



PG PAULA FRASSINETTI
PÓS GRADUAÇÃO
EDUCAÇÃO ESPECIAL
DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL: DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

Perturbação do Espectro do Autismo – Estratégias de intervenção em situações de crise de agressividade protagonizadas por crianças com PEA

Maria do Carmo Castanheira

Setembro de 2016



PG PAULA FRASSINETTI
PÓS GRADUAÇÃO
EDUCAÇÃO ESPECIAL
DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL: DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

Perturbação do Espectro do Autismo – Estratégias de intervenção em situações de crise de agressividade protagonizadas por crianças (com PEA)

Trabalho realizado no âmbito da UNIDADE CURRICULAR DE
SEMINÁRIO DE PROJETO

Maria do Carmo Castanheira

Orientadora: Doutora Ana Márcia Vaz Serra Fernandes

Julho de 2016

ÍNDICE GERAL

Resumo

INTRODUÇÃO	10
PARTE I - Enquadramento Teórico	12
Capítulo I – Perturbação do Espectro do Autismo	13
1. Conceito de PEA	13
1.2. Evolução histórica do conceito de autismo	13
2. Caracterização da PEA	14
3. Etiologia	16
4. Diagnóstico da PEA	19
4.1. Critérios de diagnóstico da PEA	20
4.2. Prevalência	20
4.3. Fatores de risco	21
4.4. Diagnóstico Diferencial e Comorbilidade	21
5. Avaliação na PEA	22
5.1. Instrumentos de avaliação	22
Capítulo II – A Agressividade – algumas considerações	24
1. Conceito de Agressividade	24
2. Perturbação Antissocial de Personalidade (PAP)	25
2.1. Características e Critérios de Diagnóstico	25
2.2. Prevalência e fatores de risco	26
2.3. Diagnóstico Diferencial	26
3. Teorias de Agressividade	27
4. A especificidade da Agressividade na PEA	28
Capítulo III – Intervenção em crianças com PEA	30
1. Especificidade da expressão da PEA	30
2. Modelos estruturados de intervenção em PEA	32
2.1. Modelos de intervenção de natureza Psicanalítica	32
2.2. Modelos de intervenção de natureza	



comportamental	32
2.3. Modelos de intervenção de natureza Cognitivo-Comportamental	33
3. Programas específicos para intervenção em PEA	33
3.1. Programa TEACCH	33
3.2. Outros programas	34
PARTE II – Componente Empírica	37
Capítulo I – Metodologia e objetivos de investigação	38
1. Investigação qualitativa	38
2. Estudo de Caso	39
Capítulo II – Caraterização da amostra	42
1. Caraterização da criança	42
2. Caraterização da família	45
3. Caraterização do meio escolar	46
Capítulo III – Procedimentos de recolha e tratamento de dados	50
1. Recolha de dados	50
2. Análise documental	50
3. Observação direta	51
4. Entrevista	52
5. Análise de Conteúdo	55
6. Inferências das observações realizadas	57
Capítulo IV – Apresentação e Análise dos Resultados	58
1. Dados relativos às entrevistas às docentes Titular de Turma e de Educação Especial	58
2. Dados relativos à entrevista à Encarregada de Educação	59



3.Dados recolhidos através das observações realizadas ao aluno	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	
Anexo I – PEA – Testemunhos	
Anexo II – Autorização do Encarregado de Educação	
Anexo III – Grelhas de Observação	
Anexo IV – Transcrição da Entrevista à Docente Titular de Turma	
Anexo V – Transcrição da Entrevista à Docente de Educação Especial	
Anexo VI – Transcrição da Entrevista à Encarregada de Educação	
Anexo VII – O que nos pediria um autista?	
Anexo VIII – Carta dos Direitos para Pessoas com autismo	
Anexo IX – Associações de Apoio à PEA	



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Figura 2

Figura 3

Figura 4

Figura 5

Figura 6

Figura 7

Figura 8

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1

Quadro 2

Quadro 3

Quadro 4

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PEA – Perturbação do Espectro de Autismo

EE – Educação Especial

NEE – Necessidades Educativas Especiais

APA – American Psychiatric Association

CID 10 – Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (10ª revisão)

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª edição)

PEI – Programa Educativo Individual

PAP – Perturbação Agressiva de Personalidade

AC – Análise de Conteúdo

OMS – Organização Mundial de Saúde



Resumo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), enquanto entidade clínica no âmbito das perturbações neurodesenvolvimentais, reveste-se de características muito específicas, constituindo o objeto de estudo da presente investigação. As crises de agressividade, na sua expressão mais diversificada neste tipo de indivíduos, constituem o alvo do nosso estudo e, através de uma metodologia de cariz qualitativo, na forma de um Estudo de Caso, procedemos a uma reflexão no sentido de contribuir para um aumento de conhecimento relativamente à compreensão das referidas crises, quanto ao seu formato, aos possíveis fatores desencadeadores e a possíveis formas de minimizar ou eliminar a sua frequência. Após a construção dos instrumentos de recolha de dados e respetiva aplicação aos sujeitos que elegemos e após realizada a análise dos resultados, foi possível delinear algumas reflexões. O conhecimento das características específicas de cada criança com PEA, por parte dos adultos significativos - pais e professores -, parece ser determinante na dinâmica dos momentos de crise. A atitude do adulto deve ser atenta, no sentido de evitar determinados fatores desencadeadores de tensão na criança, bem como na forma de interagir com ela nos momentos de crise. A utilização de estratégias de negociação propostas pelos modelos cognitivo-comportamentais e a estruturação de rotinas e ambientes parecem ter êxito, no sentido de assegurarem uma maior estabilidade à criança.

Palavras-chave: Perturbação do Espectro do Autismo, Agressividade, Estratégias de Intervenção.



Abstract

The subject of this investigation is the Autism Spectrum Disorder (ASD), while clinical entity within the neurodevelopmental research disorders, with very specific characteristics. The bouts of aggression, in its most diverse expression in this kind of individuals, are the target of our study and with a qualitative methodology, in the form of a case study, we did a reflection to contribute to a better knowledge of such crises: structure, possible trigger factors and ways to minimize or eliminate its frequency. After the construction of the instruments for data collection and its application to subjects and the analysis of the results, it was possible to outline some thoughts. The knowledge of the specific characteristics of children with ASD by their significant adults appears to be a determining factor in the dynamics of the moments of crisis. The adult's attitude toward the child must be vigilant in order to avoid certain trigger factors of tension, as well as in moments of crisis. The use of trading strategies proposed by cognitive-behavioral models and the organization of routines and the environment seem to succeed in order to ensure greater stability for the child.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, aggression, intervention strategies.



PG PAULA FRASSINETTI
PÓS GRADUAÇÃO
EDUCAÇÃO ESPECIAL
DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

“O autismo é uma síndrome intrigante porque desafia o nosso conhecimento sobre a natureza humana. Conviver com o autismo é abdicar de uma só forma de ver o mundo. É percorrer caminhos nem sempre equipados com um mapa nas mãos; é falar e ouvir uma outra linguagem, é criar oportunidades de troca e espaço para os nossos saberes e ignorâncias” (Bosa, 2002, p. 37).

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, realiza-se no âmbito da Unidade Curricular de Seminário de Projeto – Problemas Cognitivos e Motores, integrada na Pós-graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.

A Perturbação do Espectro do Autismo constitui o tema principal deste estudo por considerarmos que se trata de um tema muito atual, ainda com muito por descobrir, ao mesmo tempo que se revela fascinante e desafiante pelas variadíssimas formas como se manifesta, fazendo de cada caso, um caso distinto de todos os outros.

Por outro lado, tem-se verificado uma proliferação significativa desta perturbação. Na DSM-V as frequências relatadas em anos recentes nos EUA e outros países alcançaram 1% da população, com estimativas semelhantes em amostras de crianças e de adultos.

Pretendemos refletir sobre a PEA, em geral e especificamente na expressão das crises de agressividade que os indivíduos (neste estudo, crianças) com a referida perturbação protagonizam em diferentes momentos e contextos. Neste sentido formulamos, como base do estudo a seguinte pergunta de partida:

- Como intervir nas crises de agressividade protagonizadas por crianças com Perturbação do Espectro do Autismo?

Como objetivos específicos do estudo pretendemos:

- Compreender como os educadores significativos (pais e professores) atuam relativamente a estes comportamentos.

- Refletir sobre as atitudes e os modelos de intervenção mais adequados para a minimização destes comportamentos.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte é feito um Enquadramento Teórico do tema, onde são abordados alguns pressupostos

relativos à Perturbação do Espectro do Autismo, Agressividade e à interligação entre as duas – PEA e Agressividade. Na segunda parte, apresenta-se a Componente Empírica onde são abordados os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa, através da eleição do Estudo de Caso e os resultados respetivos. Concluiremos o estudo tecendo algumas considerações sobre os procedimentos, análise e conclusões, terminando com a bibliografia e anexos, que consideramos de interesse para complementar o estudo.



PG PAULA FRASSINETTI
PÓS GRADUAÇÃO
EDUCAÇÃO ESPECIAL
DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

PARTE I – Enquadramento Teórico

Capítulo I – Perturbação do Espectro do Autismo

1. Conceito de PEA

O termo autismo, do ponto de vista etiológico, provém da palavra grega “autos” que significa “próprio” ou em si mesmo; acrescido do sufixo “ismo” que remete para uma ideia de “estado”. Assim, autismo significa o estado de alguém alheado da realidade exterior e ao mesmo tempo concentrado em si próprio. Consiste naquilo que Kanner e Asperger consideravam o “ensimesmamento do indivíduo”.

"É hoje geralmente aceite que as perturbações incluídas no espectro do autismo, Perturbações Globais do Desenvolvimento nos sistemas de classificação correntes internacionais, são perturbações neuropsiquiátricas que apresentam uma grande variedade de expressões clínicas e resultam de disfunções do desenvolvimento do sistema nervoso central multifatoriais " (Descrição do Autismo, Autism-Europe, 2000).

O autismo é atualmente designado por Perturbação do Espectro do Autismo, pelas inúmeras formas que assume em cada indivíduo, sendo considerado como uma perturbação global do desenvolvimento (PGD), que afeta inúmeros aspetos no modo como uma criança aprende e vê o mundo. (Siegel, 2008).

1.2. Evolução histórica do conceito de autismo

A primeira descrição de uma criança autista aparece no livro “The Wild Boy of Aveyron” no séc. XIX. Presumia-se que este rapaz tinha crescido na floresta, na ausência de qualquer contacto humano.

No entanto, o primeiro trabalho científico publicado e reconhecido internacionalmente foi realizado pelo pedopsiquiatra Leo Kanner, em 1943. Até então, as crianças com estes distúrbios eram classificadas com atraso mental ou esquizofrenia. Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, descrevia estas crianças como vivendo fora da realidade, tendo comportamentos de “fuga de realidade” que associava ao conceito de dissociação, utilizado para a esquizofrenia.

Leo Kanner realizou estudos com um grupo de crianças, nos EUA, cujo comportamento descreveu como “marcadamente” e “distintivamente” diferente da maioria das crianças, apesar de terem uma aparência física normal. Este médico selecionou pela primeira vez, um conjunto de comportamentos característicos de algumas crianças que seguia, os quais designou por síndrome de autismo. Apresentavam uma acentuada incapacidade para estabelecer um relacionamento interpessoal; atraso na aquisição da fala; uso de pronomes na terceira pessoa para se referirem a si próprios e a insistência obsessiva para manter rotinas revelando repugnância por mudanças ou propostas de novas atividades e uma tendência muito grande para o isolamento. Kanner tornou-se assim o primeiro autor a criar uma identidade do autismo em relação a outras perturbações de desenvolvimento e sobretudo da esquizofrenia.

Em 1944, o Dr. Hans Asperger, pediatra de Viena, descreveu uma forma ligeira de autismo, que mais tarde veio a ter o seu próprio nome, Síndrome de Asperger. Este pediatra realizou um estudo com um grupo de rapazes de QI médio, que revelavam dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais. Este conceito de Asperger foi evoluindo com um acrescento de novas características que passaram a fazer parte da síndrome. Atualmente, esta designação deixou de constar na Classificação da DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria), dando lugar à designação de Perturbação do Espectro do Autismo - PEA (DSM – V, 2014).

2. Caracterização da PEA

Os indivíduos com PEA não constituem todos um estereótipo, podendo revelar-se muito diferentes uns dos outros. As características do comportamento variam muito de indivíduo para indivíduo e também no mesmo indivíduo, ao longo do tempo. Alguns sintomas podem ser mais evidentes com a idade e podem sofrer alterações, o que pode mesmo implicar mudanças no diagnóstico.

“Nem todas as características podem estar presentes num indivíduo autista,

evidenciando-se apenas algumas delas. Além disso, os sintomas podem variar conforme o avanço da idade e podem adotar diversas combinações, pela estimulação e pela intervenção terapêutica e educacional os sintomas podem alterar-se, sem que isto signifique a cura da doença” (Correia, 2014, p.38).

Autores como Wing & Gould (1979) referem-se a uma Tríade de Perturbações no Autismo, a partir de uma investigação feita em Camberwell, a qual se manifesta em três domínios fundamentais: social, da linguagem e comunicação e do pensamento e comportamento.

- O desenvolvimento social, é perturbado, diferente dos padrões habituais, especialmente o desenvolvimento interpessoal. Uma criança com PEA pode isolar-se ou pode interagir mas de forma estranha. Para estas crianças os outros só existem de vez em quando e unicamente para servir os seus interesses (Pereira, 2005). Observa-se uma ausência ou diminuição do desejo de contacto com os outros e uma dificuldade de identificar emoções e sentimentos (Siegel, 2008) e (Rivière, 2001). Não sabem brincar com as outras crianças, usam inadequadamente o olhar, a postura, o gesto, a expressão facial, ficando ansiosas em grupo, com dificuldade em entender e aceitar as regras dos outros, sendo frequentemente solitárias.

- A comunicação, tanto verbal como não-verbal, é deficitária e diferente dos padrões habituais, podendo conter desvios semânticos e pragmáticos. Gillberg (1990), realça algumas alterações, seja por ligeiro atraso recuperável, mais evidente na pragmática (uso em contexto), na semântica (significados) e na prosódia (ritmo). Algumas crianças têm défices, de compreensão, especialmente em frases complexas ou perguntas, assim como na comunicação não-verbal. É possível também verificar neste tipo de crianças, ecolalia e ou inversão pronominal. A linguagem é extremamente literal, o uso da negativa pode ser incorreto, entre outras perturbações (Kanner, 1946). Pode ainda observar-se mutismo ou linguagem sem intenção comunicativa efetiva.

Mesmo quando são dotadas de linguagem, estas crianças revelam grandes dificuldades em iniciar ou manter um diálogo, usando um discurso

monocórdico, de linguagem repetitiva, com uma incapacidade evidente para entender as frases ou questões mais simples (Pereira, 2005).

Deutsch (2011) relata que muitos pais de crianças com PEA, evidenciam uma perda ou regressão significativa no desenvolvimento da linguagem entre os 15-24 meses de idade.

No domínio do pensamento e comportamento, pode observar-se uma rigidez, uma ausência de jogo imaginativo, rituais obsessivos, dependência de rotinas e atraso intelectual. Em crianças com PEA, a imitação é persistente após os 2 anos (Deutsch, 2011), com uma entoação estranha ou repetindo exatamente aquilo que ouviram.

Kanner (citado por Lima, 2012), refere que estas crianças têm uma memória excepcional, sendo capazes de produzir, por exemplo, um relatório de rimas, nomes e números. Adotam uma expressão inteligente e ausente. São indivíduos com hipersensibilidade aos estímulos. Tendem a manter uma relação estranha e obsessiva com objetos. O contato visual é reduzido e nem sempre se orientam quando são chamadas pelo seu próprio nome.

Para uma criança com PEA, a realidade é uma confusão de ações, de pessoas, lugares, sons e imagens, que interagem, sem limites claros, ordem ou significados (Federação Portuguesa de Autismo, s./d.).

3. Etiologia

Desde 1943, têm surgido inúmeras investigações e teorias sobre a PEA, no entanto, nenhuma delas se revela conclusiva quanto à natureza da sua origem. Parece haver cada vez mais evidências de que o aparecimento desta perturbação, resulta de diferenças estruturais do cérebro, surgem durante a gravidez devido a algo que causa danos cerebrais ou a um fator genético que interfere com o crescimento típico do cérebro (Siegel, B. 2008, p.23).

Outras investigações, têm vindo a apontar para uma variedade de condições, as quais afetam o desenvolvimento podendo ocorrer antes, durante

ou depois do nascimento, embora ainda não tenha sido determinada uma causa específica.

“Apesar de investirem em áreas bastante diferentes, mais do que divergências, existe uma complementaridade entre elas que, certamente, vai possibilitar uma identificação cada vez mais clara e operacional da explicação etiológica” (Cavaco, 2009, p. 139).

Observando a evolução do conceito, constatamos que nos anos 40 e 50, se acreditava que a causa do autismo residia nos problemas de interação da criança com os pais, nomeadamente com as mães - “Teoria das mães Frigorífico”. Teorias, sobretudo de inspiração psicanalítica, consideravam que o autismo constituía uma perturbação da criança em reação a uma fraca resposta afetiva da mãe. Este período foi dramático, na medida em que levou algumas mulheres a tratamento psiquiátrico e em extremo, ao suicídio, devido aos sentimentos de incompetência e culpa que sentiam relativamente ao seu desempenho, enquanto mães. Atualmente é consensual a não-relação causal entre as atitudes dos progenitores e o aparecimento da PEA.

A partir dos anos 60, investigações com gémeos, sobre doenças genéticas, associadas ao autismo, revelaram a existência de um aspeto genético multifatorial e de causas orgânicas relacionadas com a sua origem, as quais determinam a diversidade dos indivíduos com autismo.

“Fatores pré-natais e peri-natais podem ser determinantes no aparecimento das PEA como demonstram estudos post mortem, em curso sobre as anomalias nas estruturas (cerebelo, hipocampo, amígdala) e funções cerebrais das pessoas com autismo” (Pereira, 2005).

Não nos vamos deter minuciosamente sobre as inúmeras teorias e respetivos pressupostos, levantando hipóteses sobre a etiologia da PEA, mas não podemos deixar de fazer referência às mais impactantes para um melhor enquadramento da perturbação em estudo.

Assim, apresentamos as **Teorias Psicogénicas**, que consideram a hipótese de haver uma componente genética na causa do autismo. Conforme há crianças que nascem com incapacidades físicas ou mentais, as crianças autistas, segundo esta teoria, nascem com uma incapacidade para agir de

forma biologicamente correta no contacto afetivo com os outros (Kanner, 1943 citado por Pereira, 2005, pp. 21-23). Winnicott corroborava esta teoria, ilustrando este facto com o caso de Victor, o menino selvagem. As **Teorias Biológicas** defendem que no autismo infantil há alterações cerebrais provocadas por vários fatores, como as patologias genéticas de tipo fenilcetonúria, neurofibromatose, esclerose tuberculosa e síndrome x frágil; complicações durante a gravidez ou parto ou infeções víricas (Marques: 2000). Perturbações em algumas áreas do Sistema Nervoso Central (SNC) acabam por afetar o desenvolvimento cognitivo e intelectual, a linguagem e a capacidade em estabelecerem relações. As **Teorias Psicológicas**, que surgiram por volta dos anos 80, cujos principais autores foram Uta Frith, Alan Leslie e Simon Baron Cohen, defendiam o princípio de que a tríade de incapacidades comportamentais presente na PEA autismo resultaria de um impedimento da competência humana fundamental de “ler a mente dos outros” - Teoria da Mente (Val Cumine, 1998, pp. 32-39). Os pressupostos na base desta teoria parecem-nos pertinentes e atuais podendo contribuir para o delinear de uma intervenção adequada.

As **Teorias Genéticas**, das quais se destaca como autor, Lima (2012: 13) assegura que as PEA são hoje consideradas como uma “alteração orgânica do desenvolvimento, de base genética, sendo atualmente uma das patologias complexas mais hereditáveis”. Com efeito, a investigação nos últimos dez anos tem-se focado na identificação de fatores que podem influenciar o desenvolvimento cerebral alterando trajetórias neurobiológicas e neurodesenvolvimentais que determinam esta perturbação.

As **Teorias Alternativas**, propostas por Bowler compreendem o Método de Russel e o Modelo de Hobson, que se referem a diversos fatores responsáveis pelos défices das crianças com PEA, nomeadamente a incapacidade de relacionamento interpessoal na relação afetiva.

Cohen e Bolton (1994) citados por Marques surgiram com a chamada **Teoria do Patamar Comum**, defendendo que existem várias causas, das

quais (algumas ainda não descobertas), afetam várias áreas cerebrais e serão estas as áreas responsáveis pelo desenvolvimento normal da comunicação, do funcionamento social e do jogo. Esta teoria parece fazer a síntese de todas as outras, na medida em que nenhuma teoria, por si só, explica a PEA, todas parecem explicar apenas uma parte da referida perturbação.

Com base nas teorias enunciadas e outros estudos consultados, parece-nos que a grande questão sobre a etiologia da PEA, está relacionada com o desconhecimento de qualquer condição médica responsável pelos sintomas apresentados por estes indivíduos. Essa possibilidade existe não tendo sido ainda claramente entendida, inquietando os investigadores.

4.Diagnóstico de PEA

Como refere Van Der Gaag (2003, citado por Ferreira, 2011) o diagnóstico é a distinção de um caso entre todos os outros. É tentar perceber como e por quê determinados sintomas aparecem num determinado indivíduo, em função dos seus fatores genéticos, temperamento, desenvolvimento, história de vida e circunstâncias psicossociais.

A importância do diagnóstico prende-se com o facto de permitir conhecer melhor as características do indivíduo que se pretende analisar, mas sobretudo permitir avaliar no sentido de planear uma intervenção, para colmatar necessidades e dificuldades, o mais precocemente possível. O diagnóstico deve contemplar uma entrevista detalhada aos progenitores, a história do desenvolvimento, uma avaliação do desenvolvimento físico, cognitivo e da linguagem e exploração de outras possíveis perturbações genéticas tais como X-Frágil, esclerose tuberosa e epilepsia. Na maior parte dos casos, o diagnóstico é feito até os 3 anos.

Para o diagnóstico da PEA recorreremos ao Manual DSM-V por considerarmos a fonte fidedigna para o conhecimento da perturbação. Assim, apresentamos de forma resumida, os critérios enunciados no Manual.

4.1. Critérios de diagnóstico de PEA

Na Classificação do Manual DSM-V, as características essenciais da PEA são o défice persistente na comunicação social recíproca e interação social (Critério A). Padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades (Critério B). Sintomas estes que devem estar presentes desde a primeira infância e limitar o comportamento ou funcionamento do dia-a-dia (Critérios C e D).

Para além dos critérios enunciados, esta classificação compreende ainda o critério E – Estas perturbações não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual ou atraso global de desenvolvimento.

Especificadores e Características de Diagnóstico

Os especificadores determinam o nível de gravidade da Perturbação do Espectro do Autismo. Para determinar um diagnóstico desta perturbação quanto ao seu nível de gravidade há que consultar a Tabela que consta na página 60 do Manual.

4.2. Prevalência

Conforme pesquisa do CDC (Center of Diseases Control and Prevention) nos EUA, os casos de autismo aproximaram-se de 1% da população com estimativas similares em crianças e adultos. Verificam-se mais indivíduos com autismo no sexo masculino do que no sexo feminino, numa proporção de quatro a cinco para um.

Segundo a FPDA (Federação Portuguesa de Autismo), estudos recentes relatam um significativo aumento de incidência no espectro do autismo. Estudos de Fombonne, em 2003, e de Kim, em 2011 referidos pela FPDA, revelam que numa população de 10000 indivíduos, 10 são autistas. Para Portugal, as percentagens são semelhantes, segundo a referida federação.

Os autores questionam se o aumento de casos estará relacionado com uma maior abrangência dos critérios de diagnóstico, na DSM-V, com a inclusão de casos subliminares da perturbação; se estará relacionado com o facto de

existirem mais profissionais qualificados para referenciar estes casos; se será pelas diferenças na metodologia dos estudos ou se se tratará de um verdadeiro aumento da perturbação.

“O aumento da prevalência tem estado relacionado com vários fatores: um aumento da consciência dos pais para a existência da patologia, uma melhor definição dos critérios de diagnóstico que agora são mais abrangentes e incluem patologias (...), um conhecimento mais alargado de todos os técnicos que intervêm com a criança (educadores, médicos, pediatras, etc.) acerca da patologia; criação de mais instrumentos de rastreio e diagnóstico. Todos estes fatores têm contribuído para uma mais rápida sinalização e melhor diagnóstico das crianças” (Lima, 2012, p. 16).

Verifica-se que os indivíduos com PEA podem nascer em qualquer país ou cultura, independentemente da raça, da classe social ou da educação parental. Como nunca foi comprovada qualquer relação da prevalência maior de autismo nalguma região do planeta ou etnia, a Organização Mundial da Saúde considera os números estimados dos Estados Unidos da América para todo o planeta.

4.3. Fatores de risco

Os principais fatores que determinam o favorável ou não favorável prognóstico prendem-se com o comprometimento da componente intelectual e da linguagem, essencialmente. Problemas de saúde mental associados, como por exemplo a Epilépsia, também contribuem para um prognóstico mais desfavorável, bem como fatores ambientais como a exposição fetal ao Valproato.

No que diz respeito aos fatores genéticos, as estimativas para a hereditabilidade desta perturbação variam entre 37% e 90%.

Quanto aos fatores culturais, neste tipo de indivíduos não é possível aferi-los devido ao seu comprometimento ao nível da comunicação não-verbal.

4.4. Diagnóstico Diferencial e Comorbilidade

A Síndrome de Rett, o Mutismo Seletivo, as Perturbações de Linguagem ou de Comunicação Social; a Incapacidade Intelectual; Perturbação de

Hiperatividade ou a Esquizofrenia são os principais diagnósticos que podem interferir na realização do diagnóstico de PEA.

Muitos indivíduos com PEA podem apresentar associados, Défice Intelectual; a Perturbações ao nível da Linguagem; Défices Motores e/ou Catatônicos; comportamentos disruptivos e de Auto-lesões; tendência para ansiedade e depressão.

5. Avaliação na PEA

Após termos refletido sobre o diagnóstico da PEA, parece-nos pertinente fazer uma breve referência à avaliação desta perturbação. Consideramos que a avaliação da PEA deve ser um processo realizado por uma equipa que se pretende multidisciplinar, constituída o mais possível por psicólogos, educadores, terapeutas da fala, pediatras e/ou pedopsiquiatras, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e eventualmente assistentes sociais.

No âmbito da avaliação também faremos uma breve referência a alguns instrumentos que podem servir de precioso auxílio no respetivo processo.

5.1. Instrumentos de avaliação

Consideramos que uma boa avaliação está dependente da escolha de instrumentos adequados para cada caso.

Com a proliferação e o interesse que a PEA têm vindo a suscitar, ultimamente, inúmeras escalas e questionários dirigidos para a avaliação psicológica e comportamental destas crianças têm sido desenvolvidas. São instrumentos que têm como principal função assegurar uma observação e análise inicial da criança, permitindo traçar um perfil, o mais exato possível, das dificuldades e das competências de cada uma. Só desta forma é possível delinear um plano de intervenção direcionado à superação dos défices e dificuldades de cada criança, como atrás referimos.



Para a realização de uma avaliação de desenvolvimento, em várias áreas, é possível recorrer às seguintes escalas:

PEP-3 (*Psycho-Educational Profile*) – Teste que contempla várias áreas específicas ao nível do desenvolvimento funcional e comportamental, não avaliadas por outros testes.

ADOS – *AUTISM Diagnostic Observation Schedule* - Teste que permite observar comportamentos sociais e o nível de comunicação/linguagem, dividido em quatro módulos escolhidos de acordo como nível de linguagem e desenvolvimento.

A **Escala de Desenvolvimento Mental** de Ruth Griffiths e as **Escalas de Inteligência de Wechsler - WPPSI e WISC**, também se destinam à avaliação desenvolvimental, com vista à definição do perfil intraindividual da criança.

Apesar do carácter de interesse destes instrumentos, nunca é demais lembrar o facto de que os resultados não devem ser interpretados de forma isolada, para não correr o risco de obter avaliações incongruentes.

Capítulo II - A Agressividade – algumas considerações

1. Conceito de Agressividade

Dado que no presente estudo pretendemos analisar a característica evidenciada de agressividade nas crianças com PEA, dedicaremos o presente capítulo a tecer algumas considerações sobre este conceito.

“Para compreender o fenómeno da agressividade humana, parte-se do princípio de que a agressão se manifesta como uma forma de conduta, entre muitas que o sujeito pode desenvolver, muito ligada à situação em que vive, podendo expressar-se de modos muito diversos” (Ramirez, 2001, p.19).

Assim, não é possível falar-se de conduta agressiva como se de uma única forma se tratasse, pois existem inúmeras formas de agressão. O autor considera ser necessário contextualizar o comportamento agressivo, só assim sendo possível considerá-lo ou não como agressivo. Buss, (1971 citado por Ramirez, 2001) defendia que os indivíduos não eram sempre agressivos, nem sempre pacíficos, relativizando o simplismo de os considerar agressivos.

A este propósito, lembramos o Manifesto de Sevilha sobre violência redigido por uma comissão espanhola da Unesco, publicado em 1990, no qual se estabelecem uma série de princípios (em número de 5) relativamente à possível relação biológica que explicaria a violência e a guerra (Ramirez, 2001, p. 20). Este Manifesto remete-nos para a grande questão sobre a etiologia da agressividade se situar numa perspetiva biológica, numa perspetiva de influência social do meio ou resultar da interação entre as duas perspetivas.

Berkowitz (1993 citado por Ramirez, 2001, p. 3) refere-se à agressão como qualquer forma de conduta que pretende ferir alguém física ou psicologicamente. Esta conduta provoca pesar e rejeição e é portanto censurável. Destaca-se nesta definição o aspeto da intencionalidade.

No entanto, a agressividade também pode exprimir um pedido de ajuda, ao ser identificada como uma tentativa mal sucedida de adaptação.

“A criança, na tentativa de se adaptar ao mundo em que vive, escolhe, muitas vezes de forma ineficaz, os recursos que tem disponíveis, gerando perturbação no ambiente e resultando em conseqüências negativas ao próprio desenvolvimento” (Bronfenbrenner, 1996).

A criança adota o comportamento agressivo para buscar a readaptação ao contexto (Bronfenbrenner, 1996).

A expressão da agressividade pode variar, de acordo com o gênero do protagonista da ação. Alguns estudos apontam que meninos são percebidos como mais agressivos do que as meninas (Correia, 2008).

Mais uma vez, para melhor fundamentarmos o constructo de agressividade recorreremos ao Manual DSM-V, onde é classificada na categoria das Perturbações de Personalidade. Assim, passamos a apresentar de forma resumida os critérios enunciados no Manual.

2. Perturbação Antissocial de Personalidade (PAP)

Segundo os critérios de diagnóstico da DSM-V trata-se de um conceito que se encontra integrado nos distúrbios de personalidade, cujos critérios de diagnóstico passamos a transcrever de forma simplificada:

2.1 Características e critérios de diagnóstico

A característica principal de diagnóstico da perturbação antissocial de personalidade é um padrão global de menosprezo e violação pelos direitos dos outros (Critério A) que se inicia na infância ou adolescência precoce (Critério B e C) e continua na idade adulta, tendendo a desaparecer na quarta década de vida. Para além dos critérios enunciados, esta classificação compreende ainda o critério D – A ocorrência do comportamento antissocial, não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou perturbação bipolar.

As características comportamentais específicas subdividem-se em 4 categorias: agressão a pessoas e animais; destruição de propriedade; fraude ou roubo e violação grave das normas.

São inúmeras as características dos indivíduos agressivos, enunciadas no Manual DSM-V, mas não nos parece pertinente para o presente estudo proceder à sua descrição pormenorizada.

Este padrão de comportamento tem sido também designado como psicopatia, sociopatia, ou perturbação dissocial da personalidade.

2.2. Prevalência e fatores de risco

A prevalência situa-se pelos 70% podendo ser superior em consumidores de álcool ou indivíduos afetados por fatores socioeconômicos ou socioculturais adversos.

É mais frequente no gênero masculino do que no gênero feminino.

Os fatores de risco de ordem genética ou fisiológica parecem não ser conclusivos - estudos demonstram que tanto filhos adotados como biológicos de pais com PAP, têm um risco aumentado de desenvolver a perturbação.

Os fatores de risco de ordem cultural apontam para uma maior incidência em estratos socioeconômicos e culturais mais baixos e em meio urbano.

2.3. Diagnóstico diferencial

O diagnóstico de PAP não é dado antes dos 18 anos e só é estabelecido se houver uma história de sintomas de perturbação de comportamento antes dos 15 anos.

Uso de substâncias ilícitas, a Esquizofrenia, a Perturbação Bipolar e outras Perturbações de Personalidade; ou o comportamento criminoso não associado a perturbação de personalidade, são diagnósticos que podem interferir na realização do diagnóstico de PAP.

Só quando os traços antissociais da personalidade são inflexíveis, desadaptativos, persistentes e causam déficit funcional, mal-estar subjetivo e significativo é que constituem diagnóstico de PAP.

A OMS distingue os comportamentos agressivos infantis dos comportamentos agressivos dos adultos, referindo que nas idades infantis é necessário distinguir os comportamentos assegurando que se trata de comportamentos mais graves do que a simples “maldade infantil” ou rebeldia do adolescente (DSM-V, pp. 787-792).

3. Teorias de Agressividade

Ao realizarmos a revisão da literatura é possível perceber que o constructo de agressividade constitui uma preocupação já antiga.

Não nos vamos deter exaustivamente sobre todas as teorias explicativas do fenómeno agressividade mas vamos referir as consideradas ativas e as reativas. Relacionam-se, respetivamente, com fatores de origem endógena (psicanálise e estudos etiológicos) como desencadeadores da agressividade e fatores de origem exógena, baseados em estímulos desencadeados pelo meio ambiente que rodeia o indivíduo.

A preocupação dos psicólogos com o fenómeno da agressão surgiu no séc XIX, com Williams James, que a definiu como um instinto, ideia a que Freud deu continuidade, considerando-a quase como um impulso inato. No entanto só no séc XX se publica o primeiro estudo empírico sobre o tema, realizado por psicólogos de Yale em 1939 (Ramirez, 2001, p. 8).

Foram surgindo várias teorias, ao longo do tempo, agrupadas em função da perspetiva que adotam em relação ao agente causador do comportamento agressivo, ser inato ou adquirido. Umas colocam-se na perspetiva do sujeito, entendendo a agressão como um distúrbio da personalidade que põe em evidência instintos destrutivos, enquanto outras se situam numa perspetiva social a partir da qual a agressividade é encarada como uma forma de manter a conexão no grupo perante elementos externos ameaçadores. Não podemos deixar de referir uma outra perspetiva, ainda pouco explorada, mas que se refere à incidência dos processos cognitivos na interpretação das situações como forma pessoal de ativar comportamentos agressivos (Ramirez, 2001, p. 25).

Erich Fromm (1975), no seu livro *A Anatomia da Destrutividade Humana*, apresenta dois tipos de agressões: as “benignas”, assim designadas porque biologicamente adaptativas ao serviço da vida como o impulso de atacar ou fugir em situações de ameaça vital. E as “malignas”, que não são biologicamente adaptativas e se manifestam sob a forma de destrutividade e

crueidade. Segundo o autor trata-se de um tipo de agressividade exclusivamente humana e advém das condições da existência do Homem.

Moyer e Montagu, (citados por Ramirez, 2001, p. 10) afirmam que houve estudos que contrapõem a perspectiva de Erich Fromm.

4. A especificidade da agressividade na PEA

Após a reflexão que fizemos sobre a Perturbação do Espectro do Autismo e sobre o conceito de Agressividade, achamos pertinente dedicar o presente capítulo a uma reflexão específica sobre os comportamentos agressivos protagonizados por crianças com PEA.

Em 2002, a APA afirmava que as crianças com PEA têm poucas capacidades sociais, mas a agressividade não é uma característica da perturbação.

Schoen-Ferreira (2011, pp. 5-12) realizaram estudos com grupos de crianças com PEA e grupos de crianças com problemas de linguagem e respectivas famílias. As autoras concluíram que o grupo de crianças com problemas de linguagem apresentava comportamentos antissociais muito mais frequentes e intensos do que o grupo de crianças com PEA. Outros estudos com jovens adultos com PEA revelaram que estes não eram indivíduos considerados agressivos, mas com necessidade de desenvolver capacidades para melhorar comportamentos que facilitem o convívio social, bem como a capacidade de manifestarem sentimentos, desejos e emoções.

Schoen-Ferreira (2011) referem que os estereótipos comportamentais que as crianças com PEA apresentam podem revestir-se de contornos despropositados e assustadores em relação à situação que estão a vivenciar. Mas consideram que estes comportamentos não são mais do que comportamentos de autodefesa e proteção em relação a situações que não conseguem vivenciar, não estando presente qualquer intencionalidade de ferir as pessoas. É frequente estas crianças não se deixarem tocar, não suportarem determinada luminosidade ou sons, ou qualquer situação de sobre-estimulação

sensorial, reagirem mal a mudanças e neste tipo de situações, podem adotar comportamentos tipo “birra”, catatônicos ou de auto ou hétero-agressão. Estes comportamentos não devem ser classificados como comportamentos agressivos. São condutas adotadas por incapacidade de selecionar comportamentos alternativos.

É um facto que as crianças com PEA, revelam dificuldades em aceitar limitações impostas pelo ambiente familiar e social. Mas torna-se necessário conhecê-las, entendê-las e contextualizar os seus comportamentos. O mesmo acontece com as atitudes que adotam nas relações e interação sócio-afetiva (Shoen-Ferreira, 2011 citando Rutgers & cols., 2007). São crianças que estão frequentemente em conflito porque não compreendem os outros nem se sentem compreendidas. O facto de ficarem perdidas nos seus próprios pensamentos, como se estivessem noutra mundo não é favorável ao estabelecimento de uma dinâmica relacional de maior qualidade. O isolamento parece ser a forma que estes indivíduos utilizam para melhor conviverem com as suas dificuldades (Zuñiga, 2005).

Capítulo III – Intervenção em Criança com PEA

1. Especificidade da expressão de PEA

As crianças com PEA são crianças com NEE, cuja intervenção, para ser adequada, depende de um diagnóstico precoce com uma consequente intervenção também o mais precoce possível. Os sinais são normalmente detetados pelos principais agentes educativos (pais, professores), tornando-se necessária a avaliação e a intervenção de uma equipa multidisciplinar, como temos vindo a referir. Apesar de não existir uma cura para a PEA, é possível dotar estas crianças de competências e estratégias que lhes permitam cumprir a sua função social, da forma menos tensa e mais adequada possível.

Após o Relatório de Warnock, em 1978, assistiu-se a um movimento contra a rotulagem das crianças. Val Cumine (1998) defende o oposto, no sentido de realçar a necessidade de um diagnóstico, mais do que de um rótulo para que a intervenção seja a mais adequada possível com um início o mais precoce possível.

Dado que a PEA se caracteriza por um largo espectro de características manifestas de forma exclusiva em cada criança portadora da problemática, torna-se essencial conhecer e compreender bem as suas limitações e origem das dificuldades, no sentido de as ajudar a superar essas dificuldades. Essa ajuda é possível através da alteração de alguns fatores que podem ser desencadeadores de crises ou geradores de tensão. Uma vez que cada criança é afetada de maneira diferente, é necessário compreender a individualidade de cada uma. Ora isso só se torna possível se os principais agentes educativos, bem como o grupo de pares tiver um conhecimento suficiente das idiosincrasias de cada criança (Val Cumine, 1998, p. 31).

Para intervir de forma adequada com as crianças com PEA é necessário compreender a função ou o objetivo de cada comportamento por elas adotado. A função desse comportamento ou do fator que o desencadeia pode ser do nosso ponto de vista, completamente inesperado. É fundamental “captar o mundo do ponto de vista da criança com PEA. Implica alargar o nosso campo de perceção, enquanto educadores (Val Cumine, 1998, p. 84). Este constitui o

único processo de lhes minimizar a tensão. Uma boa parte dessa tensão está normalmente relacionada com a vida em sociedade, na qual se espera que toda a gente aja em conformidade com um padrão estabelecido.

Em relação aos comportamentos relacionados com as obsessões e interesses da criança, que representam satisfação positiva e têm a função de diminuir a tensão, há que os permitir, mas de forma estruturada. Devem ocorrer em períodos identificados, em locais identificados e em números identificados. Devem acontecer, após realizarem uma tarefa obrigatória, num local adequado e em número limitado de vezes ou num período limitado de tempo.

Quer em contexto familiar, quer em contexto escolar o ambiente físico deve ser calmo, com uma estrutura muito bem definida, previsível e equilibrada do ponto de vista dos estímulos (Cumine et al, 2006, p. 50). As regras devem ser muito claras, exequíveis de preferência pela positiva. Qualquer alteração provável deve ser antecipada, utilizando abordagens de tipo negociativo se necessário e neutras de emoções. Os fatores desencadeadores de tensão devem ser removidos, sempre que possível. As tarefas devem ser estratificadas na sequência da mais simples à mais complexa, em função daquilo que a criança é capaz, introduzindo a mais pequena mudança o mais gradualmente possível. Atividade física e atividades ao ar livre, bem como pausas de cinco minutos de hora em hora em atividades de concentração, constituem estratégias a utilizar no controlo da agitação destas crianças (Temple Gradin citado por Cumine et al, 2006, p. 94).

Segundo a Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger – APSA (Apsa, 2006, pp. 149-150), nos casos em que as estratégias comportamentais não se revelem eficazes torna-se necessário recorrer a um clínico, no sentido de avaliar a possibilidade de uma intervenção farmacológica.

2. Modelos Estruturados de Intervenção em PEA

2.1. Modelos de Intervenção de Natureza Psicanalítica

Estes modelos constituíram os primeiros modelos de intervenção estruturada que vigoraram até aos anos 60. Eram de difícil aplicação, porém permitiram abrir caminho novas investigações.

Os terapeutas que seguiam esta orientação adaptavam as técnicas às necessidades das crianças. Utilizavam brinquedos para estabelecer uma relação com a criança e ao mesmo tempo desvalorizavam completamente o papel dos pais (Marques, 2000).

2.2. Modelos de Intervenção de Natureza Comportamental

Os psicólogos de orientação comportamental, principalmente, Lovaas (1973 citado por Marques, 2000, p. 90), consideravam este tipo de intervenção muito adequado à evolução de crianças com PEA, permitindo-lhes adquirir competências como a linguagem, a autonomia e competências sociais. O objetivo do programa era fornecer competências adequadas ao funcionamento da criança, quer em contexto familiar, quer em contexto escolar. O grau de complexidade e exigência das competências aumentava gradualmente, em função das competências que iam sendo adquiridas. Realizavam um treino intensivo com cerca de 40 horas por semana durante aproximadamente dois ou mais anos.

Neste modelo, o sucesso também dependia da participação dos pais, já que estes tinham um papel ativo na utilização do método, assumindo uma postura didática, onde tinham a função de transmitir os conhecimentos adquiridos. Eram sujeitos a um programa de treino durante determinado período de tempo.

2.3. Modelos de Intervenção de Natureza Cognitivo-Comportamental

Estes modelos surgem como programas de transição entre os modelos de comportamento tradicionais e os modelos cognitivos. Privilegia-se a observação e avaliação de todas as características das crianças no processo de delinear respostas educativas diferenciadas e sustentadas nas áreas fortes, na tentativa de alcançar o sucesso nas aprendizagens, tentando superar as dificuldades de comunicação, de interação e de comportamento.

Atendendo às características específicas das crianças com PEA, começaram a perceber-se as vantagens dos ambientes educativos estruturados na sua educação, revelando-se como os mais vantajosos para o seu desenvolvimento.

3. Programas específicos para intervenção em PEA

“Os modelos de tratamento abrangentes para crianças com PEA podem ser divididos em quatro categorias: intervenções comportamentais individuais, conduzidas por adultos; intervenções individuais, conduzidas por crianças; intervenções em grupo e intervenções inclusivas” (Gabbard, 2007, p.97 citado por Correia, 2014, p 52).

As técnicas mais usadas baseiam-se na análise do comportamento da criança e, ao serem conduzidas por adultos, concentram a atenção na tarefa em questão e na aquisição das habilidades específicas. Os ambientes educativos estruturados têm vindo a ser definidos como os mais vantajosos na educação das crianças com PEA, como já referimos.

De seguida, faremos referência a alguns modelos de intervenção criados com o objetivo de facilitar as aprendizagens e o desenvolvimento das crianças com PEA.

3.1. Programa TEACCH

TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children - Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Perturbações da Comunicação*). Foi criado em 1971 por Eric

Schopler e seus colaboradores da Universidade de Chapel e Hill, na Califórnia do Norte. O objetivo principal deste programa era a promoção da autonomia nas crianças com PEA. Nesse processo, a colaboração dos pais revelava-se fundamental. Eram-lhes fornecidas competências para lidarem com as suas crianças.

Segundo Marques (2000, pp. 91-92), trata-se de um modelo que se baseia em sete princípios fundamentais, com base nos quais se pretende essencialmente proporcionar a este tipo de crianças uma estruturação de vida, em qualquer contexto que frequentem. Como metodologia de base está o Modelo Cognitivo-Comportamental.

No sistema público é possível encontrar este tipo de unidades de ensino estruturado, constituindo um recurso pedagógico que pretende dar uma resposta especializada às crianças com PEA. O trabalho tem como base as áreas fortes, o processamento visual, a memorização de rotinas e interesses especiais, e é adaptado às necessidades individuais de cada um, respeitando o seu ritmo e sensibilidade e evitando situações de pressão ou alterações bruscas de rotinas. Este programa existe em Portugal, desde a implementação o Decreto-Lei nº 3/2008.

3.2. Outros programas

O *Programa Portage* é também utilizado com crianças com PEA, sendo um programa de intervenção precoce aplicado especialmente em casa. A finalidade principal é dotar os pais de competências para promoverem nos filhos o máximo potencial de desenvolvimento (Marques, 2000, p.93).

O *Programa Son-Rise (Son-Rise Program)* constitui um programa que valoriza a relação interpessoal através da participação espontânea em relacionamentos sociais. A ideia é que os pais aprendam a interagir de forma divertida e entusiasmada, implementando o programa e as ações centradas na criança, proporcionando o seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo. Foi criado nos EUA e desenvolvido de forma intuitiva, na década de 70, pelo

casal Barry e Samahria Kaufman, quando foi diagnosticado autismo no seu filho.

O *Modelo SCERTS* constitui uma abordagem abrangente e multidisciplinar para melhorar as capacidades de comunicação e sócio-emocionais de indivíduos com PEA, através da utilização de estratégias de outras abordagens, como ABA, Floortime, DIR e Teacch. O SCERTS foi desenvolvido, tendo como objetivos prioritários a comunicação social e a regulação emocional, através da implementação nas atividades diárias da criança e entre parceiros.

O *Modelo ABA - Applied Behavior Analysis*, tem por base a teoria comportamental, com as suas origens nos estudos de Skinner, sobre a aprendizagem e sobre a análise de comportamentos, feitos especialmente através da análise das relações entre as ações do indivíduo e ambiente. As pesquisas comportamentais demonstram a alteração do comportamento da criança com PEA pelo aumento do repertório de comportamentos adequados e diminuição ou eliminação de comportamentos inadequados ou destrutivos. O objetivo é a generalização de aprendizagem para os diversos ambientes, eliminando comportamentos estereotipados, antissociais, autoagressivos e héteroagressivos.

O programa é constituído por três fases : a avaliação comportamental; a seleção de metas e objetivos; a elaboração de programas de intervenção.

Os princípios da abordagem comportamental mais utilizados no programa são o reforço positivo e o negativo perante um comportamento, para que a aprendizagem seja efetivada.

O *Modelo PECS - Picture Exchange Communication System* - Sistema de Comunicação por Troca de Figuras, foi desenvolvido em 1985, com o objetivo de promover a comunicação. Inicialmente utilizado no *Delaware Autistic Program*, o PECS é reconhecido mundialmente por se dedicar aos componentes iniciativos da comunicação e bastante usado nos Estados Unidos da América, no Peru, em Inglaterra e em Espanha. Não requer materiais complexos ou dispendiosos e foi desenvolvido tendo em vista a sua utilização



por educadores, familiares, numa multiplicidade de ambientes e locais que a criança frequenta. O sistema pode ser utilizado com crianças que não comunicam ou que possuem comunicação de baixa eficácia. Os interlocutores utilizam cartões para que se estabeleça a comunicação, possibilitando a satisfação das necessidades dos indivíduos nos seus contextos do cotidiano.

O *Modelo D.I.R* - Modelo baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais e na Relação, é fundamentado numa perspectiva estruturalista do desenvolvimento, assumindo-se que em todas as crianças com PEA existe alguma capacidade para comunicar e que esta advém do seu grau de motivação. É um modelo de intervenção intensiva e global que utiliza os pontos fortes de uma criança para promover a sua evolução, quer ao nível da comunicação, do planeamento motor, da resolução de problemas, das competências sociais, entre outros.



PG PAULA FRASSINETTI
PÓS GRADUAÇÃO
EDUCAÇÃO ESPECIAL
DOMÍNIO COGNITIVO E MOTOR

PARTE II - COMPONENTE EMPÍRICA

Capítulo I - Metodologia e Objetivos de Investigação

Na segunda parte do presente estudo, apresentamos a metodologia utilizada para dar resposta à pergunta de partida e aos objetivos formulados.

Segundo Quivy & Campenhoudt (1998, p. 247) uma investigação visa algo que se procura conhecer, tendo como preocupação inicial eleger o objeto de estudo e delimitar a problemática a estudar, tanto quanto possível. Neste sentido e com base nos pressupostos do enquadramento teórico da PEA apresentados na primeira parte, voltamos a apresentar a pergunta de partida e os objetivos que nos propomos atingir.

Uma boa pergunta de partida deve ser clara, precisa, concisa e unívoca para que possa ser facilmente compreendida, devendo também ser pertinente, ou seja, adequada ao fim em vista (Quivy & Campenhoudt, 1998).

O problema em estudo permite-nos formular a seguinte questão:

- Como intervir nas crises de agressividade protagonizadas por crianças com Perturbação do Espectro do Autismo?

Como objetivos específicos pretendemos:

- Compreender como os educadores significativos (pais e professores) atuam relativamente a estes comportamentos;
- Refletir sobre as atitudes e os modelos de intervenção mais adequados para a minimização destes comportamentos.

Bell (1997), referia que a definição dos objetivos era fundamental na elaboração de qualquer investigação.

Com vista à procura de resposta à nossa pergunta de partida e aos objetivos, recorreremos a uma metodologia de carácter qualitativo, que passamos a apresentar.

1. Investigação Qualitativa

Elegemos a abordagem qualitativa, por considerarmos, após revisão da literatura, que constitui a metodologia adequada às características do nosso

estudo, já que se trata de um fenómeno de cariz clínico e educacional que lhe confere o estatuto de fenómeno humano, constituindo o tipo de fenómenos estudados por esta metodologia. Interessa-nos o cariz qualitativo desta metodologia nas suas componentes de observação, de entrevista e o recurso à análise de documentos.

“A abordagem qualitativa é um método de investigação que procura descrever e analisar experiências complexas no processo de recolha de dados, frequentemente utilizado no âmbito das Ciências Sociais e Humanas. São métodos que se baseiam na observação, na entrevista e no recurso à análise de documentos” (Bogdan & Biklen, 1994, p.293).

Este tipo de abordagem, segundo os referidos autores, fundamenta-se em três princípios básicos: privilegiam a experiência subjetiva como fonte do conhecimento; o estudo dos fenómenos a partir da perspetiva do outro, respeitando os seus marcos de referência e interessam-se pelo conhecimento sobre a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social.

Almeida & Freire, (2000, p. 98) referem que a metodologia qualitativa constitui uma metodologia que visa a compreensão dos fenómenos na sua globalidade, com um enfoque de análise de cariz indutivo, holístico e ideográfico. Além disso, a análise parte dos próprios dados para os compreender ao invés de partir de teorias prévias, como na maioria dos métodos de investigação. Os autores citados consideram tratar-se de um tipo de metodologia que se destina a analisar o conteúdo e a forma dos itens pretendidos, quanto à sua clareza, compreensibilidade e adequação aos objetivos da investigação (Almeida & Freire, 2000, p. 126).

2. Estudo de Caso

Existem várias formas de Estudo de Caso enquanto metodologia: os Estudos Comunitários, a Análise Situacional, Histórias de Vida ou Análise de determinado aspeto ou período da vida de determinado sujeito (Bogdan & Biklen, 1994, p. 90).

“Esta metodologia permite uma compreensão profunda do fenómeno, através do estudo de um ou alguns casos individuais de forma profunda e global, pelo seu carácter holístico, prestando particular atenção ao contexto e ao enquadramento” (Almeida & Pinto, 1975, pp. 84-88).

A nossa escolha pela metodologia do Estudo de Caso, após a revisão da literatura, prendeu-se com o facto de se tratar do estudo de um fenómeno humano, como referimos no ponto anterior. Assim, selecionamos um aluno diagnosticado com PEA, que revela frequentes comportamentos agressivos, a frequentar o 4.º ano de escolaridade, numa escola de um agrupamento da sua área de residência, no sentido de que a observação e análise das suas características contribuíssem para responder à nossa pergunta de partida e aos objetivos formulados. Optamos pelo estudo de um só caso, aquilo que é costume os autores classificarem como “Caso Único”, por oposição aos “Casos Múltiplos”, quando a observação versa sobre mais do que um caso (Bogdan & Biklen, 1994, p. 291).

O Estudo de Caso representa uma abordagem centrada num campo real aberto e não controlado, uma vez que não é manipulável pelo investigador, sendo o campo de investigação analisado a partir do seu interior (De Bruyne et al, 1999 citado por Herbert & Lessard, 1994, p. 68).

Em muitas situações, como realça Yin citado por Coutinho (2002), para além dos aspetos que acabamos de mencionar, é necessário considerar também a análise do contexto do caso em estudo. A análise de contexto pode tornar-se tão importante como a análise do caso, nomeadamente na investigação de fenómenos sociais complexos. Autores como Stake (1999) e Meirinhos & Osório (2010b, p. 53) corroboram a perspetiva de Yin, considerando que a importância da análise de contexto depende do tipo de caso a estudar.

No nosso estudo, contemplamos o contexto, na medida em que recorreremos a pessoas referenciais para a criança, com vista a um maior conhecimento das suas características e também da dinâmica relacional que se estabelece entre eles – pais, professores, grupo de pares e outros adultos da escola. Outro aspeto que deve prender a atenção do investigador, é o facto da metodologia de Estudo de Caso se enquadrar numa lógica de construção de conhecimento que pode conter a subjetividade do investigador.

“Em qualquer investigação, é necessário ter em conta a participação subjetiva do investigador. Há que proceder a uma reflexão atenta sobre a temática, à possibilidade de generalizar os resultados, à necessidade de eleger uma teoria prévia e à presença de um carácter interpretativo constante” (Meirinhos & Osório, 2010a, p. 64).

O Estudo de Caso tem que ter por base um plano metodológico rigoroso, relacionado com o enquadramento teórico da investigação, para que o papel do investigador se mantenha o mais neutro possível relativamente ao objeto de estudo, durante o processo de análise deste.

“Quanto ao processo de recolha de dados, o recurso a múltiplas fontes, é outro aspeto evidenciado pelos autores. Qualquer descoberta ou conclusão num Estudo de Caso será muito mais convincente, se baseada em fontes distintas de informação, obedecendo a um estilo corroborativo de pesquisa” (Yin, 2005, p.126).

No nosso estudo recorreremos a fontes documentais, em contexto escolar, nomeadamente à consulta do processo do aluno com todos os documentos referentes ao seu percurso escolar, quer no âmbito do ensino regular, quer no âmbito da educação especial. Foram também consultados relatórios de carácter clínico, nomeadamente das valências de pedopsiquiatria, psicologia e terapia de fala que constam do processo do aluno, apesar de realizadas fora do contexto escolar.

Recorreremos à observação direta do comportamento do aluno, em contexto escolar, contemplando a sua interação com adultos e com o grupo de pares, cujas grelhas de observação se encontram em anexo (Anexo III), bem como à entrevista com os adultos significativos para o aluno, neste caso à professora titular de turma (Anexo IV), à professora de educação especial (Anexo V) e à mãe (Anexo VI), cuja transcrição se encontra nos anexos mencionados. Consideramos, por isso, ter realizado um percurso razoável de recolha de dados, relativamente ao estudo que nos propusemos fazer.

A última etapa na metodologia do estudo de caso consiste em registar e classificar a informação recolhida a partir das múltiplas fontes de evidência, proceder ao cruzamento desses registos com a pergunta de partida e analisar criticamente a problemática estudada com os elementos conceptuais teóricos que fundamentaram o estudo. Processo que se encontra descrito nos Capítulos III e IV da parte II do presente estudo.

Capítulo II - Caracterização da Amostra

1. Caracterização da Criança

Com base na análise do PEI (Programa Educativo Individual) e dos relatórios de Adequações Curriculares do aluno, facultados pelas docentes Titular de Turma e de Educação Especial, foi possível conhecer de um modo geral, as características da criança do nosso estudo, enquanto aluno.

Optamos por manter os critérios da Classificação Internacional de Funcionalidade, mencionados nos relatórios, para uma melhor compreensão do caso em análise.

O D. é uma criança de sexo masculino, com 10 anos de idade.

Iniciou o 1.º ciclo já sinalizado no ensino pré-escolar como uma criança com NEE. Tinha-lhe sido diagnosticado, nessa altura (3 anos) uma perturbação de desenvolvimento com características da Síndrome de Asperger. Foi acompanhado a partir de então pela equipa de Intervenção Precoce Local.

O D. revela-se uma criança simpática e meiga, na relação com o adulto. Na relação com os pares facilmente se observa o seu carácter conflituoso. Diz “não compreender as brincadeiras dos colegas”.

O seu comportamento é instável, apresentando momentos de calma intercalados com momentos de agitação, principalmente quando os colegas fazem barulho - ele próprio faz barulho, mas não suporta o dos outros.

O aluno vive com os pais e uma irmã mais nova, numa zona próxima da escola que frequenta. As habilitações literárias dos progenitores são de nível superior. Ambos evidenciam grande interesse e envolvimento na educação do filho (e310+3), exercendo a mãe as funções de Encarregada de Educação, relativamente aos assuntos escolares.

É uma criança que faz uma alimentação restrita, pois rejeita determinados alimentos, nomeadamente as proteínas, tendo a mãe o cuidado de as colocar na sopa e triturar tudo. Esta área tem merecido um grande investimento por parte dela, sendo possível notar alguma evolução

relativamente há algum tempo atrás, em que a alimentação era ainda mais restrita.

Em termos acadêmicos, frequenta o 4.º ano de escolaridade, revela interesse pelas aprendizagens, executando com facilidade as tarefas relacionadas com as operações matemáticas (área da sua preferência), porém tem alguma relutância em realizar as atividades onde sente mais dificuldades, em especial, na área do português. Não frequenta as atividades extra-curriculares da escola, por se sentir destabilizado nessas aulas relativamente aos professores que as ministram.

Apresenta dificuldades nos processos de atenção/concentração, em particular na focalização da atenção e na manutenção da atenção por períodos de tempo mais longos (d160.2; d161.1).

Apresenta, dificuldades em iniciar uma tarefa (d177.1), organizar o tempo (d2306.2), o espaço e os materiais necessários para a realizar, decidir o ritmo da execução (d2303.2), manter e concluir a tarefa (d2109.2), sendo necessário que o adulto o estimule e prepare atempadamente para a realização da mesma (d2204.2).

Para o seu equilíbrio comportamental necessita de rotinas diárias. Por vezes tem dificuldade em gerir o seu próprio comportamento e em responder de forma consistente, apropriada e previsível a situações novas, expectativas e pedidos (d250.3). Necessita da intervenção do adulto no que se refere ao processo de interiorizar e gerir mentalmente a mudança de atividades e rotinas diárias para assim poder responder a novas exigências ou alterações na sequência habitual das atividades (d2304.2).

Consegue exercer alguma autocrítica e refletir sobre as consequências de diferentes condutas, bem como descrever distintos estados emocionais. Tem alguma dificuldade em realizar tarefas com pares ou pequenos grupos (d2203.2; d2205.2), embora já consiga desempenhar tarefas na turma.

O D. manifesta comportamentos que interferem no seu desenvolvimento psicossocial e relacional (b122.3). Estes dificultam o desenvolvimento de capacidades interpessoais, necessárias para o estabelecimento de interações

sociais recíprocas, em termos de significado e de finalidade. Revela também dificuldades nas funções do temperamento e da personalidade (b126.3), nomeadamente na componente da responsabilidade.

O D. vem evidenciando dificuldades ao nível da grafomotricidade (s798.2), que associadas ao seu perfeccionismo na execução de qualquer tarefa, à sua dificuldade em gerir situações de frustração (d2408.2) e à reduzida capacidade para tolerar o erro ou situações que percebe como fracasso, têm vindo a impedi-lo de expressar o seu conhecimento real sobre conteúdos académicos, avaliados através da realização manuscrita das provas de avaliação curriculares.

Presentemente o aluno é acompanhado em consultas médicas, faz terapia individual e de grupo (e355+3) e não é medicado (e1101.0).

É acompanhado pela docente de educação especial, em contexto de sala de aula 6 horas por semana (e5853+3).

Pratica duas vezes por semana Taekwondo (e360+3).

Como medidas educativas implementadas, este aluno beneficia de:

- Apoio pedagógico personalizado, diariamente pela professora titular de turma e duas vezes por semana, pela docente de educação especial.
- Estimulação psicossocial global.
- Orientações para iniciar, executar e concluir a tarefa.
- Colocação espacial o mais próximo possível da professora para lhe focalizar a atenção e prestar o apoio necessário.
- Focalização e estimulação da atenção/concentração, no cumprimento da realização e conclusão da tarefa.

A docente de educação especial acompanha o aluno nas atividades propostas pela professora titular. Segundo esta, em relação à autonomia, procura-se que o aluno participe e interaja com os seus pares, bem como seja mais organizado quanto ao seu espaço físico; aprenda a conhecer-se no seio de um grupo; a participar nas atividades propostas e a ter iniciativa. Aproveitam-se as situações diárias, para refletir com o aluno e com o grupo, formas de interação adequada entre colegas. Em termos sociais, faz-se a

gestão das relações socio-afetivas com os colegas, levando o D. a conhecer e a cumprir as regras estabelecidas e a participar de forma ativa no grupo. Recorre-se frequentemente ao reforço positivo.

Quanto ao processo de avaliação, o aluno faz as fichas de avaliação iguais às dos colegas da turma, sem limite de tempo estipulado, havendo uma adequação ao ritmo e necessidade do aluno. Devido à sua instabilidade emocional, por vezes há necessidade de repartir a prova por dois momentos.

Com fundamento nas limitações expostas ao nível da atividade e participação deste aluno, considerou-se essencial que fosse inserido numa turma reduzida (Despacho nº 13170/2009, de 4 de junho) para que lhe fosse prestado o apoio que efetivamente necessita. No entanto, acompanha o currículo da turma.

Não usufrui de nenhuma terapia em contexto escolar.

2. Caracterização da Família

Remetemos a caracterização familiar para o ponto que se refere à caracterização da criança, bem como para o ponto em que transcrevemos a entrevista administrada à encarregada de educação e à respetiva apresentação de dados, no ponto 2 do Capítulo IV, na Parte II do presente estudo, por considerarmos estarem presentes os elementos elucidativos para a respetiva caracterização. Assim procedemos, no sentido de não alongar demasiado o estudo.

Com base no estudo realizado e nos elementos registados nos pontos atrás referidos, não podemos deixar de realçar o empenho e aceitação incondicional que estes encarregados de educação revelam relativamente ao acompanhamento do filho que como sabemos requer estratégias muito específicas e uma atitude didática que se impõe aos encarregados de educação em geral e aos de crianças com NEE, em particular. O envolvimento da família no processo educativo nomeadamente em contexto escolar torna-se primordial no sucesso educativo de qualquer criança, sobretudo se se tratar de de crianças com NEE.

O Decreto-Lei n.º 75/2008 de 22 de Abril que revê o “regime jurídico da autonomia, administração e gestão das escolas” (Ministério da Educação, 2008, p.2341) considerando como linha de ação “a participação das famílias e comunidades na direção estratégica dos estabelecimentos de ensino” constituiu, em nosso entender, uma evolução favorável no sentido da cooperação familiar e escolar.

Informar e envolver os pais é mais que uma palavra de ordem, é uma competência (Perrenoud, 2000).

3. Caracterização do Meio Escolar

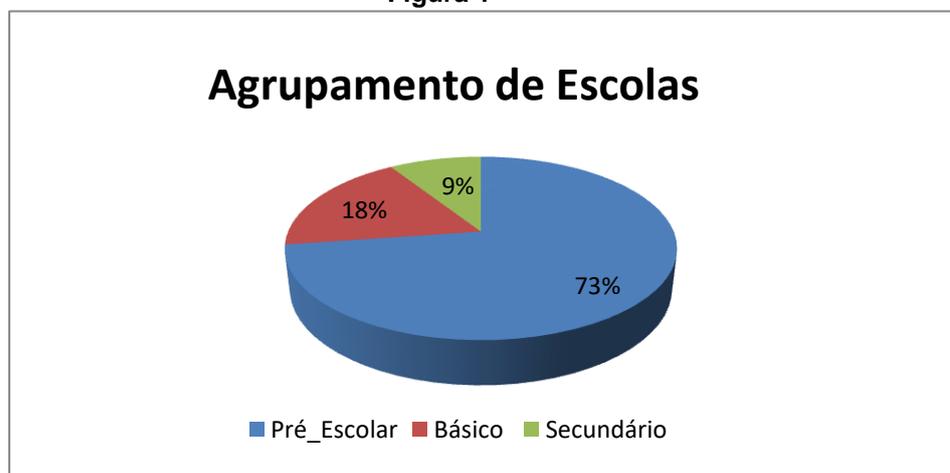
Nos gráficos seguintes, cedidos pelo agrupamento (extremamente colaborante) onde se insere a criança do nosso estudo, apresentamos alguns dados que ilustram as características do contexto escolar do aluno que referenciamos.

A tabela e gráfico seguinte apresentam o número de escolas que constituem o agrupamento. É possível verificar uma diferença significativa no número de escolas do pré-escolar, relativamente ao número de escolas do ensino básico e secundário.

Tabela 1

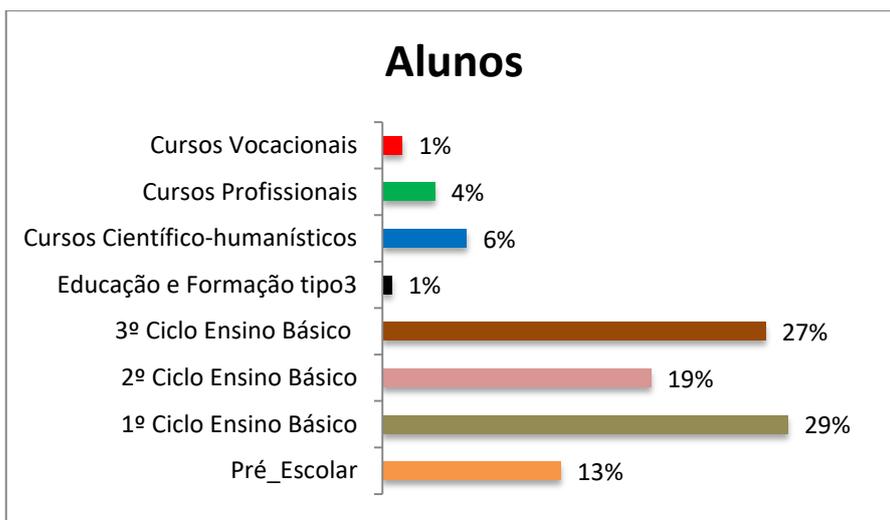
<u>Ensino</u>	<u>Nº de Escolas</u>
<u>Pré-Escolar</u>	<u>8</u>
<u>Básico</u>	<u>2</u>
<u>Secundário</u>	<u>1</u>

Figura 1



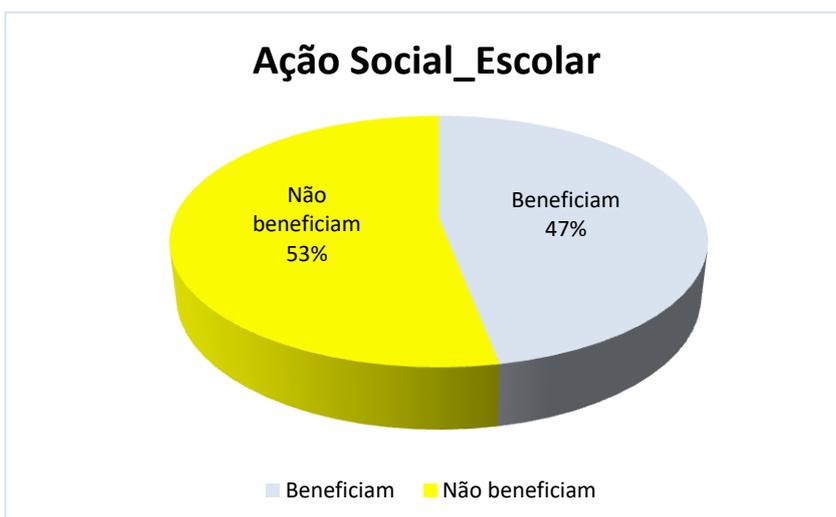
A observação dos dados do presente gráfico permite concluir que há uma heterogeneidade na distribuição dos alunos por cursos e níveis de ensino, verificando-se o maior aglomerado no 1.º ciclo do ensino básico seguido pelo 3.º ciclo do mesmo nível.

Figura 2



Com base nos dados do gráfico seguinte, é possível afirmar que aproximadamente metade dos alunos deste agrupamento beneficia de apoio da ação escolar. Este facto constitui um indicador determinante do nível sócio-económico médio-baixo, que caracteriza esta população escolar.

Figura 3



O corpo docente que constitui o agrupamento em questão é maioritariamente do quadro da escola, tendo mais de 10 anos de prática profissional.

Figura 4

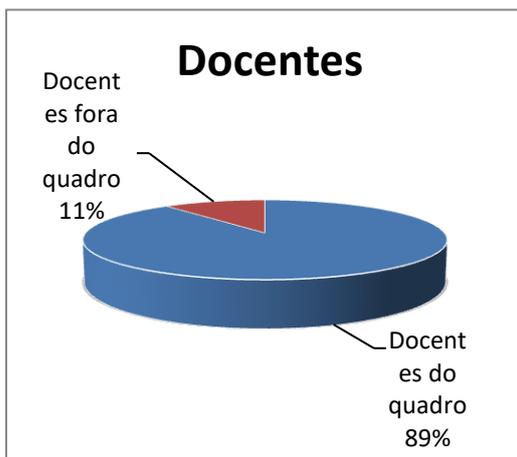


Figura 5



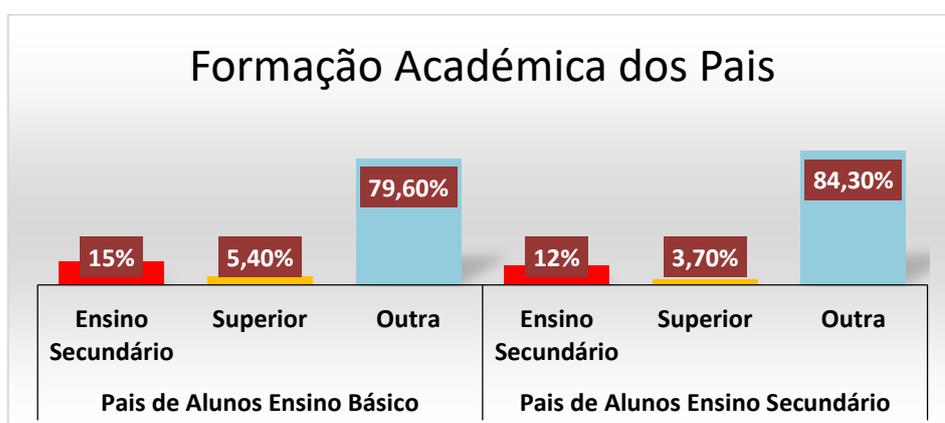
Quanto ao pessoal não-docente verificamos pelos dados expostos, que à semelhança do corpo docente é constituído por profissionais com mais de 10 anos de serviço.

Figura 6



Neste agrupamento a percentagem de pais com formação académica superior e secundária é mínima. Este aspeto pode servir de preditor quanto às expectativas que estes possam ter relativamente ao desempenho escolar dos filhos. Estudos comprovam que pais com baixa formação académica tendem a ser menos exigentes quanto ao desempenho escolar e nível de escolaridade e dos filhos.

Figura 7



À semelhança dos dados apresentados no gráfico anterior, também em relação às profissões dos pais a percentagem de quadros superiores e intermédios é muito baixa, quer ao nível do ensino básico, quer ao nível do ensino secundário.

Figura 8



Capítulo III - Procedimentos de recolha e tratamento de dados

1. Recolha de dados

Após delineado o objeto do nosso estudo e realizada a revisão da literatura e enquadramento teórico do tema, passamos à fase dos procedimentos de ordem empírica. Após conhecermos o aluno designado, foram entregues os pedidos de autorização para a realização do estudo, quer à Direção do Agrupamento, quer aos Encarregados de Educação, de modo a cumprir o plano de ação desenhado para pôr em prática a investigação.

Consultamos o processo do aluno, que nos permitiu a recolha de informação de carácter académico e clínico, tendo sido registados os dados recolhidos. Realizamos as observações à criança, em dois momentos e em dois espaços diferentes (manhã e tarde em dias diferentes; sala de aula e recreio) com o respetivo registo na grelha de observação. Construimos e administramos as entrevistas à professora titular de turma, à professora de educação especial e à encarregada de educação, tendo por base a pergunta de partida e os objetivos previamente formulados.

Num segundo momento, com base nos dados recolhidos, e através da metodologia da Análise de Conteúdo, tratamos a informação que possuíamos, no sentido da construção da resposta à nossa pergunta de partida.

Em seguida vamos deter-nos sobre cada uma destas etapas em particular.

2. Análise documental

A análise documental é um procedimento de recolha de dados que se distingue da pesquisa bibliográfica. É o tratamento metodológico de documentos que consiste na sua pesquisa e análise, organizando-os em função dos objetivos da investigação proposta (Bardin, 1994).

No nosso caso procedemos à análise dos relatórios constantes no processo do aluno, recolhendo informações de caráter acadêmico e clínico (PEI, Relatórios de Adequações Curriculares, Avaliações de final de ano letivo; Relatórios de Observação Psicológica e de Terapia de Fala), no sentido de aumentarmos o conhecimento do nosso caso em estudo, quer enquanto criança, quer enquanto aluno.

3.Observação direta

“A observação direta constitui um procedimento metodológico em que o próprio investigador procede diretamente à recolha de informação sem se dirigir aos sujeitos interessados. Apela apenas ao seu próprio sentido de observação, não se verificando a participação, nem produção de informação por parte dos sujeitos observados” (Quivy, 1998, p 164).

O método de observação constitui-se sobretudo em duas variantes: a observação participante e a observação não-participante. Apesar do primeiro tipo ser o mais utilizado em Ciências Sociais, no nosso estudo, optamos pela observação não participante. Pretendíamos conhecer os comportamentos do aluno, em contexto de sala de aula e de recreio. A participação do observador poderia interferir e condicionar os comportamentos a serem observados, podendo adulterar os objetivos a que nos tínhamos proposto. As observações foram registadas em grelha previamente construída.

A observação não participante, segundo Woods citado por Serrano (1994, p. 25), é um meio para chegar mais profundamente à compreensão e à explicação da realidade que o investigador quer estudar. A esta ideia, complementamos a perspetiva de Quivy (1998, p.197), segundo a qual, a validade deste recurso metodológico deverá basear-se, por um lado, na precisão e no rigor da observação e, por outro, no confronto posterior entre as observações e as inferências interpretativas. O mesmo autor refere que este é um método de investigação social que capta os comportamentos nos momentos que eles se produzem e em si mesmo sem a mediação de um documento ou testemunho (Quivy, 1998, p. 196). Neste sentido, o campo de observação é amplo e dependente dos objetivos e formulações da

investigação. O mesmo autor realça que o método de observação não participante é extremamente adequado à observação do não-verbal e daquilo que isso significa, nomeadamente ao nível de atitudes e comportamentos, aspeto que vai de encontro ao nosso objetivo.

O facto de termos acesso à conduta espontânea do nosso “objeto de estudo” – o aluno com PEA, em contexto real escolar, constitui um dado importante porque muito útil, para o fornecimento de dados a serem interpretados e analisados, posteriormente na nossa investigação.

Preferencialmente a observação deve ser realizada por mais do que um observador, no entanto, no caso em estudo, não consideramos relevante, dado que realizamos várias observações e em contextos e dias diferentes.

4. Entrevista

Tendo em conta os objetivos da nossa investigação, elegemos a entrevista como um dos instrumentos de pesquisa, no sentido de aprofundar o conhecimento das características do sujeito em estudo, bem como do seu contexto familiar e escolar, facto que nos possibilita um conhecimento mais abrangente do fenómeno que nos propomos estudar - as crises de agressividade em crianças com PEA.

Raymond Quivy, (1998, p. 192) refere que

“as entrevistas devem decorrer de forma aberta e flexível, num ambiente e contexto próprio, sendo preferencialmente gravadas. Devem conter um número mínimo de perguntas realizadas de forma o mais aberta possível, com a isenção de qualquer tipo de indução de resposta por parte do entrevistador”.

Considera-se que há três tipos de entrevistados que se devem ter em conta, num Estudo de Caso, em educação: progenitores, educadores e o próprio indivíduo. Só deste modo é possível construir uma história consistente que permita conhecer as características do caso, para posteriormente refletir sobre elas, juntamente com a revisão da literatura. Neste sentido assim

fizemos, construindo e administrando uma entrevista às docentes titular de turma e à docente de educação especial e uma entrevista aos progenitores.

A técnica de recolha de dados, permite recolher informações que respeitam a linguagem e as categorias mentais dos entrevistados, possibilita flexibilidade a nível de formulação, reformulação ou esclarecimento das perguntas e um certo grau de profundidade em alguns elementos da análise. É considerada uma desvantagem, nesta técnica, a possibilidade de haver uma influência do entrevistador no entrevistado, quanto à forma de colocar as perguntas, ao tipo de relação de troca que se estabelece e ao âmbito da entrevista. No entanto, é necessário que o investigador, no processo da entrevista, mantenha ativo o seu espírito teórico, de forma a que as suas intervenções tragam elementos de análise tão fecundos quanto possível (Quivy, 1998, p.192).

“A metodologia de entrevista, numa investigação de tipo qualitativo, constitui uma ferramenta muito útil, na medida em que permite a recolha de dados válidos sobre o assunto em estudo, permitindo a análise direta do próprio entrevistado, enquanto constituinte deste processo” (Bogdan & Biklen, 1994).

Consideram-se dois tipos de entrevistas, sendo que a mais utilizada na investigação em Ciências Sociais é a de tipo semidiretivo. O investigador está munido de uma série de perguntas previamente elaboradas que lhe servem de guia para encaminhar um diálogo que pode seguir várias direções. O outro tipo de entrevista é a designada entrevista centrada, cujo objetivo é analisar o impacto de determinado acontecimento ou ocorrência na vida de determinado indivíduo. Há ainda a considerar as entrevistas dirigidas à análise pormenorizada de histórias de vida de determinado indivíduo (Quivy, 1998, p.193).

No presente estudo, aquando da construção da entrevista, procedeu-se à categorização e subcategorização da informação recolhida. Utilizamos perguntas pré-definidas mas com algum grau de flexibilidade para permitir aos interlocutores algum nível de espontaneidade que consideramos valorativa no processo de transmissão da informação sobre o aluno.

Realizamos uma primeira audição de todas as entrevistas realizadas; seguida da transcrição de cada uma delas (Anexo IV, V e VI), tendo havido o cuidado de respeitar as marcas de oralidade e de linguagem não-verbal, como as pausas, as entoações, as hesitações e as expressões faciais.

Segue-se o quadro de referentes da entrevista que administramos às docentes Titular de Turma e de Educação Especial.

Quadro de referentes das entrevistas às docentes Titular de Turma e de Educação Especial

Quadro 1

Categories	Subcategorias	Explicação
PEA	Definição de PEA	Aferir o nível de conhecimento que as docentes têm sobre a definição de PEA.
	Prevenção de PEA	Conhecer estratégias utilizadas pelas docentes no sentido da prevenção das crises agressivas do aluno.
Professora	Existência de informação prévia sobre o aluno	Saber se as docentes foram avisadas previamente sobre o facto de virem a ter um aluno diagnosticado com PEA.
	Reação face às características do aluno	Perceber a reação das docentes perante a perspectiva de terem um aluno diagnosticado com PEA.
	Dificuldades no processo de ensino	Identificar os aspetos mais difíceis para as docentes, no processo de ensino deste aluno.
	Relação com o aluno	Perceber o tipo de relação que a docente titular de turma e a docente de educação especial mantêm com o aluno.
	Reação aos comportamentos do aluno	Conhecer as estratégias utilizadas pelas docente titular de turma e docente de educação especial, relativamente às crises de agressividade do aluno.
Aluno	Relação do aluno com o grupo de pares	Perceber a relação do aluno diagnosticado com PEA com o seu grupo de pares.
	Relação do aluno com os adultos	Perceber a relação do aluno diagnosticado com PEA com o seu grupo de pares.
	Comportamentos adequados do aluno	Identificar os comportamentos adotados pelo aluno diagnosticado com PEA em momentos de crise de ansiedade.
	Reação dos colegas de turma aos comportamentos desadequados do aluno	Perceber a reação dos colegas de turma perante as crises de agressividade do D.
	Caraterização do aluno enquanto criança	Conhecer as caraterísticas do D. enquanto criança.

Para a recolha de dados junto dos encarregados de educação, recorreremos à construção de uma entrevista em formato de anamnese, que se encontra transcrita em anexo (Anexo VI) e relativamente à qual elencamos as seguintes categorias: História desenvolvimental; Características familiares; História Clínica, com as subcategorias Diagnóstico e Dados.

No capítulo de apresentação e análise dos resultados, deter-nos-emos sobre os dados recolhidos em todas as entrevistas realizadas.

5. Análise de Conteúdo

Segundo Bogdan & Biklen (1994, p. 120) a análise de conteúdo consiste num “processo de busca e de organização sistemática de transcrição de entrevistas, notas de campo e outros materiais, com o objetivo de aumentar a compreensão dos materiais, permitindo a sua apresentação.” Deste modo, à medida que se vão interpretando os dados, repetem-se ou destacam-se certas frases, padrões de comportamento, formas dos sujeitos pensarem, que se dividem por categorias de codificação que constituem um meio de classificar os dados descritivos que se recolheram.

Laswell, em meados de 1915, foi o precursor desta metodologia, nos EUA, mas só com Bardin atingiu a popularidade.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” Bardin (1994, p.42).

Para o tratamento dos dados que recolhemos optamos por este tipo de metodologia, pelo facto de se tratar de uma técnica que engloba uma dimensão descritiva e interpretativa. Por um lado, permite conhecer os dados recolhidos e por outro, permite as interpretações do investigador, tendo em conta o objetivo do estudo (Bogdan & Biklen, 1994, p.20).

Como afirmam Quivy & Campenhoudt (1998, p. 227) este procedimento analítico permite “tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade”.

Após a transcrição das entrevistas, tendo presentes as marcas de oralidade e de linguagem não-verbal observadas, como as pausas, as entoações, as hesitações e as expressões faciais, procedeu-se a uma primeira leitura do material recolhido. Nesta fase autores como Bardin (1994, p.10) defendem as “técnicas de rutura” que neste caso não levamos a termo. As referidas técnicas desempenham um papel importante face à intuição aleatória e fácil. Os processos de análise de conteúdo beneficiam com um intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reação interpretativa.

Para efetuarmos a análise qualitativa dos dados recolhidos procedemos à sua categorização. Esta consiste na classificação dos elementos recolhidos através das entrevistas, formando categorias e subcategorias, facto que permite o seu agrupamento. De acordo com Vala (1986 citado por Pinto, 1986, pp. 101-128), uma categoria é normalmente “composta por um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito”.

A categorização constitui a etapa mais problemática desta metodologia mas também a mais criativa. Trata-se de “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e por reagrupamento em função dos critérios previamente definidos” (Bardin, 1997, p.117)

Quanto à técnica da observação, considera-se que esta se reveste de particular importância, nesta metodologia de análise, na medida em que permite proceder à recolha dos dados de uma forma o mais direta possível. Nem todos os autores consideram absolutamente necessário que este aspeto se concretize para que a Análise de Conteúdo seja bem sucedida.

Por outro lado, o que se considera fundamental para que esta metodologia seja bem-sucedida é a existência de um consistente suporte teórico de base. Tendo em vista que esta metodologia é constituída por um

conjunto progressivo de técnicas, é necessário que exista uma clareza teórica do campo de estudo que se pretende analisar. Mesmo que, em pesquisas qualitativas não se estabeleçam hipóteses, é necessário estabelecer categorias e isso só é possível realizar através das inferências, que só se constituem com base nos conceitos básicos teóricos que apoiam a recolha de dados (Triviños, 1987, p.175).

Em síntese, há dois aspetos fundamentais a ter em conta na metodologia da Análise de Conteúdo. Primeiro: a necessidade de uma constante atenção ao processo com uma clara explicitação dos passos, critérios e decisões que se vão tomando, no sentido de evitar equívocos e permitir uma análise segundo as mais variadas perspetivas. Segundo: o cuidado que deve existir na relação entre a vertente qualitativa e fenomenológica e uma possível vertente quantitativa que possa adulterar os dados representados nas componentes qualitativas recolhidas (Amado, 2013).

6. Inferências das observações realizadas

Após o preenchimento das grelhas de observação relativas à criança em estudo, procedemos à sua análise em termos de inferências. Trata-se de uma interpretação no sentido da significação concedida ao conteúdo explicitamente observado e registado.

Na Allerton House Conference (Conferência Anual sobre a inovação nas áreas da Comunicação, Controle e Computing na Universidade de Illinois em Urban- Champing), as inferências eram apresentadas como deduções lógicas que procuram fundamentar o que é que conduziu a determinado enunciado e quais as consequências que este enunciado vai provocar.

Inferência é uma operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceites como verdadeiras (Richardson, 1989).

Capítulo IV - Apresentação e Análise dos Resultados

Antes da análise e tratamento dos dados, foi assegurado que as informações recolhidas eram necessárias e suficientes.

1. Dados relativos às entrevistas às Docentes

Titular de Turma e de Educação Especial

Quadro 2

Categorias	Subcategorias	Dados/Informações
PEA	Definição de PEA	As duas docentes consideram que a definição de PEA se refere a uma perturbação de desenvolvimento, tendo como características principais a dificuldade de interação social, comportamentos restritivos e repetitivos, bem como baixa tolerância à frustração com reações agressivas.
	Prevenção de PEA	No sentido da prevenção, a docente TT refere ter muito cuidado em controlar os ruídos de fundo na SA e com propostas de trabalhos de grupo. Enquanto a docente de EE investe na proposta antecipada de atividades de prazer, de cada vez que tem que propor tarefas que não sejam do agrado do D.
Professora	Existência de informação prévia sobre o aluno	As docentes foram informadas antecipadamente, por elementos da direção do agrupamento que iam ter um aluno com PEA.
	Reação face às características do aluno	A docente TT aceitou como natural, já que tem por norma conhecer cada aluno antes de consultar o respetivo processo, não antecipando expectativas. Enquanto a docente de EE apesar de considerar apenas mais um aluno para apoiar, sentiu que ia ser desafiante, dado que considera as crianças com PEA com características muito distintas de outras perturbações que acompanha.
	Dificuldades no processo de ensino	As docentes consideram que o aspeto mais difícil de ultrapassar no processo de ensino deste aluno se prende com o controlo dos seus comportamentos agressivos, quer consigo próprio, quer com outros e com a sua atitude de rejeição de tarefas de trabalho propostas.
	Relação com o aluno	Estas docentes do D. consideram ter uma boa relação com este aluno, realçando o facto dele ser uma criança muito afetuosa e que sente a relação com elas como suporte e limite, aspetos que o fazem sentir-se seguro.



	Reação aos comportamentos do aluno	As docentes referem que a técnica da “negociação/chantagem” é a base de toda a interação com este aluno. Assim como a dispersão da atenção relativamente a qualquer assunto que o faça descompensar. Também o tom de voz tranquilo, constante e a relação afetiva com o aluno facilitam a interação com ele.
Aluno	Relação do aluno com o grupo de pares	Ambas afirmam que a relação do D. com o grupo de pares é muito difícil. É um aluno bem aceite, sobretudo pelos colegas da turma que nutrem por ele um sentimento de aceitação e cooperação (disponibilizando-lhe material, por ex.). Ambas se referem também à atitude desadequada que este aluno mantém com os colegas mais novos e com os colegas com NEE relativamente aos quais tem atitudes desafiadoras e agressivas.
	Relação do aluno com os adultos	Pelo contrário, em relação ao ponto anterior, ambas referem que se trata de um aluno com uma evidente preferência por colegas mais velhos e por adultos, com quem por norma gosta de interagir.
	Comportamentos desadequados do aluno	A instabilidade, no sentido de nunca se saber como vai estar ou reagir no momento seguinte é uma das características mais difíceis que as docentes referem sobre o D. Também o facto da auto-agressão e agressão aos colegas, bem como a destruição do material escolar. E os comportamentos de rejeição em relação aos trabalhos escolares.
	Reação dos colegas de turma aos comportamentos desadequados do aluno	As docentes dizem sentir os colegas assustados mas ao mesmo tempo aceitantes e preocupados em relação ao D. Convidam-no sempre para as suas brincadeiras e trabalhos de grupo e têm sempre material de reserva para lhe emprestarem quando destrói ou perde o seu.
	Caraterização do aluno enquanto criança	As duas docentes entrevistadas referem-se ao D. como uma criança difícil, no seu contacto mas ao mesmo tempo muito efetuooso e interessante na sua forma de ser. Afirmam ser fácil gostar dele, enquanto criança ao mesmo tempo que o sentem como um aluno difícil.

2. Dados relativos à entrevista à Encarregada de Educação

Em relação ao instrumento utilizado para recolha de dados junto dos encarregados de educação da criança em estudo, recorreremos à construção de uma entrevista, como referimos anteriormente, em formato de anamnese, que

se encontra transcrita em anexo e relativamente à qual elencamos as seguintes categorias:

História desenvolvimental; Caraterísticas familiares; História Clínica, com as subcategorias Diagnóstico e Dados.

Em relação à primeira categoria (**História Desenvolvimental**), é possível constatar que se trata de uma criança resultante de uma gravidez não planeada mas muito desejada. A mãe sofreu de Diabetes Gestacional, na última semana de gravidez. O parto foi normal, de termo, com a intervenção de Ventosas, dado que o bebé estava com a mão na cabeça. Na altura do nascimento o bebé apresentava uma malformação nos dedos anelar e médio da mão direita, designada “Sindactilia”. Foi submetido a quatro cirurgias, em momentos diversos do seu desenvolvimento para corrigir essa anomalia. Foi um bebé com dificuldades alimentares, extremamente seletivo, sendo internado várias vezes por desidratação. As referidas dificuldades alimentares mantêm-se, apesar de ter havido uma insignificante evolução nessa área.

O D. adquiriu, na altura própria, todas as capacidades, exceto a fala que só começou a manifestar-se por volta dos 3 anos e 6 meses. Frequentou Terapia de Fala desde os 4 anos até há um ano atrás.

É uma criança muito interessada por assuntos do âmbito da Ciência, da Matemática e Informática, revelando extrema facilidade em assimilar conhecimentos complexos nessas áreas. Nesta altura frequenta o 4.º ano de escolaridade. É acompanhado pela mãe no caminho de ida e vinda para a escola, incluindo na hora de almoço, que decorre em casa dos avós maternos. Após as 16h, quando termina a escola, tem terapia psicológica individual, em gabinete próprio, duas vezes por semana e pratica Teakwondo.

Em relação à segunda categoria (**Caraterísticas familiares**), em função dos dados fornecidos nas respostas, foi possível perceber que se trata de uma criança com um vínculo intenso, na relação com a figura materna. Na relação com o pai, a comunicação é difícil, dado que se trata de um pai pouco flexível, tendendo a interagir com o filho como o fazia com a filha mais velha, em idade

semelhante, utilizando o mesmo modelo educativo. O Pai revela dificuldades em compreender as características específicas do filho. Com a irmã a relação parece ter o formato comum das relações entre irmãos, ora próximos, ora em desacordo, como refere a mãe. Como familiares significativos tem ainda os padrinhos, a filha destes (2 anos mais velha do que o D.) e os avós. Também com estes familiares revela dificuldades de interação, no sentido de não aceitar determinadas regras porque não as compreende, por exemplo ter mais tempo de atividade em computador, no tablet ou no telemóvel, atividades muito do seu agrado.

Em relação ao grupo de pares, a mãe refere que o filho não tem amigos e revela preferência por interação com colegas mais velhos e adultos.

Quanto à terceira categoria (**História Clínica**), na subcategoria de **Diagnóstico** foi-nos dado a conhecer que os primeiros sintomas não normativos desta criança surgiram por volta dos 2 anos de idade. A educadora sugeriu uma consulta em pedopsiquiatria, tendo sido feito, por esta especialidade, o diagnóstico de Síndrome de Asperger, relevando os sintomas de acentuadas dificuldades de interação quer com o grupo de pares, quer com os adultos, e uma franca preferência pelo isolamento. Após o diagnóstico sobretudo por parte da mãe, houve uma consciência imediata da necessidade de desencadear estratégias indicadas às características específicas do filho, passando, por exemplo, por evitar locais ruidosos, respeitar rotinas, não as alterando sem uma explicação prévia exaustiva. Apesar disso refere ter ficado apreensiva mas muito confiante relativamente ao desenvolvimento favorável do filho.

Em relação à terceira categoria (**História Clínica**) na subcategoria de **Dados**, é possível constatar que não existe mais ninguém na família paterna ou materna com este tipo de características. O D. nunca foi medicado para a Síndrome diagnosticada. Apresenta um padrão de sono sempre considerado normal. Ao nível da alimentação, pelo contrário, esta sempre foi muito específica, contemplando apenas massa, arroz cozido, batatas fritas em palitos, maçã, banana, sopa e iogurtes de coco e tutti-frutti.

Em síntese, com base nas respostas às questões formuladas nas nossas entrevistas, é possível inferir que os progenitores do D. sentem dificuldades a vários níveis, no processo educativo do filho. Referem, no entanto, que a sua dificuldade máxima é ao nível de lhe inculcar responsabilidades, pelo facto de este estar frequentemente num mundo que é só dele, tendo dificuldade em perceber a dinâmica do mundo em geral. Fazê-lo entender que agredir-se e agredir os outros não são comportamentos corretos e que na maioria das vezes a situação que os despoletou não é tão grave como ele a considera, também constituiu um aspeto complexo.

Pensamos que os dados recolhidos junto da mãe se revestem da maior importância. Planeando um possível processo de intervenção, consideramos ser muito importante a promoção de potencialidades em défice na criança, bem como uma intervenção de suporte e informação, eventualmente em grupos de autoajuda para pais de crianças com PEA.

Estudos de Koegel (1992), Bristol & Schopler (1983) e Howlin & More (1997) citados em Marques (2000, p. 239-241) permitem concluir que pais de crianças com PEA revelam níveis de ansiedade perturbadora, considerados patológicos. Estes estudos vêm ao encontro da literatura que se refere ao stress parental observável nos pais das crianças com estas características. Também relativamente à depressão, os referidos estudos, através da administração da subescala PSI e BDI, revelam níveis consideráveis apesar de inferiores aos da ansiedade.

É nossa convicção que as características tão específicas desta perturbação despoletam, nos pais deste tipo de crianças, sentimentos também muito específicos, dúvidas e questões. Marques, (2000, p.262) refere que o facto da medicina tradicional ainda não ter encontrado uma explicação orgânica, nem uma resposta química adequadas a esta perturbação, leva os pais à procura de estratégias por si próprios, no sentido de superarem dificuldades.

Bosa, (2007) realizou estudos que se referem às estratégias de coping mais utilizadas pelas mães para lidarem com as dificuldades de seus filhos. Os

resultados indicaram que a maioria das participantes faz uso de ação direta, sobre o fator desencadeador de stress no filho, no sentido de que tal facto as ajude a gerir o seu próprio stress.

No nosso caso em estudo, consideramos que o fator desencadeador de maior stress, nos pais do D., é o seu comportamento auto e hétero-agressivo, porque mais difícil de evitar e conter. Este aspeto é muito relevante numa possível intervenção com os progenitores, na medida em que o sentimento de auto-ineficácia parental interfere negativamente na implementação de qualquer modelo educativo e mais intensamente no processo educativo de crianças com PEA.



3. Dados recolhidos através das observações realizadas ao aluno

Quadro de inferências de observação realizada no dia 2 de junho de 2016

Quadro 3

Intervenientes	Inferências
Aluno	Desorganização do material escolar de uso próprio.
	Dificuldades ao nível da motricidade fina.
	Isolamento social durante o intervalo.
	Preferência do aluno por interação com adultos.
	Dificuldades de compreensão de regras sociais.
Grupo de pares	Desculpabilização do aluno, por parte de uma colega.
Docente Titular de Turma	Utilização da técnica de desfocagem do assunto desencadeador da crise.



Quadro de inferências de observação realizada no dia 7 de junho de 2016

Quadro 4

Intervenientes	Inferências
Aluno	Dificuldades no processo de aprendizagem do Português.
	Desmotivação e rejeição de tarefas escolares propostas.
	Isolamento social durante o intervalo.
	Comportamento de desafio para com o grupo de pares o intervalo.
Grupo de pares	Aceitação e preocupação por parte do grupo de pares relativamente ao colega D.
Docente Educação Especial	Utilização da técnica de “negociação” para a realização de tarefas do seu desagrado.
	Utilização da técnica de ajuda na realização de tarefas, através da sugestão de frases para o trabalho escrito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A **PEA**, enquanto entidade clínica enigmática e com muito por desvendar, constituiu o foco deste estudo, especificamente na expressão das crises de agressividade que a caracterizam.

Assim, na primeira parte do trabalho, procedemos a um enquadramento teórico, no sentido de aprofundar o conhecimento desta perturbação, que se revela muito específica e diversificada quanto à forma de se manifestar, em cada criança.

Na componente empírica delineamos uma pesquisa através da realização de um Estudo de Caso, enquanto metodologia, no sentido de melhor perceber as crises de agressividade, protagonizadas por crianças com PEA.

Após a revisão da literatura e a análise do caso em estudo, foi possível verificar que os comportamentos agressivos protagonizados por estas crianças não devem ser considerados agressivos, dado que não se revestem da componente de intencionalidade de prejuízo relativamente aos outros. Como refere Ramirez, (2001), a agressão é qualquer forma de conduta que pretende ferir alguém física ou psicologicamente. Esta conduta provoca pesar e rejeição e é portanto censurável.

Este tipo de comportamentos, nas crianças autistas surge na sequência de uma ausência de competências internas da criança para vivenciar determinadas situações. Normalmente são situações que implicam a utilização de competências sociais, ou situações de sobre-estimulação sensorial, ou a necessidade de alteração inesperada de rotinas que constituem acentuadas dificuldades para as crianças com PEA. Estes comportamentos devem ser entendidos como comportamentos de autodefesa e proteção em relação a situações, relativamente às quais não se sentem competentes. Não está presente qualquer intencionalidade de ferir as pessoas (Schoen & Ferreira, 2011).

Apesar deste estudo não contemplar uma intervenção, em resposta à nossa pergunta de partida, entendemos que os princípios enunciados nos modelos cognitivo-comportamentais, se revelam bastante adequados à intervenção nas crises de agressividade, protagonizadas pelas crianças com PEA. A utilização de estratégias de negociação mas sobretudo o seu cariz estruturante da vida diária destas crianças, constitui um princípio estabilizador, ajudando-as a superar das suas dificuldades.

Com os princípios cognitivo-comportamentais por base, destacam-se os programas muito utilizados no sistema público, como o Programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children - Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Perturbações da Comunicação); o Programa Portage e o Programa Son-Rise (Son-Rise Program) que descrevemos no enquadramento teórico deste estudo.

Foi ainda possível entender, com base na análise do nosso caso em estudo, e da reflexão sobre as estratégias de intervenção dos modelos propostos, que o conhecimento abrangente das características particulares de cada criança com PEA, por parte dos educadores significativos, permite-lhes desenvolverem estratégias adequadas para a intervenção nos momentos de crise. Torna-se necessária, por parte dos adultos uma atitude atenta e constante, no sentido de se anteciparem na retirada da criança à exposição de fatores desencadeadores de tensão, evitando assim a explosão da reação na criança.

Consideramos que as reflexões que realizamos neste trabalho de pesquisa devem constituir uma base para futuros estudos de âmbito mais abrangente, dadas as contingências inerentes à realização de uma investigação no âmbito de uma Pós-Graduação. Seria desejável a realização de um estudo com uma amostra maior, durante um maior período de tempo bem como uma mais aprofundada revisão de literatura e uma consequente proposta de intervenção.

BIBLIOGRAFIA

Almeida & Freire (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga. Psiquilíbrios.

Almeida & Pinto (1975). *Teoria e investigação empírica nas ciências sociais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Amado, J. D. (2000). A Técnica da Análise de Conteúdo. *Revista Referência n.º5*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Amado, J. D. (2013). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

APSA (2006). *Congresso Internacional de Síndrome de Asperger*. (s./e.) Santa Maria da Feira.

Attwood, T. (198). *A Síndrome de Asperger*. Lisboa: Verbo.

Bautista, R. (1997). “*Necessidades Educativas Especiais*”. *Coleção Saber Mais*. Lisboa: Dinalivro.

Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bell, J. (1997). *Como Realizar um Projeto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.

Bogdan & Biklen. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.

Bosa, C. R. (2002). *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed.

Bosa, C. A. (2007). *www.scielo.br/prc*. Obtido de *www.scielo.br/prc*: <http://www.scielo.br/prc>.

Bronfenbrenner, U. (1996). *Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cavaco, N. (2009). *O profissional e a educação especial – Uma abordagem sobre o Autismo*. Lisboa: Editorial Novembro.

Correia, L. M. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais. Um guia para Educadores e Professores*. (Coleção Necessidades Educativas Especiais) Porto: Porto Editora.

Correia, M. (2014). *Autismo e atraso de desenvolvimento*. Lordelo: Fundação Lord.

Cumine, V., Leach, J., & Stevenson, G. (2006). *Compreender a Síndrome de Asperger*. Porto: Porto Editora.

Serra, D. (jul.-dez. de 2010). Sobre a inclusão de alunos com autismo na escola regular. Quando o campo é quem escolhe a teoria. *Revista de Psicologia*, V. nº2, pp. 163-176.

Decreto-lei nº 75/2008 de 22 de abril. *Diário da República nº79 – 1.ª Série*. Ministério da Educação. Lisboa.

Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro. *Diário da República nº 4 – 1.ª Série*. Ministério da Educação. Lisboa.

Deutsch, S. (1 de Agosto de 2011). *Autism Spectrum Disorders: The Role of Genetics in Diagnosis and Treatment*. Obtido de Intech: <http://www.intechopen.com/books/autism-spectrum-disorders-the-role-of-genetics-in-diagnosis-and-treatment>.

Dickhut e Poust, K. (1999). Behavioral characteristics of young adults with autism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, pp. 383-391.

DSM-V (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climenpsis.

Federação Portuguesa de Autismo.(s.d.). *Causas do Autismo*. Obtido em FPDA: <http://www.fpda.pt/causas-do-autismo>.

Ferreira, A. S. (2011). *Uma criança com PEA - Um Estudo de Caso*. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti: s/e.

Fromm, E. (1975). *Anatomia da Destrutividade Humana*. Rio de Janeiro: Zahar.

Gilberg, C. (1990). *Infantile Autism: Diagnosis and treatment*. *Acta Psychiatrica Scand* 81, pp. 209-2115.

Herbert & Lessard. (1994). *Investigação qualitativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Kanner, L (1946). "Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism". *American Journal of Psychiatry*, 103, 242-5.

Lima, C. B. (2012). *Perturbação do Espectro do Autismo. Manual prático de intervenção*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.

Marques, C. E. (2000). Perturbações do Espectro do Autismo - Ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentalista com mães. *Dissertação de mestrado*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Meirinhos & Osório, (2010a). *O estudo de caso como estratégia de investigação em educação*. Instituto politécnico de Bragança, Escola superior de ed. Disponível em: <http://hdl.handle.net/101>.

Meirinhos & Osório, (2010b). Inovação, investigação em Educação. *Eduser- Revista de Educação*, Vol 2. (novembro 2001). *Cadernos de pesquisa*, pp.179-195.

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Manual de Classificação Internacional*. Lisboa: DGS.

Paiva J., 2014. "Casos de autismo sobem para 1 em cada 68 crianças". *Revista autismo*. disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/> consultado em 2 de fevereiro de 2016.

Pereira, M. C. (2005). *Autismo*. Lisboa: Gailivro.

Pereira, M. C. (2006). *Autismo – Uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia: Gailivro.

Perrenoud, P. (2000). *Dez Novas Competências para Ensinar*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Pinto, S. E. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.

Quivy & Campenhoudt. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ramirez, F. C. (2001). *Condutas agressivas na idade escolar*. Lisboa: McGraw Hill.

Rivière, A. (2001). *Autismo: orientaciones para la intervencion educativa*. Barcelona: Trotta.

Serrano, P. (1994). *Investigation Cualitativa. Retos e interrogantes. I Métodos*. Madrid: La Muralla.

Schoen-Ferreira, F. M. (2011). *Problemas de comportamento em crianças com Transtorno Autista*. Psicologia: Teoria e Pesquisa.

Siegel, B. (2008). *O Mundo da criança com Autismo - compreender e tratar PEA*. Porto: Porto Editora.

The Warnock Report (1978). *Special Education Needs: Report of Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. London: Her Majesty's Stationery Office. ISBN 0 10 172120 X.

Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

Unesco. (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação na Área das Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Vala, J. (1986). *A Análise de Conteúdo*. In A. Silva & J. Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, pp. 101-128. Porto: Edições Afrontamento.

Val Cumine, J. L. (1998). *Compreender a Síndrome de Asperger*. Porto: Porto Editora.

Wing, L. (s/d). *The Definition and Prevalence of Autism: A Review*. Consultado em 09/07/16, disponível em <http://www.mugsy.org/wing.htm>

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

Yin, R. K. (2002). *Estudo de Caso. Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Artmed, tradução do original de 1994, *Case Study Research: design and method*. Sage Publications.

Yin, R. K. (2005) (editor). *Introducing the world of education. A case study reader*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Zuñiga, A. F. (2005). *Descrição e tratamento dos transtornos da comunicação e da linguagem*. Santos: Livraria Santos.