbal, veste todas as roupas e sabe abotoar sem ajuda (botões, fecho ecláir, colchetes ...). . Precisa de ser ajudado a vestir-se e a abotoar.....	Sim	As vezes	Não
<b>5.2 – Despir</b> . Despe-se completamente sozinho e sem ajuda..... . Com ajuda verbal, despe-se sozinho..... . Somente com ajuda verbal, despe todas as roupas e sabe desabotoar sem ajuda (botões, ecláir, colchetes ...). . Precisa de ser ajudado a vestir-se e a abotoar.....	Sim	As vezes	Não
<b>5.3 – Calçado</b> . Sem ajuda, calça-se corretamente..... . Sem ajuda, sabe dar o laço..... . Sabe dar o laço, mas necessita de ajuda..... . Sem ajuda, tira os sapatos.....	Sim	As vezes	Não
<b>6 – DESLOCAÇÕES</b>			
<b>6.1 – Senso de orientação</b> . Consegue deambular por muitos quarteirões perto de casa ou da escola sem se perder..... . Consegue deambular por poucos quarteirões perto de casa ou da escola sem se perder..... . Consegue deambular pelo quarteirão da escola ou do local onde vive sem se perder..... . Mesmo em área conhecida, sente-se perdido se deixado sozinho.....	Sim	As vezes	Não

<b>6.2 – Transportes</b> . De forma independente, sabe andar de metro ou de autocarro por percursos desconhecidos..... . De forma independente, sabe andar de metro ou de autocarro por percursos conhecidos.....	Sim	As vezes	Não
<b>6.3 – Mobilidade</b> . Sozinho, consegue atravessar a rua em segurança..... . Sozinho, consegue ir para a escola ..... . Sozinho, consegue ir e voltar da escola..... . Sozinho, consegue ir e voltar de locais onde se desenvolvem atividades recreativas e de lazer (cinemas, shopping).....	Sim	As vezes	Não
<b>6.4 – Segurança nas ruas e em lugares públicos</b> . Possui senso de perigo (evita a parte mais funda da piscina, usa o corrimão nas escadas, não aceita boleia de estranhos, usa o cinto de segurança ... )..... . Obedece à sinalização de trânsito..... . Olha para os dois lados e espera, se for o caso, antes de atravessar a rua..... . É capaz de reconhecer os perigos eminentes.....	Sim	As vezes	Não
<b>7 – OUTROS ITENS DE AUTONOMIA</b>			
<b>7.1 – Limpeza do quarto</b> . Arruma o quarto, sem sugestões..... . Não arruma o quarto.....	Sim	As vezes	Não
<b>7.2 – Pôr a mesa</b> . Sabe pôr a mesa, colocando tudo nos locais apropriados e indicados..... . Não sabe pôr a mesa.....	Sim	As vezes	Não
<b>7.3 – Preparação da comida</b> . Consegue usar o micro ondas para aquecer uma refeição..... . Prepara comidas simples que não tenham que ser misturadas ou cozinhadas, como sanduíches, cereais..... . Não sabe preparar nenhuma comida.....	Sim	As vezes	Não
<b>7.4 – Levantar a mesa</b> . Sabe levantar a mesa sem quebrar a louça..... . Sabe levantar a mesa desde que os pratos e copos sejam inquebráveis..... . Não sabe levantar a mesa.....			
<b>7.5 – Hábitos de trabalho</b> . Faz o trabalho de casa sem ajuda..... . Estuda sozinho para os testes..... . Utiliza estratégias de aprendizagem adequadas ..... . É desnecessariamente dependente de ajudas.....	Sim	As vezes	Não
<b>7.6 – Telefone</b> . Sabe usar a lista..... . Sabe usar o telefone público..... . Faz chamadas pelo telefone particular..... . Atende o telefone corretamente..... . Sabe dar recados.....	Sim	As vezes	Não
<b>7.7 – Miscelânea</b> . Cuida da sua saúde, como, por exemplo, trocando roupa quando está molhada..... . Sabe lidar com pequenos acidentes domésticos, como por exemplo, pequenas feridas e pequenas queimaduras..... . Sabe como e onde obter apoio médico ou dentário ..... . Sabe o seu próprio endereço..... . Sabe onde conseguir apoio na comunidade.....	Sim	As vezes	Não

# **ANEXO D**

## Guião de entrevista

N.º	Perguntas
1	Como e quando tomou conhecimento do que é a síndrome de Asperger?
2	Que comportamentos considerados desadequados manifestava a criança antes do diagnóstico?
3	Como foi a adaptação dos pais a esta perturbação?
4	Quais foram as maiores dificuldades que sentiu em lidar com a criança?
5	Que tipo de apoios obteve para compreender e lidar com a situação?
6	Procurou apoio nalgum grupo?
7	A partir do momento que passou a ser acompanhada, quais foram as alterações mais significativas que observou?
8	Neste momento quais são as dificuldades que apresenta? Quais são as áreas fracas?
9	Quais são os comportamentos adequados/desadequados, que a criança manifesta no momento?
10	Atualmente como avalia a evolução da criança?
11	Que estratégias põem em prática para desenvolver a autonomia?
12	De que forma é que vocês promovem a autonomia (descrição de alguns procedimentos) nos diferentes contextos?
13	Quais os aspetos que considera serem mais importantes trabalhar com vista ao desenvolvimento da autonomia a nível pessoal, emocional e instrumental?
14	Quais as competências pessoais e sociais que o F. possui que lhe permitem ser autónomo?
15	Numa escala de 0 a 5, qual o nível que atribui à autonomia do seu filho?
16	Quais as suas expectativas face ao futuro académico, pessoal, social e profissional?
17	O que é que pensa da importância do ensino especial para esta síndrome?
18	Quais são, na sua opinião, as vantagens e as desvantagens do apoio do ensino especial?

# **ANEXO E**

### **Como e quando tomou conhecimento do que é a síndrome de Asperger?**

Aquando do diagnóstico do nosso filho, em 2006.

### **Que comportamentos considerados desadequados manifestava a criança antes do diagnóstico?**

Falta de empatia e comunicação com as outras crianças, isolamento, tiques, dificuldades na motricidade, movimentos repetidos de corrida e agachamento, ecolália e muita resistência às alterações de rotinas.

### **Como foi a vossa adaptação a esta perturbação?**

Muito ativa. Procuramos muita informação e ajuda especializada. Pedimos e tivemos o apoio da família alargada e da escola, embora com alguma resistência da educadora de infância da altura.

Foi uma altura de muita preocupação e angústia que foi mais acentuada até à obtenção de um diagnóstico por não sabermos ainda qual a melhor forma de intervir. Depois de ultrapassada a incerteza relativamente ao que causava os “sintomas” que observamos, a nossa energia voltou-se para a obtenção de soluções e ajudas o que tornou mais fácil lidar com a nossa preocupação por termos já um rumo a seguir.

### **Quais foram as maiores dificuldades que sentiu em lidar com a criança?**

Diminuir as estereotipias, ensiná-lo a comunicar devidamente os seus pensamentos e a interpretar as expressões faciais e ironias, segundos sentidos e entoações de voz que alteram o significado da linguagem verbal; levá-lo a relacionar-se com os pares.

### **Que tipo de apoios obteve para compreender e lidar com a situação?**

Em primeiro lugar dos médicos (pediatra e neuropediatra) que o acompanharam, depois o da família alargada e o da escola - a partir do início do ensino básico - da psicóloga com quem fez psicoterapia semanal e da professora do ensino especial que o auxiliou na pré-primária e no primeiro ano do ensino básico.



**Procurou apoio nalgum grupo?**

Não, por não termos sentido necessidade face aos demais apoios que tivemos mas chegamos a assistir a congressos organizados pela APSA e tivemos contacto informal com outros pais associados daquela.

**A partir do momento que passou a ser acompanhada, quais foram as alterações mais significativas que observou?**

Melhoria significativa na capacidade de compreensão da comunicação e na expressão dos seus sentimentos e pensamentos, diminuição acentuada, embora lenta, das estereotipias, desaparecimento da ecolália e de quase todos os tiques, melhor reação às mudanças de rotinas.

**Neste momento quais são as dificuldades que apresenta? Quais são as áreas fracas?**

O estabelecimento de relação com os pares: continua muito isolado no contexto dos recreios escolares e ao nível da motricidade. Demonstra pouca autonomia ao nível da organização do tempo e no planeamento das tarefas.

**Quais são os comportamentos adequados/desadequados, que a criança manifesta no momento?**

Não procura os pares e nem sempre responde quando interpelado por eles, fica nervoso e demonstra irritabilidade perante contrariedades que o impedem de prosseguir com os seus planos.

**Atualmente como avalia a evolução da criança?**

De forma muito positiva. Todas as evoluções que fez ficaram sedimentadas, não tendo regredido em nenhuma delas. Frequenta o ensino regular numa escola de ensino integrado artístico obtendo muito bons resultados apenas com ajuda dos pais em casa ao nível da organização do estudo. É respeitador das regras escolares e é respeitado pelos professores e colegas tendo sido eleito delegado de turma apesar de não ter muitos interesses em comum com os pares (não joga de futebol, não gosta de computadores).

## **De que forma é que vocês promovem a autonomia (descrição de alguns procedimentos) nos diferentes contextos?**

Ao nível da higiene diária fomos gradualmente passando da realização das tarefas por ele para a realização das tarefas com ele e, finalmente apenas a controlar se tem o quarto bem arrumado, se tomou bem o banho, se tem os dentes bem lavados e se se vestiu adequadamente.

Muitas vezes é necessário mandá-lo lavar de novo os dentes ou escolher uma roupa mais adequada... mas tem vindo a melhorar sempre embora muito lentamente.

Ao nível do comportamento à mesa regrediu há cerca de dois anos estando agora a melhorar mas mostra-se ainda pouco hábil com os talheres e adota uma postura pouco correta na mastigação e ingestão (mastiga com a boca aberta e leva a comida à boca sem levantar o talher, baixando a cabeça, deixa comida sair do prato...)

Ao nível do estudo intensificamos a ajuda no início dos novos ciclos escolares (1º ano e 5º ano), com acompanhamento mais próximo das aprendizagens, controlo dos trabalhos de casa, dos cadernos, dos métodos de estudo etc, tendo, ao longo dos anos letivos seguintes deixado de acompanhar diariamente os trabalhos de casa e até dando-lhe autonomia de estudo nas disciplinas em que tem mais facilidade.

Na ajuda das tarefas domésticas demonstrou sempre gosto embora se “perca” facilmente quando deixado sozinho deixando parte das tarefas (vg pôr a mesa) por completar.

Ao nível da interação com os outros começamos por organizar nós as brincadeiras e participar nelas e passamos gradualmente a deixá-lo por momentos cada vez mais longos sozinho com os pares.

Atualmente interage bem pessoalmente embora tenha muitos momentos de isolamento. Temos insistido para que mantenha contacto via e-mail, blogue ou sms com os colegas, para o que nunca toma a iniciativa. Ajudámo-lo a criar um blogue para a turma durante este ano letivo porque foi nomeado como delgado de turma mas foi sempre muito “forçado” por nós a postar no mesmo e a divulgá-lo junto a professores e colegas apesar de a ideia ter sido bem recebida por todos e ter recebido elogios por isso. Revela ainda muita dificuldade nessas comunicações à distância nunca parecendo encontrar o “tom certo” para um mail, um telefonema...

**Quais os aspetos que considera serem mais importantes trabalhar com vista ao desenvolvimento da autonomia a nível pessoal, emocional e instrumental?**

Ao nível da autonomia pessoal pensamos que não está desadequada ao padrão médio da idade, ao nível emocional continua a não saber reagir de forma adequada em situações de confronto ou conflito e muitas vezes torna-se impopular pela maneira muito rígida com que encara todas as situações. Não tem noção das consequências das suas atitudes extremadas no convívio com os colegas defendendo muitas vezes o que “está certo” e dizendo a verdade mesmo quando a situação é de pouca relevância e isso só lhe cria antipatias.

Não vemos como ajudá-lo a melhorar a esse nível salvo conversando com ele sobre a reação que teve fazendo ver-lhe o que ganhou e perdeu. Tentamos relatar-lhe situações que nós mesmos, a irmã, ou outras pessoas vivem e nos obrigaram a adaptar comportamentos de modo a ir transmitindo experiências e a permitir debate sobre a melhor forma de as viver mas a vida acaba por lhe apresentar sempre situações novas perante as quais ele muitas vezes reage mal. Recentemente já lidou de forma autónoma com duas ou três situações em contexto escolar, sem nos consultar e de forma imediata e adequada.

Em termos de motricidade dizemos-lhe que sabemos que não é essa a sua área forte, tendo muitas outras em compensação, pelo que sabe que apenas exigimos que a educação visual e física os professores nos transmitam que se esforça e não esperamos que os resultados sejam muito elevados. Contudo, ao longo deste ano melhorou bastante a ambas as disciplinas tendo terminado o ano com notação de 4 nas mesmas.

**Numa escala de 0 a 5, qual o nível que atribui à autonomia do seu filho?**

Atribuo um nível 3 em franca melhoria.

Tem sido capaz de organizar e realizar as tarefas escolares embora com ajuda na preparação de testes e de trabalhos de grupo. Organiza a mochila e quarto e material escolar sozinho com cada vez menos falhas ou erros. É muito respeitado pelos colegas pela sua inteligência e pelos conhecimentos que revela, bem como por ser sempre sincero e muito confiável.

### **Quais as competências pessoais e sociais que o F. deve adquirir/possuir para alcançar a sua autonomia?**

Pensamos que o F, neste momento, deverá, sobretudo, saber controlar a forma impetuosa como reage a tudo o que não corre como ele espera, o magoa ou assusta. Tende a ficar num estado emocional que impede que lide com bom senso com as situações, empolando-as e tornando, com frequência, as suas consequências piores do que o necessário.

Aparentemente quando está ansioso ou nervoso a inteligência que revela noutras circunstâncias “desliga” e reage de forma insensata.

Pensamos que precisa de mais experiência de vida para ir aprendendo com os seus próprios erros sendo quase impossível, nesta fase, antecipar todos os problemas e impedir que os viva.

Gostaríamos que ele fizesse aulas de teatro ou representação para aprender a exprimir melhor as emoções e a transmiti-las, também, pela linguagem não verbal mas ele não se mostra recetivo a isso e não o entendemos útil enquanto ele não for de boa vontade.

### **Quais as suas expectativas face ao futuro académico, pessoal, social e profissional?**

Muito positivas do ponto de vista académico e profissional mas com receios relativamente à capacidade que terá de criar e manter relações fora do âmbito familiar de forma saudável.

### **O que é que pensa da importância do ensino especial para esta síndrome?**

Foi muito importante para o Francisco. No primeiro ano foi, também, muito útil para ajudar a sensibilizar a educadora de infância e a informá-la das suas necessidades especiais. Foi também relevante para nos orientar nas melhores estratégias a adotar em casa relativamente ao acompanhamento escolar e à ajuda à socialização.

**Quais são, na sua opinião, as vantagens e as desvantagens do apoio do ensino especial?**

Não vimos quaisquer desvantagens. Apenas constatamos grande dificuldade e morosidade no processo de obtenção desse apoio que implicou muita persistência da nossa parte. O contacto que tivemos com a professora do ensino especial permitiu-nos perceber as grandes dificuldades desta atividade e a insuficiência das professoras disponíveis para as necessidades existentes.

As vantagens foram as já descritas e sentimos que foi, apesar de ter durado apenas dois anos, de grande utilidade no apoio à escola e ao Francisco.

Permitiu o planeamento de uma estratégia em conjunto com a família e com a escola de forma orientada e aportou conhecimento e experiência à intervenção escolar.