



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Intervenção Psicomotora e Perturbações do Espectro do Autismo – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn)

Relatório elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora – Ramo de Apronfundamento de Competências Profissionais

Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

Júri:

Presidente

Doutor Filipe Manuel Soares de Melo

Vogais

Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

Ana Filipa Silva Pereira

2014

*Concedei-me, Senhor, a
Serenidade necessária
para aceitar as coisas que
não posso modificar,
Coragem para modificar
aquelas que posso,
e Sabedoria para distinguir
umas das outras*

Reinhold Niebuhr

Agradecimentos

Só com o apoio de todas as pessoas que fazem parte da nossa vida e cruzam os nossos caminhos, conseguimos ultrapassar todas as etapas e vencer todos os desafios que vão surgindo. Sem essas pessoas, o caminho seria muito mais sinuoso e as metas muito mais difíceis de alcançar. Todas elas se tornaram insubstituíveis. Deram-me força, confiança, alegria e muitos ensinamentos. Acreditaram em mim. Acreditaram sempre que eu conseguia ir mais além. Fizeram com que eu tentasse sempre vencer barreiras, criar soluções, procurar saberes.

O rol das pessoas a quem quero agradecer por me terem acompanhado em todo este processo é vasto, os motivos são imensos, as palavras faltam-me...

Quero agradecer-lhes. A todos.

À Professora Doutora Ana Rodrigues, pela disponibilidade e compreensão sempre prestadas e pela confiança que sempre demonstrou em mim.

Ao Doutor Pedro Cabral, ao Professor Carlos Filipe e a toda a equipa CADIn, sem exceção, pela simpatia e pela forma como me receberam e integraram desde o primeiro dia, como uma de vós.

À Doutora Sandra Pinho, pela experiência única que me proporcionou, pelo incentivo e por sempre ter acreditado em mim e no meu trabalho.

À Susana Lúcio, por mais do que aquilo que consigo agradecer, mas acima de tudo pelo carinho e por tudo o que me ensinou e propiciou.

À Leonor Ribeiro, pela sua simpatia e pela experiência e sabedoria partilhada.

À Ana Rita Gonzalez, ao Alexandre Sargaço e à Isabel Costa, por me acolherem como vossa e por me mostrarem diversas estratégias e outras formas de intervir.

A todas as crianças e jovens, e suas famílias por, acima de tudo, me terem ensinado e dado tanto e por me terem permitido crescer a todos os níveis.

À Sandra Horta, à Vanessa Sá, à Ana Colaço e à Patrícia Pereira, por existirem, essencialmente, e por estarem sempre presentes apesar da distância.

À Joana Carvalho, por se ter metido em “Sarilhos” comigo e por todo o apoio, disponibilidade e amizade.

À Joana Pinto, por me ter ajudado quando mais precisei e pela boa-disposição contagiante.

À Paula Coelho, por ter sempre acompanhado o meu percurso pessoal e académico/profissional, por acreditar em mim e pela segurança que sempre me transmitiu.

Ao Nuno, por estar sempre ao meu lado e por toda a compreensão, dedicação, amizade e amor demonstrados ao longo destes anos.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo orgulho que os seus olhos transmitem, por nunca se cansarem de ser o meu porto seguro, pelo amor incondicional e por fazerem de mim quem sou hoje.

À Ritinha, por ser muito mais que uma irmã, ser a minha melhor amiga, a minha confidente, a minha alegria.

À minha estrelinha (avó Luísa), meu anjo da guarda, por tudo...

A todos, muito obrigada!

Resumo

O presente relatório descreve a prática profissional desenvolvida no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn), no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do mestrado em Reabilitação Psicomotora, durante o ano letivo 2013/2014. Reflete o trabalho desenvolvido principalmente junto de crianças e jovens com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), centrando-se na Intervenção Psicomotora quer individual, quer em grupo. As PEA caracterizam-se por défices em vários domínios, principalmente ao nível da interação social e comunicação e comportamentos repetitivos e estereotipados, variando segundo o nível de gravidade e conseqüente acompanhamento. A Intervenção Psicomotora é uma abordagem que, através de atividades específicas, estruturadas e lúdicas, permite ao indivíduo o seu desenvolvimento holístico, desenvolvendo a cognição, a motricidade, a comunicação, o comportamento, bem como o estabelecimento de uma relação mais adequada com os outros e com o meio envolvente.

O relatório é dividido em Enquadramento Institucional, Enquadramento da Prática Profissional e Realização da Prática Profissional abordando-se, de uma forma mais detalhada, três estudos de caso (dois individuais e um de grupo).

Palavras-Chave: Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn); Intervenção Psicomotora; Perturbações do Espectro do Autismo; Estudos de Caso; Intervenção Individual; Intervenção em Grupo

Abstract

This document describes professional practice developed at the Center for Child Development Support (CADIn) under the branch of Professional Skills Deepening from the Master's degree in Psychomotor Rehabilitation, during the school year 2013/2014. It reflects mainly the work with children and young people with Autism Spectrum Disorders (ASD), focusing on the Psychomotor Therapy either individually, or in groups. ASD are characterized by deficits in several domains, especially in terms of social interaction and communication, and repetitive and stereotyped behaviors, varying according to the level of severity and subsequent monitoring. The Psychomotor Therapy is an approach that, through specific, structured and playful activities, allows the individual their holistic development, developing cognition, motor skills, communication, behavior and the establishment of a more appropriate relationship with others and with the environment.

The document is divided into Institutional Framework, Framework for Professional Practice and Realization of Professional Practice, approaching in a more detailed way, three case studies (two individual and one group case).

Keywords: Support Center for Child Development (CADIn); Psychomotor Therapy; Autism Spectrum Disorders; Case Studies; Individual Intervention; Group Intervention

Índice Geral

I.	Introdução.....	11
II.	Enquadramento Institucional.....	12
1.	Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil.....	12
1.1.	População.....	13
1.2.	Caracterização da Equipa Técnica.....	13
1.3.	Núcleos de Intervenção do CADIn.....	14
1.4.	Intervenção Psicomotora no CADIn.....	15
1.5.	Bolsa Social.....	15
1.6.	Projetos.....	16
1.6.1.	CADInter@tivo.....	16
1.6.2.	Redes Ativas.....	16
III.	Enquadramento da Prática Profissional.....	17
1.	Perturbações do Espectro do Autismo.....	17
1.1.	Evolução Histórica do Conceito de Autismo.....	17
1.2.	Características Nucleares das PEA.....	19
1.2.1.	Dificuldades de Comunicação e Interação Social.....	19
1.2.2.	Comportamentos Repetitivos e Estereotipados.....	19
1.3.	Outras Características Comuns nas PEA.....	20
1.4.	Etiologia.....	20
1.5.	Comorbilidades.....	21
1.6.	Teorias Explicativas.....	21
1.6.1.	Teoria da Mente.....	22
1.6.2.	Teoria da Coerência Central.....	22
1.6.3.	Teoria da Funções Executivas.....	23
1.7.	Critérios de Diagnóstico.....	23
2.	Intervenção nas PEA.....	25
2.1.	Técnicas e Modelos de Intervenção nas PEA.....	25
2.1.1.	Applied Behavioural Analysis (ABA).....	26
2.1.2.	Developmental, Individual Difference, Relationship Based / Floortime (DIR).....	26
2.1.3.	Picture Exchange Communication System (PECS).....	27

2.1.4.	Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH).....	28
2.1.5.	Programas de Competências Pessoais e Sociais.....	28
3.	Intervenção Psicomotora.....	30
3.1.	Vertentes Metodológicas.....	33
3.1.1.	Psicomotricidade Relacional.....	33
3.1.2.	Psicomotricidade Instrumental.....	34
3.2.	Modalidades de Intervenção.....	34
3.2.1.	Intervenção Individual.....	34
3.2.2.	Intervenção em Grupo.....	35
3.3.	Intervenção Psicomotora nas PEA.....	35
IV.	Realização da Prática Profissional.....	38
1.	Calendarização das Atividades e Horários de Estágio.....	38
1.1.	Cronograma dos Procedimentos de Estágio.....	38
1.2.	Horário de Estágio.....	39
2.	População Apoiada.....	39
2.1.	Intervenção Psicomotora nas PEA.....	40
3.	Objetivos e Atividades de Estágio.....	41
3.1.	Intervenção nas PEA.....	43
3.1.1.	Áreas de Intervenção.....	43
3.1.2.	Contexto de Intervenção.....	44
3.1.3.	Planeamento da Intervenção.....	44
3.2.	Relação com Outros Profissionais e Família.....	46
4.	Avaliação das PEA no CADIn.....	47
4.1.	Instrumentos de Avaliação.....	47
4.1.1.	Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths.....	48
4.1.2.	Austism Diagnostic Observation Schedule.....	48
4.1.3.	Autism Diagnostic Interview Revised.....	49
4.1.4.	Questionário para a Educadora e Questionário do Comportamento da Criança.....	49
4.1.5.	Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland.....	49
4.1.6.	Asperger Syndrome Diagnostic Scale.....	50
4.2.	Avaliações Assistidas/Realizadas.....	50
5.	Processo de Intervenção – Estudos de Caso.....	50

5.1.	Caracterização dos Casos	51
5.2.	Planeamentos de Intervenção	53
5.3.	Instrumentos e Condições de Avaliação	60
5.3.1.	Checklist de Objetivos Operacionais.....	60
5.3.2.	Grelha de Observação do Comportamento (GOC).....	61
5.3.3.	Inquérito de Bem-estar.....	61
5.3.4.	Escala de Avaliação da Autonomia.....	61
5.3.5.	Questionário de Satisfação	62
5.4.	Processo de Intervenção	62
5.5.	Apresentação dos Resultados	64
5.6.	Análise e Discussão dos Resultados	70
6.	Dificuldades e Limitações.....	76
7.	Atividades Complementares	77
7.1.	Projeto Sarilhos do Amarelo na PHDA.....	77
7.2.	Intervenção Psicomotora nas DAE	77
7.3.	Terapia da Fala	78
7.4.	Terapia Ocupacional	79
7.5.	Consultas de Neuropediatria.....	80
7.6.	Workshops e Atividades Formativas.....	81
7.7.	Apresentações	81
7.8.	Mês de Consciencialização das DAE	82
V.	Conclusão.....	83
VI.	Referências Bibliográficas	85

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico da DSM-V para PEA (APA, 2013)	24
Tabela 2- Níveis de gravidade para PEA (APA, 2013).....	24
Tabela 3 – Cronograma do Estágio Profissionalizante	38
Tabela 4 - Horário de Estágio	39
Tabela 5 - População Apoiada.....	40
Tabela 6 - Objetivos do Estágio, definidos pela instituição de acolhimento	42
Tabela 7 - Planejamento das atividades realizadas ao longo do Estágio, de acordo com a frequência e horas.....	45
Tabela 8 - Acompanhamento em Intervenção Psicomotora	46
Tabela 9 - Casos observados em Terapia da Fala	78
Tabela 10 - Workshops e Atividades Formativas Assistidas.....	81

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Resultados da avaliação do Da., através do preenchimento da Checklist de Objetivos Operacionais	65
Gráfico 2 – Resultados da avaliação do Af., através do preenchimento da Checklist de Objetivos Operacionais	66
Gráfico 3 – Resultados da avaliação do grupo do Projeto Redes Ativas II, através do preenchimento do Inquérito de Bem-estar.....	67
Gráfico 4 – Resultados da avaliação do grupo do Projeto Redes Ativas II, através do preenchimento da Escala de Avaliação da Autonomia	69
Gráfico 5 – Evolução dos participantes do grupo do Projeto Redes Ativas II, ao nível do bem-estar e autonomia	70

Índice de Anexos

ANEXO A – Materiais Construídos

ANEXO B – Cronograma das Reuniões

ANEXO C – Resumo dos Resultados da Reavaliação do Da.

ANEXO D – Planeamentos de Sessões

ANEXO E – Relatórios de Sessões

ANEXO F – Instrumentos de Avaliação

ANEXO G – Tabelas de Resultados

ANEXO H – Sarilhos do Amarelo na PHDA

ANEXO I – Apresentações

ANEXO J – Materiais Construídos para o Mês da Consciencialização das DAE

Lista de Abreviaturas

ABA – Applied Behavioural Analysis

ADI-R – Autism Diagnostic Interview Revised

ADOS-2 – Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition

AGD – Atraso Global do Desenvolvimento

APA – American Psychiatric Association

ASDS – Asperger Syndrome Diagnostic Scale

CERCI – Cooperativa de Educação e Reabilitação dos Cidadãos com Incapacidade

DAE – Dificuldades de Aprendizagem Específicas

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

DIR – Developmental, Individual Difference, Relationship based

DSM – Diagnostic and Statistical Manual

GOC – Grelha de Observação do Comportamento

HGO – Hospital Garcia de Orta

ICD – International Classification of Diseases

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NAIA – Núcleo de Adolescência e Idade Adulta

NIE – Núcleo de Idade Escolar

NIP – Núcleo de Infância e Pré-Escolar

PEA – Perturbações do Espectro do Autismo

CADIn – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil

PECS – Picture Exchange Communication System

PEL – Perturbação Específica da Linguagem

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

QSA – Quociente de Síndrome de Asperger

RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

TSEER – Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação

I. Introdução

O presente relatório surge enquadrado no âmbito das atividades desenvolvidas no Estágio Profissionalizante, inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), enquadrado no segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, na vertente do Desenvolvimento e Aprendizagem, realizado na Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa.

De acordo com o regulamento do RACP, o Estágio Profissionalizante apresenta como objetivos gerais (1) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; (2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; e (3) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Assim, o Estágio proporciona a aprendizagem e o desenvolvimento de competências, tendo como finalidade facilitar a inserção no mercado do trabalho, visando atingir o máximo de autonomia em seis domínios: avaliação, análise e interpretação de casos clínicos, planeamento da intervenção, intervenção, raciocínio clínico e comunicação profissional. É pretendido que se adquiram não só competências ao nível da Intervenção Psicomotora mas também da relação com outros profissionais e comunidade.

O Estágio decorreu entre outubro de 2013 e junho de 2014, na área do Desenvolvimento e Aprendizagem, no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn), localizado na Estrada da Malveira, concelho de Cascais. A estagiária contactou maioritariamente com crianças e jovens com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), tendo sido possível acompanhar uma criança com Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE), observar intervenções de Terapia da Fala e Terapia Ocupacional e presenciar consultas de Neurodesenvolvimento da referida instituição.

Neste âmbito, foram desenvolvidas diversas atividades, desde observação de sessões (quer direta quer participada), planeamento, intervenção (em contexto individual e de grupo) e avaliação, bem como participação nas reuniões de equipa, formações e outras atividades desenvolvidas pelo CADIn. Foi ainda desenvolvido o projeto “Sarilhos do Amarelo na PHDA”, em parceria com a estagiária de Mestrado de Neuropsicologia.

O Relatório de Estágio Profissionalizante encontra-se organizado em três grandes capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento institucional, onde é feita uma breve descrição da instituição de acolhimento. O capítulo seguinte pretende enquadrar a prática profissional, através de uma revisão bibliográfica em torno das PEA e da intervenção junto desta população, especificamente a Intervenção Psicomotora. O terceiro capítulo refere-se à realização da prática profissional, nomeadamente a sua organização temporal, a descrição da população apoiada, os objetivos e atividades de estágio, a apresentação de três estudos de caso (dois individuais e um grupal), quanto à sua caracterização, planeamento de intervenção, avaliação e instrumentos utilizados, processo de intervenção e apresentação e discussão dos resultados obtidos e, finalmente, a apresentação das atividades complementares em que foi possível participar durante o ano letivo 2013/2014. É ainda feita uma breve reflexão sobre as dificuldades e limitações sentidas durante a prática profissional, apresentado-se as principais conclusões feitas sobre todo o processo de Estágio Profissionalizante.

II. Enquadramento Institucional

1. Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil

Fundado em 2003, o CADIn nasce de um projeto de responsabilidade social fundado por várias pessoas, instituições e empresas portuguesas na modalidade de mecenato. Esta associação sem fins lucrativos, com estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), visa ser um centro de referência e de excelência no estudo e investigação das perturbações do desenvolvimento, bem como um modelo terapêutico e pedagógico para o acompanhamento de crianças, jovens e adultos (CADIn, 2011, 2013a).

O CADIn tem a sua sede em Cascais, tendo sido criado mais recentemente, em 2011, um pólo em Setúbal, pelo elevado número de utentes provenientes desta região (CADIn, 2013a). Este pólo dispõe de uma equipa formada por profissionais de diversas áreas, nomeadamente Psiquiatria, Reabilitação Psicomotora, Psicologia Clínica e Educacional e Terapia da Fala.

O CADIn centra-se essencialmente em três pilares, designadamente a atividade clínica, a formação e a investigação, tendo como missão a promoção da integração plena na sociedade de crianças, jovens e adultos com perturbações de desenvolvimento, oferecendo-lhes a melhor qualidade técnica na avaliação e tratamento (CADIn, 2005, 2011, 2014d). Este centro pretende ainda ser um grande elemento de apoio social às famílias de menores recursos económicos, apoiando-as através da Bolsa Social.

Para além de ser um centro de excelência na área clínica, este centro tem um papel fundamental na sensibilização e na formação de pais, professores, técnicos de saúde e comunidade em geral, tendo ainda uma participação ativa junto dos meios de comunicação com o intuito de esclarecer e divulgar o trabalho realizado na instituição e abordar as diversas questões do desenvolvimento e comportamento atípico (CADIn, 2013a, 2014b). Devido ao seu sentido de responsabilidade para com a comunidade científica, o CADIn colabora ainda com várias entidades universitárias de renome, ao nível do ensino e da investigação.

Relativamente à acessibilidade, este é um centro onde a arquitetura pretende superar as limitações dos indivíduos com mobilidade reduzida, tornando-se um espaço acessível a todos, com excelentes condições de acesso, decorado de forma a trazer bem-estar a todos os utentes (Leite, s.d.). O CADIn possui equipamentos e materiais que providenciam as melhores condições para o utente, sendo uma mais-valia para a intervenção, tornando-as mais lúdicas e dinâmicas com o intuito de potenciar o envolvimento do mesmo no processo terapêutico.

No CADIn, o ambiente em que o sujeito está inserido tem uma enorme importância, quer no processo de avaliação, quer posteriormente na intervenção, pelo que todos os seus intervenientes são convidados a participarem e a acompanharem todo o processo, tornando-se agentes ativos e parceiros da equipa técnica responsável pelo caso (CADIn, 2014d). Desta forma, a relação entre o CADIn e as famílias e as escolas é bastante próxima pelo que, sempre que necessário, são realizadas reuniões para se discutir a evolução do utente e dar feedback do trabalho desenvolvido, ouvir as expectativas, preocupações e necessidades dos vários intervenientes e fornecer estratégias e sugestões para lidar e trabalhar com o utente, de forma a potenciar o seu máximo desenvolvimento holístico.

1.1. População

O CADIn possui todas as condições e os melhores recursos para apoiar crianças, jovens e adultos com as mais diversas problemáticas, assim como as suas famílias. Nesse sentido, tem-se verificado um crescimento significativo do número de utentes acompanhados, desde a sua criação até janeiro de 2014, passando dos 1985 aos cerca de 18.000 utentes registados (Pinho, 2013).

Relativamente à faixa etária, a maioria dos utentes têm idades compreendidas entre os 6 e os 15 anos (63%), sendo que 35% apresentam idades entre os 11 e os 15 anos e 28% estão entre a faixa etária dos 6-10 anos (Pinho, 2013). A restante percentagem, cerca de 37%, abrange os utentes com idades entre os 16 e os 20 anos (16%), com mais de 21 anos (12%) e por último crianças com idades inferiores a 5 anos (9%).

O processo de entrada dos utentes no CADIn pode ser realizado por três vias. A primeira refere-se a uma consulta médica, geralmente realizada pelos Neuropediatras ou psiquiatras da instituição que, depois de sinalizar uma série de sinais de alerta, encaminha os casos para os técnicos específicos, de acordo com as suas formações e as características e necessidades dos utentes, sendo posteriormente, realizada uma avaliação e intervenção direcionada e exclusiva a cada indivíduo. A segunda via de entrada, tem lugar na receção/secretaria ou no contacto direto com algum dos técnicos, não necessitando de passar pela prévia consulta médica, quando as suspeitas da família são muito fortes e estão direcionadas para uma questão específica. Por último, a via mais recentemente criada, em setembro de 2013, diz respeito ao processo de triagem/encaminhamento, realizado por uma equipa de técnicos e pretende dar respostas rápidas e mais personalizadas, evitando marcações desnecessárias, fazendo o encaminhamento direto, para avaliações, acompanhamentos ou ainda para consultas médicas (CADIn, 2013b).

1.2. Caracterização da Equipa Técnica

No que concerne aos recursos humanos do CADIn, estes são responsáveis pelo prestígio e reconhecimento da instituição. Neste sentido, existe uma rigorosa política na contratação, avaliação, formação e progressão na carreira de todo o pessoal (CADIn, 2011).

No CADIn encontram-se especialistas de todas as áreas de desenvolvimento, salientando Neuropediatria, Psiquiatria, Psicologia, Integração Socioprofissional, Terapia Ocupacional, Terapia Familiar, Terapia da Fala e Psicomotricidade, laborando em efetivo trabalho de equipa. Os técnicos são dotados de uma série de competências, capazes de responder às necessidades do indivíduo e sua família (CADIn, 2014b, 2014d).

A equipa é composta por 45 colaboradores, que trabalham em Cascais e/ou em Setúbal. Assim sendo, 10 elementos pertencem à direção administrativa e financeira (i.e., receção, secretariado, contabilidade, bolsa social e gestão de projetos); 7 exercem funções nas várias especialidades médicas (i.e., 3 Neuropediatras, 2 Pedopsiquiatras e 2 Psiquiatras); e por último, 28 elementos são responsáveis pelo diagnóstico e intervenção nas diversas problemáticas, nomeadamente 15 Psicólogos Clínicos e 1 Psicóloga Educacional, 7 Técnicas Superiores de Reabilitação Psicomotora e/ou Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação, 1 Terapeuta Ocupacional e 4 Terapeutas da Fala.

Esta grande equipa transdisciplinar reúne-se semanalmente para partilha de conhecimentos e experiências, discutindo pontos de vista, analisando e refletindo em conjunto, apresentações de casos clínicos, de artigos científicos, de instrumentos de avaliação e de diversos temas relacionados com as problemáticas acompanhadas no CADIn. Para além da reunião de equipa, os técnicos organizam-se por núcleos, de

acordo com a faixa etária em que intervêm, reunindo-se uma vez por semana a fim de debaterem ideias e atualizarem conhecimentos.

1.3. Núcleos de Intervenção do CADIn

Trabalhar com populações especiais, requer que os profissionais tenham competências em áreas específicas e que consigam abranger diversas perturbações e problemáticas (e.g., DAE, PEA, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Problemas de Comportamento, Perturbações Emocionais, Défices Cognitivos, etc.). Deste modo, é essencial que exista uma verdadeira articulação entre os técnicos das diferentes áreas clínicas, dado que estas perturbações raramente se encontram isoladas e as suas características são muito semelhantes e transversais a outras problemáticas (CADIn, 2005).

Assim, desde o final de 2013 que os técnicos do CADIn se organizam em núcleos de trabalho, consoante a faixa etária com que trabalham:

- Núcleo de Infância e Pré-Escolar (NIPE) – trata-se de uma equipa multidisciplinar constituída por dois Terapeutas da Fala, um Psicólogo e três Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação (TSEER) que atuam em direta parceria com a equipa de Neuropediatras e Pedopsiquiatras nos primeiros sinais das Perturbações do Desenvolvimento, Comportamento, Comunicação e Linguagem. Atuam na área da avaliação, intervenção com a criança e com a família, nas diferentes perturbações, em crianças dos 0 aos 6 anos. A colaboração, contacto e parceria com as escolas é fundamental e assegurada pelos técnicos responsáveis por cada caso. Tem ainda a valência de treino parental para orientar os pais na gestão do comportamento em crianças com dificuldade a este nível. Com o aproximar da entrada para o primeiro ciclo, a avaliação da Prontidão Escolar (pré-requisitos académicos) e a intervenção nesta área é outra das valências que o NIPE disponibiliza. Realiza ainda diferentes formações e workshops tanto no CADIn como nas escolas que assim o solicitem.
- Núcleo de Idade Escolar (NIE) - Este núcleo atua junto de crianças e jovens em idade escolar (dos 6 aos 15 anos) e respetivas famílias, sendo constituído por uma equipa multidisciplinar de dez psicólogos clínicos, seis TSEER, uma Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora, quatro terapeutas da fala e uma Terapeuta Ocupacional, que trabalham em parceria com a equipa médica (neurologistas, pedopsiquiatras, psiquiatras) da instituição. O NIE intervém não só nas diversas necessidades educativas especiais, como também em casos de risco e em situações particulares, nomeadamente questões familiares que interfiram com o bem-estar da criança (divórcio) ou programas de estimulação de competências necessárias para o quotidiano e escola (métodos e hábitos de estudo, competências sociais). O Núcleo enquadra-se nos eixos de ação do CADIn no que concerne à sua ação em termos de atividade clínica, formação e investigação (NIE, 2014).
- Núcleo de Adolescência e Idade Adulta (NAIA) – Constituído por um neurologista, dois pedopsiquiatras, dois psiquiatras, sete psicólogos clínicos e uma Terapeuta Ocupacional, este núcleo intervém juntos dos adolescentes, jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais e comportamentais e/ou que apresentem dificuldades nos processos de transição da adolescência e início da idade adulta, bem como dá apoio a todas as famílias que necessitem de ajuda. O NAIA propõe-se a dar resposta às necessidades dos seus utentes, centrando-se em 3 eixos, avaliação e intervenção clínica (i.e., transição para a idade adulta, preparação para o trabalho, coaching no adulto com perturbação de

défice de atenção, intervenção familiar, intervenção nas perturbações do humor e da ansiedade, intervenção em métodos e hábitos de estudo, desenvolvimento de competências funcionais e intervenção no comportamento de desafio), formação de pais e profissionais e investigação na área das perturbações do desenvolvimento (NAIA, 2014).

1.4. Intervenção Psicomotora no CADIn

No que concerne à Intervenção Psicomotora no CADIn, esta assume-se como um modelo de resposta adequado e eficaz na intervenção das perturbações do desenvolvimento, capaz de se adaptar às características do sujeito, à sua idade, patologia e necessidades (CADIn, 2005). Este tipo de intervenção é adequado a qualquer faixa etária e às diferentes perturbações do desenvolvimento acompanhadas por esta instituição, pelo que procura intervir através de respostas educativas e terapêuticas apropriadas.

No CADIn, a Intervenção Psicomotora pretende melhorar a comunicação, os aspetos psicomotores e a organização do pensamento, através de uma aprendizagem realizada por intermédio do movimento corporal, da manipulação de objetos, de atividades expressivas, da simbolização e da relação com o outro e mediação corporal (CADIn, 2005). Ambas as práticas psicomotoras têm a sua importância no processo terapêutico, pelo que é relevante incorporar tanto aspetos mais de relação com o outro, representação simbólica e comunicação não-verbal, como atividades mais concretas e de relação com os objetos e com o meio.

O jogo, a exploração sensoriomotora e a imitação são meios privilegiados que permitem atingir os objetivos terapêuticos de forma lúdica, sendo promotores do simbolismo e da interação com o meio e com o outro. Os fatores psicomotores têm no CADIn uma importância particular, pelo que o desenvolvimento de atividades ao nível da organização espaciotemporal, noção corporal, equilíbrio, lateralidade e praxia global e fina promovem a aquisição de novas aprendizagens e contribuem para que a criança se organize (CADIn, 2005).

1.5. Bolsa Social

O CADIn rege-se pelo valor de equidade de acesso, providenciando as melhores condições para que todos possam aceder aos seus serviços, independentemente do seu carácter económico, financeiro e social.

Deste modo, foi criada a Bolsa Social, que consiste num fundo monetário para comparticipação dos custos de acompanhamento dos utentes, pagando as famílias um valor simbólico. Este fundo compromete-se a pagar uma parte das despesas a famílias que comprovem não terem possibilidades económicas para suportar os custos inerentes ao acompanhamento dos sujeitos com perturbações do desenvolvimento e outras problemáticas. Para tal, é necessário formalizar um pedido de apoio, havendo posteriormente uma avaliação da sua situação financeira e social para finalmente, ser tomada uma decisão sobre a possibilidade de atribuição da bolsa. Esta resulta dos donativos de particulares, instituições e empresas, bem como do apoio da Câmara Municipal de Cascais, pelo que o valor cedido a cada família é limitado e variável de ano para ano, consoante as verbas (CADIn, 2014a).

Atualmente, cerca de um terço das consultas, avaliações e sessões de terapia são realizadas com o apoio da Bolsa Social, abrangendo cerca de 400 sujeitos com dificuldades socioeconómicas (Pinho, 2013; CADIn, 2014a).

1.6. Projetos

O CADIn assume um papel de grande responsabilidade para com a comunidade envolvente, desenvolvendo, por isso, uma série de projetos que pretendem dar resposta às necessidades da sociedade, possibilitando aos seus intervenientes a sua integração plena nos seus contextos, sensibilizando também aqueles que estão ao seu redor.

1.6.1. CADInter@tivo

Com o objetivo de promover a utilização adequada das ferramentas tecnológicas e sensibilizar crianças, jovens, pais e professores para as potencialidades e perigos do uso das novas tecnologias (e.g., adições, a invasão ou perda de identidade, o cyberbullying), o CADIn lançou o projeto CADInter@tivo, em parceria com um conjunto de empresas (CADIn, 2014c).

1.6.2. Redes Ativas

Este projeto foi criado em 2012 e é direcionado a jovens com PEA de nível 1, com o intuito de fomentar a sua autonomia e inclusão social, bem como aumentar a socialização e as suas competências pessoais e sociais, através de atividades lúdicas, desportivas e culturais em grupo, com frequência semanal e duração de três horas (CADIn, 2014c).

Estes jovens apresentam uma série de características que, muitas vezes, determinam o seu isolamento social e atividades ocupacionais geralmente sedentárias e solitárias que não promovem a saúde, o bem-estar ou a inclusão social. De acordo com Pinho (2013) normalmente estes sujeitos: não possuem uma rede social de suporte fora da família nuclear, tendo poucos ou nenhuns amigos; não praticam qualquer tipo de atividade física; sofrem índices elevados de depressão e ansiedade, tendo dificuldade em lidar com situações que não conseguem controlar; e são pouco autónomos nas atividades de vida diária.

Devido ao enorme sucesso junto das famílias participantes e pelos resultados positivos que a primeira edição do projeto apresentou, foi iniciada a segunda edição em outubro de 2013 (Pinho, 2013), com 10 jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos e o 9º ano de escolaridade, no mínimo.

Nesta edição, as atividades proporcionadas estão repartidas em 5 vertentes: treino de competências sociais em sala, com o objetivo de desenvolver competências interpessoais identificadas com deficitárias nesta população; desporto e lazer, para promover a atividade física e assim manter um estilo de vida saudável bem como desenvolver a cooperação; dinâmicas de grupo, com o intuito de promover as competências pessoais e sociais através do jogo, do movimento e do trabalho em equipa; visitas culturais ou turísticas, por forma a aprofundar as relações entre os membros do grupo, e treinar competências de autonomia; e por último, colaboração com instituições de solidariedade social em regime de voluntariado (Pinho, 2013).

III. Enquadramento da Prática Profissional

1. Perturbações do Espectro do Autismo

De acordo com a quinta edição do Diagnostic and Statistical Manual (DSM), indivíduos com PEA apresentam défices na interação social e comunicação e comportamentos repetitivos e estereotipados, com uma variação mais ou menos contínua das manifestações (American Psychiatric Association [APA], 2013).

1.1. Evolução Histórica do Conceito de Autismo

O termo “autismo” deriva do grego *autos* que significa “o próprio”, denotando que o indivíduo tem tendência para se fechar no seu próprio mundo, absorvido em si, existindo uma perda de contacto com a realidade envolvente (Gadla, Tuchman, & Rotta, 2004; Irwin, MacSween, & Kems, 2011; Pereira, 1996). Este foi utilizado pela primeira vez por Eugene Bleuler, em 1910, referindo-se a determinados doentes com esquizofrenia que não manifestavam interesse pelo contacto social e envolvimento.

Esta perturbação foi inicialmente descrita por Leo Kanner em 1943 e Hans Asperger, em 1944 (Filipe, 2012; Gadla et al., 2004; Irwin et al., 2011; Jordan, 2000; Mello, 2003; Pereira, 1996) que, embora nunca tenham sabido da existência dos trabalhos um do outro, ambos identificaram comportamentos comuns e aparentemente característicos de algumas crianças, como tendo défices de comunicação, um conjunto de interesses especiais e isolamento social.

Contudo, Kanner relatou uma forma mais grave de autismo, sendo estas as crianças que não comunicam e se isolam e apresentavam comportamentos repetitivos e estereotipados, conhecido atualmente como PEA de nível 3. Por seu lado, as crianças observadas por Asperger apresentavam mais capacidades, acabando por desenvolver competências ao nível do discurso e da socialização, denominado como PEA de nível 1 e habitualmente conhecido como Síndrome de Asperger (Attwood, 2010; Jordan, 2000; Martone, & Santos-Carvalho, 2012; Siegel, 2008). Assume-se que os casos observados por Kanner e Asperger pertencem ao mesmo espectro de perturbação, sendo que a problemática descrita pelo primeiro autor se localiza no extremo de maior gravidade e a do segundo autor no de menor gravidade (Frith, 1991, Wing, 1996 cit. in Filipe, 2012; Hill, 2004).

Deve-se a Lorna Wing, que teve uma contribuição notável no que respeita à compreensão desta perturbação, o conceito de espectro e a sistematização dos sintomas das PEA, conhecida como tríade sintomática do autismo ou tríade de Wing, que engloba os défices de interação social, da comunicação e do desenvolvimento da imaginação, associado a um padrão de atividades e interesses limitado, rígido e repetitivo (Filipe, 2012). Esta caracterização é defendida por diversos autores que caracterizam a PEA como um défice cognitivo e global em diversas áreas do desenvolvimento, especialmente nas áreas referidas anteriormente (Bal et al, 2010; Baron-Cohen et al., 1985, Kaland et al., 2007 cit. in Kuusikko et al., 2009; Kanner, 1943 cit. in Rump, Giovannelli, Minschew, & Strauss, 2009; Siegel, 2008; Asperger, 1944 cit. in Smith, Montagne, Perrett, Gill, & Gallagher, 2010).

Herbert (2008) menciona que é essencial ter em conta cinco aspetos, (i.e., cronicidade, plasticidade, complexidade, heterogeneidade, e não-especificidade) de modo a compreender as PEA. Os quatro primeiros dizem respeito à perturbação em si e o quinto à sua relação com as restantes perturbações. Assim, a cronicidade defende que as PEA são causadas por alterações nos processos cerebrais, continuamente ativos ao longo da vida; a plasticidade refere-se à existência de características dinâmicas e mutáveis, sendo

por isso observadas melhorias em diversas competências tais como ao nível do comportamento e da comunicação; a complexidade diz respeito aos aspectos neurológicos, médicos e metabólicos, que coexistem ao nível da comunicação, comportamento e socialização; a heterogeneidade explica a existência de diferenças de comportamentos e características entre indivíduos com o mesmo nível de PEA; finalmente, a não-especificidade considera a existência significativa de características típicas das PEA noutras condições médicas.

De acordo com o DSM-IV (APA, 2002), o autismo era uma perturbação neurodesenvolvimental, inserido na categoria das Perturbações Globais do Desenvolvimento, caracterizado por dificuldades na interação social, limitações na comunicação verbal e não-verbal, e padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados (Gabriels & Hill, 2007; Gadla et al., 2004; Jordan, 2000; Ozonoff, Rogers, & Hendren, 2003). Deste grupo fazem parte a Perturbação Autística, a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, a Perturbação de Asperger e a Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

Atualmente, e segundo os critérios do DSM-V (APA, 2013), já não se verificam estes cinco subtipos, sendo os seus diagnósticos específicos incluídos nos critérios de diagnóstico das PEA, à exceção do Síndrome de Rett que passa a ser uma entidade própria. Assim, as PEA caracterizam-se pelo défice na interação social e comunicação e ao nível dos comportamentos repetitivos e estereotipados, com uma variação mais ou menos contínua das manifestações. O facto de ter apenas duas dimensões principais, deve-se por estas áreas se sobreporem significativamente (Gillberg, 2011; Zuddas, 2013), pelo que é difícil separar-se uma da outra (i.e., a comunicação é frequentemente utilizada para fins sociais e as dificuldades de comunicação podem afetar drasticamente o desempenho social do indivíduo).

Esta nova nomenclatura, em vez de abranger um conjunto de problemáticas distintas, pretende retratar esta perturbação de forma mais fiel possível ao sentido de espectro, variando segundo o nível de gravidade e conseqüente acompanhamento, entre Leve (nível 1), Moderada (nível 2) ou Severa (nível 3), tendo em conta um conjunto de especificadores (Kurita, 2011). Todos os sujeitos com PEA manifestam grande parte das mesmas características, mas são distintos na frequência e intensidade, consoante a gravidade, nível de desenvolvimento e idade cronológica, sendo recomendável descrever-se o diagnóstico por grau de severidade, em vez de se apresentar diagnósticos diferentes (Gillberg, 2011; Kurita, 2011; Volkmar, 2012; Zuddas, 2013).

Esta perturbação do desenvolvimento tem uma grande componente genética sendo mais frequente no género masculino que no feminino, verificando-se esta realidade na razão de quatro rapazes para uma rapariga (Rutter, 1985, Wing, 1981 cit. in Bosa & Callias, 2000; Brandão, 2007; Lousada, 2004; Ozonoff et al., 2003).

Recentemente tem-se tentado definir o número de pessoas com PEA, variando de 5/10.000 a 91/10.000 (Cumine, Dunlop, & Stevenson, 2010b). Filipe (2012) defende que as PEA, desde a sua expressão mais leve à mais grave, terá uma prevalência estimada mínima de 26,5-28,5 por cada 10.000 sujeitos. Por outro lado Campbell, Davarya, Elsabbagh, Madden e Fombonne (2011) sugerem que a prevalência das PEA é aproximadamente 70 por cada 10.000 sujeitos. Fombonne (2005 cit. in Irwin et al., 2011) refere que atualmente a prevalência desta perturbação é de pelo menos 36,4/10.000, enquanto Bertrand et al., (2001 cit. in Irwin et al., 2011) mencionam uma estimativa de 67/10.000 e a National Autistic Society (1997 cit. in Cumine et al., 2010b) sugere uma prevalência de 91/10.000.

A dificuldade de identificar um número consensual entre os investigadores e a existência desta variação tão alargada pode dever-se ao facto da dificuldade existente em definir de forma objetiva as barreiras desta perturbação.

1.2. Características Nucleares das PEA

De acordo com Siegel (2008) e Jordan (2000), as PEA constituem uma síndrome uma vez que os indivíduos, embora possam ter semelhanças em alguns comportamentos específicos, poderão não apresentar todos os sinais e sintomas associados à perturbação, diferindo assim noutros aspetos. No entanto, tal não significa que não possam ter uma PEA.

No entanto, é possível verificar um conjunto de características comuns observadas nas PEA e agrupadas em dois grandes domínios, ao nível das dificuldades de comunicação e interação social e dos comportamentos repetitivos e estereotipados (APA, 2013).

1.2.1. Dificuldades de Comunicação e Interação Social

Ao nível da comunicação, estas dificuldades manifestam-se através de limitações na comunicação verbal e não-verbal e referem-se ao atraso ou ausência do desenvolvimento da linguagem oral, à incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com outros, ao uso estereotipado ou repetitivo da linguagem idiossincrática, ecolália imediata (i.e., repetição imediata do que ouvem) e diferida (repetição de frases ouvidas anteriormente), à entoação, ritmo, volume e articulação peculiares, ao vocabulário restrito, à tendência para permanecer num tema do seu interesse, aos défices na capacidade de imitação, à dificuldade na pragmática, à incapacidade de usar gestos na comunicação, à utilização de expressões faciais inapropriadas, ao contacto ocular pobre, tendo normalmente o olhar vazio e distante, e à utilização do corpo do outro como extensão do seu para comunicar (CADIn, 2005; Gabriels & Hill, 2007; Gadla et al., 2004; Jordan, 2000; Lima, 2012; Ozonoff et al., 2003; Siegel, 2008).

No que concerne às dificuldades na interação social, são mencionadas características como o isolamento, dificuldades em desenvolver relações com os pares, dificuldades de atenção conjunta, dificuldades em partilhar sentimentos e emoções, dificuldades em colocar-se na perspetiva do outro, dificuldades em perceber as pistas sociais, o fraco jogo social imitativo, a ausência de tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objetos, défice acentuado no uso de comportamentos não-verbais (e.g., contacto visual, expressão facial, gestos), não sorrir em resposta ao sorriso ou a um comentário, não responder quando chamam pelo seu nome e limitada reciprocidade social ou emocional (CADIn, 2005; Gabriels & Hill, 2007; Gadla et al., 2004; Jordan, 2000; Lima, 2012; Ozonoff et al., 2003; Siegel, 2008).

Contudo, o interesse pela interação social pode aumentar ao longo da vida do indivíduo de acordo com as suas características (Klin, 2006). Esta interação pode variar desde o evitamento ou indiferença pela interação, até ao interesse pelo estabelecimento de relações sociais e pelo outro. No entanto, neste último caso e apesar do interesse, o indivíduo apresenta dificuldades em gerir todas as componentes da interação social, podendo apresentar um comportamento aparentemente insensível aos sentimentos e intenções do outro, uma comunicação literal e não implícita, transmitindo a sensação de indolência pelo outro ou mostrar-se excêntrico e desajustado do contexto.

1.2.2. Comportamentos Repetitivos e Estereotipados

O domínio dos comportamentos repetitivos e estereotipados apresenta uma grande heterogeneidade nos indivíduos com PEA (Militerini, Bravaccio, Falco, Fico & Palermo,

2002), podendo variar desde uma forma extrema e visível até um modo leve ou que passa despercebido à maioria das pessoas (NIMH, 2011).

Este reporta-se à restrição na variedade de interesses, à preocupação excessiva por um ou mais padrões ou por um interesse muito limitado, à inflexibilidade e intolerância a alterações na rotinas ou à existência de rituais específicos não funcionais, à rigidez comportamental, aos movimentos corporais estereotipados e repetitivos (e.g., abanar as mãos, bater com os dedos, balançar-se ou inclinar-se), às preocupações persistentes com partes ou qualidades sensoriais de objetos e às anomalias posturais, como andar em bicos dos pés (CADIn, 2005; Gabriels & Hill, 2007; Gadla et al., 2004; Jordan, 2000; Lima, 2012; Ozonoff et al., 2003; Siegel, 2008).

1.3. Outras Características Comuns nas PEA

Para além das características nucleares mencionadas anteriormente, os indivíduos com PEA podem manifestar respostas desajustadas a estímulos sensoriais que envolvem todos os sentidos. Desta forma, podem mostrar-se hipo ou hipersensíveis a um som, a uma textura, a um cheiro, a um alimento, à dor, à luz, e/ou à temperatura (NIMH, 2011; Oliveira, 2006; Siegel, 2008; Watling, Deitz & White, 2001).

Os sujeitos com PEA apresentam ainda défices motores, nas capacidades motoras finas e/ou globais, especialmente ao nível da marcha, precisão e destreza manual, competências grafomotoras, equilíbrio, coordenação (Fournier et al., 2010, Jansiewicz et al., 2006, Mayers & Calhoun, 2003 cit. in Provost, Heimerl & Lopez, 2007; Staples & Reid, 2010; Whyatt & Craig, 2012).

A dificuldade que estes sujeitos têm em perceber o todo e a sua incapacidade de abstracção e generalização de conceito, leva a que estes vejam o mundo de forma diferente, pela forma distinta como processam as informações provenientes do meio envolvente (Filipe, 2012).

As PEA estão também normalmente associadas outras características não específicas, nomeadamente altos níveis de ansiedade, problemas de sono, padrões anormais de alimentação, graves birras e comportamento autoagressivo (Attwood, 2008; Gabriels, & Hill, 2007; Ozonoff et al., 2003).

1.4. Etiologia

Embora tenham sido propostas várias causas para as PEA ao longo dos anos, ainda não existe um consenso acerca da origem desta perturbação. Contudo, diferentes hipóteses têm sido apresentadas (Filipe, 2012; Schroeder, Desrocher, Bebko & Cappadocia, 2010).

Através de estudos com gémeos homozigóticos e dizigóticos com PEA foi possível demonstrar a existência de uma relevante predisposição genética nesta perturbação (Barthélémy, Fuentes, Howlin & Gaag, 2008, Hallmayer et al., 2002 cit. in Attwood, 2008; Folstein & Rutter, 1977a, 1977b, Steffenburg et al., 1989 cit. in Filipe 2012). De acordo com Bailey e seus colaboradores (1995 cit. in Attwood, 2008), a taxa de PEA em gémeos verdadeiros é de 70-90% e em gémeos falsos de 0-5%. Por outro lado, Turner, Barnby e Bailey (2000 cit. in Attwood, 2008) referem que a probabilidade de uma família que já tenha um filho com PEA vir a ter outra criança com a mesma perturbação é de 5 a 7%.

Existe uma base multigénica do autismo (Rutter, 2005 cit. in Attwood, 2008; Charman, 2008; Filipe, 2012; Li, Zoua & Brown, 2012), confirmada pela utilização de técnicas de genética molecular, que permitiram identificar genes de suscetibilidade em vários cromossomas (e.g., 2, 7, 11, 12, 15, 16, 19, X).

Ao nível das estruturas cerebrais, e através de imagens de ressonância magnética (MRI), foi possível verificar alterações consistentes no volume destas estruturas, como o cerebelo, núcleo caudado, tálamo, amígdala, lobos frontais e corpo caloso, bem como no seu desenvolvimento ao longo da vida (Amaral et al, 2008; Attwood, 2008; Filipe, 2012).

É proposto através da análise dos resultados em neuroquímica, que exista uma disfunção nesta perturbação de dois produtos químicos no cérebro, os neurotransmissores serotonina e dopamina (Volkmar, Klin, Marans & McDougle cit. in Assumpção Jr & Pimentel, 2000; Attwood, 2008).

Foi também revelada a existência de representações cerebrais diferentes, por técnicas de imagiologia funcional, retratadas pela mobilização de diferentes áreas corticais em determinadas tarefas, como e o caso da representação de faces, interpretação de emoções, linguagem, controlo de impulsos e capacidade de decisão (Schulte-Ruther et al., 2010, Verhoeven et al., 2010 cit. in Filipe, 2012). Estas técnicas permitiram ainda verificar a existência de um padrão distinto de vias neuronais e de conectividade entre áreas corticais, nomeadamente entre as estruturas frontais, inter-hemisféricas, fronto-temporo-amigdalinas e frontocerebelosas (Filipe, 2012).

1.5. Comorbilidades

É frequente os indivíduos com PEA apresentarem comorbilidades psiquiátricas e neurológicas (Filipe, 2012; Simonoff et al., 2008), pelo que a sua identificação é uma mais-valia na redução das dificuldades gerais e na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos com PEA e suas famílias/cuidadores, por meio de uma intervenção mais específica.

Wing defende que esta perturbação está associada a diferentes níveis de inteligência e que podem surgir diferentes perturbações, quer psiquiátricas quer de desenvolvimento, associadas a esta (Filipe, 2012).

A prevalência de perturbações psiquiátricas é maior em pessoas com PEA do que na população em geral (Matson & Nebel-Schwalm, 2007; Simonoff et al., 2008). Ghaziuddin e Zafar (2008 cit. in Helverschou, Bakken & Martinsen, 2011) mencionam que cerca de 50 a 70% dos sujeitos com PEA apresentam problemáticas adicionais.

A epilepsia é comorbilidade neurológica mais comum nesta perturbação. Por outro lado, as perturbações de humor (em particular a perturbação depressiva) e a PHDA são as comorbilidades psiquiátricas mais associadas às PEA. No entanto, é também frequente verificar a existência de perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de ansiedade, tiques, perturbação bipolar, esquizofrenia, perturbação do sono, perturbação emocional, fobias específicas (Filipe, 2012; Helverschou et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Simonoff et al, 2008) e Perturbação Específica da Linguagem (PEL) (Attwood, 2010; Bishop, 2003, 2010; Bishop, & Norbury, 2002; Conti-Ramsden, Simkin & Botting, 2006).

É também possível encontrar-se perturbações genéticas associadas às PEA tais como o Síndrome de X Frágil, Síndrome de La Tourette, Síndrome de Williams, Esclerose Tuberosa, Trissomia 21, Neurofibromatose, Síndrome de Angelman e Síndrome de Prader-wili, (Zafeiriou, Ververi & Vargiami, 2007).

1.6. Teorias Explicativas

Dado o alargado espetro de características das PEA, surge a necessidade de encontrar explicações para tais comportamentos observados. No entanto, tendo em conta a grande variabilidade do espetro, não é possível encontrar uma única teoria que explique todos os aspetos observados nesta perturbação (Bosa, 2001; Bosa, & Callias, 2000). Deste modo, existem várias teorias que tentam explicar áreas de dificuldades distintas, relacionando-

se entre si, tais como a Teoria da Mente, a Teoria do Funcionamento Executivo e a Teoria da Coerência Central.

1.6.1. Teoria da Mente

A Teoria da Mente refere-se à capacidade que um indivíduo tem em prever o comportamento do outro com base na interpretação dos seus estados mentais (i.e., desejos, crenças, intenções, conhecimentos, emoções e objetivos), tendo consciência de que os estados mentais do outro são distintos dos seus (Bosa & Callias, 2000; Frith & Frith, 2003; Premack & Woodruff, 1978 cit. in Lind & Williams, 2011). Assim, esta teoria pretende explicar as dificuldades que existem na criança com Autismo de relação social e de comunicação (Baron-Cohen, 1995).

São vários os estudos que, utilizando determinadas tarefas como a Tarefa das Falsas Crenças (*False Belief test – Sally-Ann*), por exemplo, têm comprovado que as crianças com PEA não possuem a capacidade de perceber que os estados mentais do outro são diferentes dos seus, existindo assim um défice na Teoria da Mente nestas crianças (Bosa & Callias, 2000; Hooker, Verosky, Germine, Knight & D'Esposito, 2008). Este défice, denominado Cegueira Mental (*Mindblindness*), traduz a dificuldade que sujeitos com PEA apresentam em se compreenderem a eles próprios e aos outros, tendo falhas na compreensão da mente (Baron-Cohen et al., 1985 cit. in Kuusikko et al., 2009; Hobson, 1993 cit. in Tracy, Robins, Schriber, & Solomon, 2011) e na compreensão das emoções (Attwood, 1998, Hobson, 2004, Capps et al, 1993 cit. in Rump et al., 2009; Baron-Cohen, Tager-Flusberg, et al., 1993, Hobson, 1993 cit. in Smith et al., 2010; Tracy et al., 2011), o que faz com que não reajam adequadamente às emoções dos outros.

Assim, esta teoria traduz as dificuldades que existem nas PEA, uma vez que estes sujeitos não são capazes de prever o comportamento do outro, perceber o que este está a pensar ou sentir, ou até quais as suas necessidades, dificuldade em compreender emoções (quer sejam as suas quer sejam as dos outros) e dificuldade em explicar o seu próprio comportamento, fazendo com que a resposta numa situação social ou de comunicação nem sempre seja a mais adequada (Baron-Cohen, 1995; Cumine et al., 2010a, 2010b). Isso conduz conseqüentemente a défices na linguagem, como conseqüência da incapacidade de comunicar os seus estados mentais a outras pessoas, no comportamento social, pela dificuldade de dar sentido ao que o outro pensa ou como age (Bosa, 2001) e na empatia, visto ser necessário colocar-se no lugar do outro, reconhecendo as suas emoções e partilhando-as (Singer, 2006, cit. in Hooker et al., 2008).

1.6.2. Teoria da Coerência Central

A Teoria da Coerência Central baseia-se na capacidade que o indivíduo tem em reunir os detalhes para compreender uma situação globalmente, como um todo, generalizando e extraíndo significados tendo em conta o contexto (Bosa & Callias, 2000; Frith, 1989). Assim, esta teoria pretende explicar alguns aspetos do funcionamento das PEA que, segundo Frith (1989), não conseguem ser explicados apenas pela Teoria da Mente, nomeadamente a insistência na semelhança ou a maior atenção relativamente aos detalhes em detrimento da globalidade, a insistência nas rotinas e as preocupações obsessivas.

Através do Teste da Figuras Embutidas (*Embedded Figures Test*), concluiu-se que os indivíduos com PEA têm dificuldade no processamento gestáltico e de dar sentido às situações e acontecimentos de acordo com o contexto, o que resulta em falhas no processamento de informação e numa fraca coerência central (Frith, 1989). Assim, a falta de coerência central explica o défice destes indivíduos em juntar os detalhes de uma forma global para dar coerência a uma ação.

As pessoas com PEA não são capazes de ver as partes em relação ao todo, vêem o mundo de forma fragmentada, assim, os problemas de integração afetam todos os sentidos (Cumine et al., 2010a, 2010b; Frith, 1989; Lind, & Williams, 2011). Tendo em conta que estes sujeitos têm uma grande tendência para se focar nos pormenores, é possível compreender os interesses mais complexos muitas vezes observados, bem como algumas obsessões baseadas na preocupação com o detalhe, ou ainda a atenção dirigida para um pormenor em detrimento da globalidade.

1.6.3. Teoria da Funções Executivas

A Teoria da Funções Executivas tenta esclarecer acerca dos interesses restritos, comportamentos repetitivos e às dificuldades em gerir as solicitações da vida diária de sujeitos com PEA (Griffith, Pennington & Wehnerq, 1999).

As funções executivas são a capacidade adequada de resolução de problemas, de modo a realizar um objetivo futuro (Griffith et al., 1999), e inclui as seguintes capacidades cognitivas: planeamento, flexibilidade de pensamento e ação, controlo da impulsividade, representação mental, memória de trabalho, gestão do tempo e das prioridades, e recurso a novas estratégias (Attwood, 2008; Bosa & Callias, 2000).

De acordo com esta teoria, a limitação de pelo menos uma das muitas componentes destas funções pode levar a uma incapacidade para compreender certos aspectos básicos da comunicação e da interação (Baron-Cohen, Tager-Flusberg, & Cohen, 2000 cit. in Hill, 2004).

O défice nas funções executivas nos sujeitos com PEA verifica-se pela inflexibilidade, perseverança, atenção ao detalhe, pela dificuldade no relacionamento social e jogo simbólico (Cumine et al., 2010a; Lind, & Williams, 2011), bem como pela dificuldade de inibir respostas, planear e controlar as suas ações (Bosa, 2001; Sanders, Johnson, Garavan, Gill & Gallagher, 2008 cit. in Czeremainski, Bosa, & Salles, 2013). Tais comportamentos são explicados pelo comprometimento funcional do lobo frontal, onde se processam as funções executivas (Duncan, 1986, cit. in Bosa, 2001).

Esta teoria defende que prejuízos no controle executivo poderiam estar relacionados com alguns dos comprometimentos cognitivos e comportamentais observados em indivíduos com PEA (Czeremainski et al., 2013), confirmando-se a necessidade de estruturação e clarificação no processo de ensino e aprendizagem (Cumine et al., 2010b).

1.7. Critérios de Diagnóstico

Deve ter-se em consideração de que o diagnóstico de PEA é clínico (i.e., sindromático), uma vez que não é possível diagnosticar-se por qualquer tipo de exame laboratorial baseando-se, por outro lado, em entrevistas clínicas e avaliações de comportamento e desenvolvimento (Filipe, 2012).

Para que o indivíduo seja diagnosticado com uma PEA, este deverá apresentar défices consistentes na comunicação social e interação social, sendo que todos os critérios desta dimensão têm que estar presentes, devendo apresentar também pelo menos dois dos critérios referentes aos padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses, ou atividades. Os sintomas observados devem estar presentes na primeira infância, limitando e incapacitando o funcionamento do sujeito no dia-a-dia (APA, 2013; Gibbs, Aldridge, Chandler, Witzlsperger, & Smith, 2012; Gillberg, 2011).

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico da DSM-V para PEA (APA, 2013)

Défice consistente na comunicação social e interação social em todos os contextos	Padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses, ou atividades
<p>1. Défices de reciprocidade socioemocional (e.g., partilha reduzida de interesses, emoções ou afeto, dificuldade em iniciar ou responder às interações sociais);</p> <p>2. Défices nos comportamentos comunicativos não-verbais, utilizados na interação social (e.g., comunicação verbal e não verbal pobre, défices no contato visual e linguagem corporal);</p> <p>3. Dificuldades em iniciar, manter ou compreender as relações (e.g., dificuldade em ajustar o comportamento de acordo com os diversos contextos sociais, dificuldade em fazer amigos e ausência de interesse nos pares).</p>	<p>1. Movimentos motores, uso de objetos, ou discurso estereotipados ou repetitivos (e.g., estereotípias motoras simples, alinhar brinquedos ou rodar objetos, ecolália, frases idiossincráticas);</p> <p>2. Insistência na monotonia, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados (e.g., angústia extrema em pequenas mudanças, dificuldades em transições, padrões de pensamento rígidos);</p> <p>3. Interesses altamente restritos e perseverantes;</p> <p>4. Hiper ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais ou interesses incomuns em características sensoriais do ambiente (e.g., aparente indiferença à dor ou temperatura, resposta adversa a sons ou texturas específicas, cheira ou toca excessivamente nos objetos, fascínio por luzes ou movimento).</p>

A tabela seguinte pretende ilustrar os comportamentos observados em cada uma das dimensões, de acordo com o nível de gravidade de PEA (APA, 2013).

Tabela 2- Níveis de gravidade para PEA (APA, 2013)

Níveis de gravidade	Interação e Comunicação Social	Interesses restritos & Comportamentos repetitivos
Nível 3 – Requer acompanhamento intensivo	Graves défices nas competências da comunicação verbal e não-verbal que causam graves disfunções; limitações graves na iniciação da interação social e respostas sociais mínimas para com o outro.	Inflexibilidade no comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança; preocupações, rotinas fixas e/ou comportamentos repetitivos interferem significativamente com o funcionamento em todos as áreas; ansiedade significativa quando as rotinas são interrompidas; muita dificuldade para redirecionar determinados interesses.
Nível 2 – Requer acompanhamento moderado	Marcados défices nas competências de comunicação verbal e não-verbal; dificuldades sociais evidentes, mesmo com acompanhamento ou apoio; iniciação e interação social limitada ou uma resposta reduzida ou atípica para com o outro.	Preocupações, rotinas fixas e/ou comportamentos repetitivos interferem com o normal funcionamento em diferentes contextos; ansiedade ou frustração são aparentes quando as rotinas fixas e comportamentos repetitivos são interrompidos; dificuldade em redirecionar focos de fascínio.
Nível 1 – Requer acompanhamento ligeiro	Sem apoio ou acompanhamento, os défices na comunicação social causam disfunções detetáveis; tem dificuldade em iniciar interação social e demonstra claramente respostas sociais atípicas, inconvenientes ou descontextualizadas; pode aparentar ter pouco interesse na interação social.	Rituais ou rotinas e comportamentos repetitivos causam interferência significativa no funcionamento num ou mais contextos; dificuldade em alternar entre atividades; desiste quando há a tentativa de interromper os rituais/rotinas/comportamentos repetitivos.

Ainda que o DSM-V deva ser um instrumento de referência para diagnosticar sujeitos com PEA, é de extrema importância avaliar o sujeito de forma global (Gibbs et al., 2012), recorrendo a múltiplas fontes de informação (i.e., observação clínica, informação dos prestadores de cuidados, professores e outras entidades de relevância) e a vários instrumentos de avaliação, para que o diagnóstico seja o mais fidedigno possível, apoiado no máximo de informação.

Acima de tudo, é importante consciencializar a população de que a intervenção não se baseia simplesmente na atribuição de um rótulo, mas sim em prestar o melhor apoio possível aos sujeitos com PEA e suas famílias, com base nas necessidades de cada um (Filipe, 2012).

2. Intervenção nas PEA

A intervenção nas PEA deve ser estruturada, organizada e individualizada, de acordo com as características de cada caso, as suas potencialidades e dificuldades (Vidigal & Guapo, 1997). Bottini (2007 cit. in Aniceto, Cordeiro & Freitas, 2009) refere que devem ter-se em consideração os diversos contextos em que a criança está inserida, a sua idade e a forma como comunica e se relaciona com o outro.

É fundamental que exista uma verdadeira articulação entre todos os intervenientes que interagem com a criança, nomeadamente a família, a escola, a comunidade e os profissionais de saúde, de forma a tornar a intervenção o mais abrangente e eficaz possível (CADIn, 2005; Mulas et al., 2010).

Os principais objetivos da intervenção nas PEA visam: (1) a promoção da interação social e da comunicação, (2) a estimulação da autonomia, e a (3) redução dos problemas de comportamento (Hanbury, 2005 cit. in CADIn, 2005).

De acordo com Filipe (2012), a finalidade da intervenção deverá ser a de criar alternativas e promover ajustamentos, treinando-se estratégias adaptativas para que o sujeito com PEA lide da melhor forma com as suas limitações. Deve ter-se em consideração o seu perfil e utilizar o máximo das suas capacidades durante o processo de intervenção.

Mais do que seguir um determinado modelo de intervenção, é importante olhar para a criança como um ser holístico que, embora tenha uma PEA, apresenta características e dificuldades particulares, com manifestações distintas dos seus pares e um estilo de aprendizagem próprio. Desta forma, é fundamental que se reúnam estratégias de diversos meios terapêuticos, adaptando-as às especificidades de cada criança, de modo a potencializar as suas áreas fracas através do trabalho realizado nas áreas fortes (CADIn, 2005; DGIDC, 2008; Vidigal & Guapo, 1997).

2.1. Técnicas e Modelos de Intervenção nas PEA

De acordo com Olley (2001), Dawson e Osterling (1997), Mastergeorge, Rogers e Corbett (2003) e Rogers (1998), citados por Mulas et al. (2010), grande parte da eficácia dos programas de intervenção nas PEA passa por: (a) início precoce da intervenção, sem esperar pelo diagnóstico definitivo; (b) intervenção intensiva, com o maior número de horas possível; (c) intervenção individual e individualizada; (d) inclusão da família em todo o processo; (e) oportunidades de interação com os seus pares; (f) avaliação frequente do processo de intervenção; (g) elevada estruturação e previsibilidade nas tarefas, com pistas visuais e com o mínimo de distratores; (h) estratégias de generalização.

As intervenções deverão focar-se na promoção de determinadas competências, tais como: (a) comunicação funcional e espontânea; (b) competências sociais (e.g., atenção conjunta, imitação, interação recíproca); (c) competências funcionais adaptativas de forma a alcançar o máximo de autonomia e independência; (d) redução de comportamentos disruptivos; (e) competências cognitivas; (f) desenvolvimento de funções executivas (e.g., planificação, antecipação, autocorreção); e (g) competências académicas (Etchepareborda, 2001, 2005 cit. in Mulas et al., 2010)

Existem inúmeras técnicas e modelos de intervenção que podem ser realizadas com indivíduos com PEA. No entanto, serão apenas apresentadas as principais metodologias consideradas na intervenção ao nível das PEA, tendo em conta as características de intervenção realizadas no CADIn, junto desta população.

2.1.1. Applied Behavioural Analysis (ABA)

A metodologia ABA foi desenvolvida em 1960 por Ivar Lovaas, com origem no Behaviorismo, procurando explicar a relação entre o indivíduo, o ambiente em que se insere e o seu comportamento e aprendizagem. Desta forma, o ABA utiliza estratégias, técnicas e princípios para controlar a conduta, no sentido de prever, manipular, modificar e prevenir determinadas ocorrências, de forma a aumentar os comportamentos desejados e diminuir a ocorrência daqueles que interferem com a aprendizagem (Allman, 2010; Autism Speak, 2010; Green, Taylor, Luce & Krantz, 2012; Telmo, 2006).

É essencial encontrar o que aciona determinada atitude e o que acontece quando um determinado comportamento é recompensado, uma vez que este método defende que quando existe recompensa de um determinado comportamento, esse é mais suscetível de ser repetido (Camargo & Rispoli, 2013; Green et al., 2012; Healing Thresholds, 2009).

O ensino de uma nova competência, habilidade e/ou comportamento social é efetuado em pequenos passos, de forma sistemática, consistente, intensa e gradual, até que seja efetivamente apreendida pelo sujeito (Allman, 2010; Autism Speak, 2010; Camargo & Rispoli, 2013; Lear, 2004; Veague, 2010). Sempre que a criança é bem-sucedida na tarefa, recebe um reforço positivo de forma a ficar mais motivada. Assim, é possível tornar o mundo que o rodeia menos confuso, mais agradável e convidativo, aumentando a sua motivação para comunicar com o outro. Consequentemente, o indivíduo com PEA torna-se mais independente e integrado na sociedade.

Este programa destina-se especialmente a crianças entre os dois e os oito anos e pretende ensinar por etapas, todos os pré-requisitos fundamentais para que o sujeito aprenda de forma natural, através da motivação, autodisciplina, curiosidade e respeito pelo ritmo de aprendizagem de cada um (Kenyon, Kenyon, Miguel, 2002; Veague, 2010).

O currículo de intervenção é elaborado de acordo com as características e necessidades do indivíduo, focando-se no desenvolvimento de diversas áreas, como as competências sociais, motoras e académicas, a linguagem expressiva e compreensiva, a imitação, o brincar e os cuidados pessoais (Lear, 2004), tentando ainda reduzir os comportamentos estereotipados e disruptivos (Gonçalves, 2011; Kenyon et al., 2002).

2.1.2. Developmental, Individual Difference, Relationship Based / Floortime (DIR)

Desenvolvida por Stanley Greenspan, em 1980, esta abordagem terapêutica defende a relação interpessoal com a criança com PEA (Allman, 2010; Autism Speak, 2010, 2012; Borges, 2000 cit. in Gonçalves, 2011; Hess, 2013; Horn, 2011; Silva et al., 2003), baseando-se na premissa de que um adulto pode ajudar a criança a expandir os seus círculos de comunicação, conhecendo-a e ao seu nível de desenvolvimento, trabalhando através das suas forças, a partir de uma intervenção interativa não dirigida, em que a criança lidera as atividades.

Elaborado com base na extrema importância dos relacionamentos e dos afetos para a aprendizagem (Greenspan & Wieder, 2007), este modelo é normalmente implementado em crianças a partir dos 12 meses até ao final do 2º ciclo. Em vez de se focar em comportamentos isolados, pretende formar alicerces para a aquisição de competências sociais, emocionais e intelectuais, bem como ajudar os profissionais a ver a criança como

um ser funcional, integrado e conectado com o mundo que o rodeia, abordando o desenvolvimento da criança de forma holística (Hess, 2013; Horn, 2011).

O objetivo do modelo é compreender e promover o desenvolvimento pleno da criança, intervindo sobre áreas relevantes de funcionalidade, nomeadamente: no desenvolvimento emocional funcional, isto é, capacidade de atenção e regulação, envolvimento, comunicação, resolução de problemas, uso criativo de ideias, pensamento abstrato e lógica; nas diferenças individuais de funcionamento do sistema nervoso central, ou seja, a forma como a criança reage e processa as experiências, e como planeia e organiza as respostas, incluindo a modulação sensorial, planeamento motor, processamento auditivo e visuomotor; e nos relacionamentos e padrões de interação com os outros, que vão definir a capacidade da criança de aprender e se desenvolver (Allman, 2010; Autism Speak, 2012; Breinbauer, 2006; Hess, 2013; The Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders, 2012; Wieder & Greenspan, 2003;).

A intervenção é baseada no perfil de funcionalidade individualizado, desenvolvido pelos técnicos em conjunto com a família (Silva et al., 2003). Inicialmente a intervenção é focada nos pontos fortes da criança, realizando-se atividades que a mesma consegue realizar com sucesso, passando progressivamente para tarefas mais complexas. O adulto deve seguir os interesses da criança, desafiando-a ao mesmo tempo para que estimule ao máximo as suas capacidades (Autism Speak, 2010, 2012; Greenspan & Wieder, 2007; Hess, 2013).

Borges (2000 cit. in Gonçalves, 2011) refere que os princípios básicos deste modelo são: a) seguir a criança; b) entrar na atividade da criança no seu nível de desenvolvimento e interesses; c) abrir e fechar círculos de comunicação; d) criar um ambiente lúdico; e) aumentar círculos de comunicação; f) interagir criando obstáculos; g) proporcionar diversas experiências à criança; h) moldar as interações de acordo com as diferenças individuais da criança; i) interagir para ajudar; j) identificar diferenças; k) trabalhar com as diferenças individuais e l) mobilizar simultaneamente diferentes níveis de desenvolvimento funcional/emocional.

2.1.3. Picture Exchange Communication System (PECS)

O PECS foi desenvolvido por Andrew Bondy e Lori Frost, em 1985 (Pyramid Educational Consultants, 2012; Telmo, 2006). Este é um sistema de comunicação aumentativo e alternativo que permite que indivíduos com dificuldades comunicativas comuniquem através de imagens (Autism Speak, 2010; Gonçalves, 2011; Healing Thresholds, 2010; Mizael & Aiello, 2013; Pyramid Educational Consultants, 2012; Overcash, Horton & Bondy, 2010), dando-lhes a possibilidade de expressarem necessidades e desejos de uma maneira simples de entender.

Este sistema pretende desenvolver a competência e intencionalidade comunicativa através da utilização de imagens, assim como ajudar o sujeito a iniciar espontaneamente a interação comunicativa e a entender a função da comunicação (Gonçalves, 2011).

O PECS tem em conta os défices comunicativos e sociais do indivíduo e pode ser utilizado em qualquer contexto. A utilização deste sistema de comunicação ajuda na diminuição dos problemas de comportamento e no aumento da competência comunicativa (Healing Thresholds, 2010; Mizael & Aiello, 2013).

De acordo com Bondy & Frost (2001 cit. in Mizael & Aiello, 2013) e McCauley e Fey (2006, cit. in Gonçalves, 2011), a implementação do PECS abarca 6 fases distintas: (1) intercâmbio físico/como comunicar, (2) aumento da espontaneidade, (3) discriminação de imagens, (4) estruturação da frase, (5) resposta a questões diretas e (6) respostas e comentários espontâneos.

Da implementação do PECS resulta frequentemente a imergência espontânea da fala e o aumento e melhoria das interações sociais, sendo que o uso inicial de imagens não impede nem atrasa o desenvolvimento funcional da fala (Gonçalves, 2011; Overcash et al., 2010).

2.1.4. Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH)

Desenvolvido na década de 60 por Eric Schopler, o programa TEACCH baseia-se no ensino estruturado, o qual consiste num conjunto de estratégias que visam a organização espacial e temporal das atividades, espaços e materiais, conduzindo a sentimentos de segurança e confiança por parte da criança que levam a um desenvolvimento autónomo, num ambiente estável, sem imprevistos nem estímulos sensoriais penosos, que valoriza o ensino positivo e as capacidades da criança (DGIDC, 2008; Veague, 2010).

O programa TEACCH é aconselhado para crianças com idades entre o pré-escolar e o ensino secundário e defende que muitos dos problemas de comportamento da criança com PEA são fruto da sua dificuldade em perceber o que se espera dela. Assim, este modelo é planificado para minimizar os problemas comportamentais dos alunos com autismo, proporcionando-lhes um meio ambiente que lhes faça sentido, que eles consigam compreender e no qual obtenham sucesso (Gonçalves, 2011).

Este modelo foca-se no ensino de capacidades de comunicação, organização e partilha social, centrando-se nas áreas fortes das crianças com PEA, como o processamento visual, a memorização de rotinas funcionais e os interesses especiais (Gonçalves, 2011).

Pretende responder às necessidades das crianças com PEA, de forma a ajudar a criança a manter-se calma, a melhorar a sua capacidade de se adaptar ao mundo, a regular o comportamento e permitir que desenvolva as suas capacidades comunicativas. Desta forma, tem como principal objetivo fornecer estratégias que auxiliem a pessoa durante toda a vida, de modo a facilitar a autonomia em todos os níveis de funcionamento (DGIDC, 2008; Gonçalves, 2011; TEACCH Autism Program, 2014).

O TEACCH assenta na visão de que o ensino para estas crianças deve basear-se (1) no envolvimento da família, (2) no currículo individualizado, dando especial importância a uma avaliação de desenvolvimento muito precisa a fim de saber qual a melhor intervenção e as melhores estratégias a utilizar, de forma a promover uma boa aprendizagem da criança e a sua adaptação ao contexto familiar, escolar e à comunidade, (3) na estruturação do espaço físico, com áreas para atividades específicas, bem delimitadas; (4) na utilização de suportes visuais, de modo a tornar as atividades previsíveis e compreensíveis; e (5) no sistema de trabalho, em que a criança sabe exatamente o que fazer em cada atividade (Autism Connect, 2012; TEACCH Autism Program, 2014).

2.1.5. Programas de Competências Pessoais e Sociais

A competência pessoal e social é um conjunto integrado e estruturado de conhecimentos que o sujeito tem de recrutar para conseguir solucionar eficazmente determinadas situações com que é confrontado ao longo da sua vida, assumindo uma consciência crítica das suas potencialidades e recursos, bem como dos constrangimentos psicossociais. De acordo com Del Prette e Del Prette (2001, 2005 cit. in Campos, 2011) estas são constituídas por: autocontrolo e expressividade emocional, civismo, empatia, assertividade, fazer amigos e criar laços afetivos, resolução de problemas interpessoais e competências sociais académicas.

São estas competências que permitem ao ser humano ser visto e inserido na sociedade como um membro consciente e responsável (Hartup, 1992 cit. in Arslan, Durmuşoğlu-

Saltati & Yilmaz, 2011; Baker, 2003). Possibilitam portanto o estabelecimento de boas relações, o cumprimento de regras sociais, o apoio a outras pessoas e o uso dos direitos próprios que caracterizam e fortalecem as relações e interações sociais (Avcioglu, 2005, Mavi-Dervişoglu, 2007 cit. in Arslan et al., 2011).

Deste modo, as competências pessoais e sociais correspondem a uma série de capacidades específicas que são aprendidas na relação do indivíduo com o seu meio de envolvimento, estando dependentes dos fatores ambientais (e.g., pais, grupo de pares, escola) e variáveis pessoais (e.g., género e idade) (Bartholomeu, Carvalho, Silva & Machado, 2011; Baptista, Monteiro, Silva, Santos & Sousa, 2011).

Sujeitos com défices nas competências pessoais e sociais, manifestam uma baixa perceção da competência social, depressão, isolamento social, baixa autoestima, rejeição por parte dos pares, baixa qualidade de amizades, aumento da vitimização de pares, ansiedade (Goldbaum et al., 2003 cit. in Crawford, & Manassis, 2011; Hartup, 1989, Little, 2001 cit in Cappadocia & Weiss, 2011; Tse et al., 2007, White, Keonig & Scahill, 2007 cit. in Mitchell, Regehr, Reaume & Feldman, 2010). Podem ainda apresentar agressividade, comportamentos opostos ou desafiadores, condutas antissociais e comportamentos de risco (Cia & Barham, 2009, Bandeira et al., 2006, Gonçalves & Murta, 2008, Bolsoni-Silva et al., 2009 cit. in Fajão, Carneiro, Bruni, Montiel, & Bartholomeu, 2010). Na adolescência, estes aspetos tornam-se particularmente problemáticos (Mitchell et al., 2010; Wing 1992 cit. in Stichter et al., 2010).

De modo a contornar os problemas consequentes dos défices de competências sociais e pessoais, a investigação indica que o ensino de tais competências deve ser realizado em todos os momentos de aprendizagem (Lopes, 2006 cit. in Baptista et al, 2011). Assim, os programas de competências sociais envolvem o método vivencial no qual são desenvolvidos os procedimentos de desempenho de papéis (*role playing*), de modelação e ensaio comportamental. Para além disso também podem ser utilizados recursos multimédia como vídeos, histórias e jogos (Del Prette & Del Prette, 2011).

Estes programas têm resultados positivos no crescimento social, no autoconhecimento, na autoestima, na promoção da saúde e qualidade de vida, na adequação pessoal, na prevenção de problemas emocionais, no ajustamento e redução de comportamentos desadequados (Cunha & Rodrigues, 2010).

De um modo geral os programas de competências sociais têm como objetivos melhorar a capacidade de expressar emoções e pensamentos; proporcionar momentos de partilha entre o grupo e em atividades diversificadas de modo a fortalecer os laços afetivos; apresentar diferentes estilos de comunicação e relacionamento, bem como respostas alternativas face a um problema; sensibilizar para o pensamento prévio das consequências das suas ações e para a importância do cumprimento de regras; promover a assertividade, a empatia, o autocontrolo e a motivação pela escola, sabendo lidar com a frustração e as injustiças (Baptista et al., 2011; Cappadocia & Weiss, 2011).

Vários autores defendem que estes programas são importantes para que as crianças e jovens com PEA desenvolvam as suas competências, uma vez que expô-los simplesmente ao contacto com as outras crianças e jovens é ineficaz (Pierce & Schreibman, 1997 cit. in Baker, 2003; Burack, Root & Zigler, 1997 cit. in Dunn, 2006; The National Autistic Society, 2014; Whitby, Ogilvie & Mancil, 2012). Estas competências não surgem naturalmente, pelo que é necessário a existência de um currículo que as ajude a desenvolver e assim melhorar a sua qualidade de vida.

Estes sujeitos têm grande dificuldade em estabelecer e manter relações sociais recíprocas em qualquer contexto (e.g., familiar, escolar, de jogo), em compreender e decifrar todos os aspetos que envolvem estas mesmas relações, no desenvolvimento do

jogo e da imaginação, na comunicação social (quer na comunicação verbal quer na comunicação não-verbal), em compreender os seus sentimentos, pensamentos e emoções, e os dos outros (Autism Speak, 2010; Stainback & Stainback, 1984, Koegel, Koegel, Frea & Fredeen, 2001, McConnell, 2002 cit. in Baker, 2003; The National Autistic Society, 2014), podendo apresentar sintomas depressivos devido a uma maior consciência dos seus défices ao nível das competências pessoais e sociais, à rejeição por parte dos pares e ao seu fracasso em desenvolver relacionamentos (Rumsey & Hamburger, 1988 cit. in Baker, 2003; Cappadocia, & Weiss, 2011; Barnhill, 2001, Farrugia & Hudson, 2006 cit. in Whitby et al., 2012).

As características de uma intervenção eficaz de treino de competências pessoais e sociais junto de crianças e jovens com PEA comportam: instrução direta, modelação, coaching, role playing, feedback e ao reforço (Baker, 2003; Bareket, 2006 cit. in Cappadocia, & Weiss, 2011; Mesibov, 1984 cit. in Countryman, 2008; Gresham, Sugai & Horner, 2001 cit. in Dunn, 2006), ao enfoque no desenvolvimento da comunicação, interação entre pares e auto-estima (Mesibov, 1984 cit. in Dunn, 2006).

Estes programas têm-se revelado bastante benéficos para crianças e jovens com PEA, demonstrando que este tipo de intervenção melhora significativamente as suas competências, a sua qualidade de vida e a qualidade das amizades, diminuindo os sentimentos de solidão (Autism Speak, 2010; Countryman, 2008; Gantman, Kapp, Orenski, & Laugeson, 2012; Reichow, Steiner, & Volkmar, 2012; Stichter et al, 2010).

No entanto, é de extrema importância ter em vista a generalização das competências desenvolvidas num contexto para todos os outros, uma vez que estas crianças e jovens têm grande dificuldade a este nível (Marriage et al., 1995 cit. in Dunn, 2006; Williams, 1989 cit. in Countryman, 2008; Brookman-Fraze, 2004, Ingersoll & Dvortcsak, 2006, Sofronoff, Leslie & Brown, 2004, Symon, 2005 cit. in Mitchell et al., 2010; The National Autistic Society, 2014). Assim, é importante que as competências sejam trabalhadas e reforçadas em todos os contextos de relevância para o sujeito com PEA.

3. Intervenção Psicomotora

A Psicomotricidade é tão antiga quanto as questões sobre o corpo, as suas sensações e emoções e a sua relação com a mente (Branco, 2010; Fonseca, 2001). Na Grécia antiga, a força do homem era medida pela capacidade de controlar as suas emoções. Platão (cit. in Sousa, 2007) defendeu que o homem é corpo e alma, alma que domina, que é o princípio e o fim. Já Descartes afirmou que as ações realizadas pelo corpo são guiadas pelas suas paixões, e que para que o sujeito se sinta verdadeiramente livre, é fundamental que consiga controlá-las (Sousa, 2007).

O termo foi empregado pela primeira vez por Dupré, no final da primeira década de 1900, a propósito de estudos realizados com indivíduos com défices motores que apresentavam défices cognitivos, considerando os aspetos motor, cognitivo e afetivo como um todo (Almeida, 2013; Aragón, 2007; Fonseca, 2010; Ortega & Obispo, 2007; Pereira, 2005).

Porém, só em 1925 este vocábulo começa a ser investigado cientificamente, por Henri Wallon, o grande pioneiro e o principal responsável pelo movimento da reeducação psicomotora. Wallon defendia que os aspetos tónico e emocional deveriam ser considerados como bases do processo de Intervenção Psicomotora, sendo que o movimento seria um reflexo do psiquismo (Aragón, 2007; Fonseca, 2001, 2010). A este autor seguiu-se Guilmain, que ressalta as relações entre a atividade neuromotora e o comportamento afetivo-social (Fonseca, 2010; Ortega & Obispo, 2007). Wallon continuou a impulsionar as investigações em diversas áreas do conhecimento (i.e., psiquiatria,

psicologia, pedagogia) e a influenciar autores como Pick e Vayer, Le Boulch, Lapierre e Aucoeur, Defontaine e ainda Ajuriaguerra, Soubiran, Stambak, Vigotsky, Lúria, Galifret-Granjon e Bergés (Fonseca, 2005).

Os trabalhos desenvolvidos por Ajuriaguerra sobre as síndromes psicomotoras contribuíram para o avanço dos estudos das relações entre a psicomotricidade, a inteligência, a afetividade e a sociabilidade, destacando-se os trabalhos que desenvolveu relativos ao tónus e aos métodos de relaxação, alicerces da Psicomotricidade (Fonseca, 2010; Ortega & Obispo, 2007).

Atualmente, a Psicomotricidade ergue-se como uma conceção dinâmica e evolutiva, constituindo uma visão do ser humano como produto da complementaridade, interação e integração constante da mente e do corpo, do psiquismo e da motricidade (Aragón, 2007; Fonseca, 2001, 2009; Sánchez & Buitrago, 2008). Por *psiquismo* entende-se o conjunto das sensações, percepções, emoções, afetos, e de todos os processos cognitivos envolvidos, como a atenção, o processamento, a integração sensorial, a planificação e o controlo e execução de respostas motoras, inerentes aos sistemas sensoriais, neuronais e motores. Por sua vez o tónus, a postura, a noção corporal e a praxia, base de suporte dos sistemas anteriores, inserem-se no conceito de *motricidade*, que abrange assim todas as expressões corporais e mentais (Fonseca, 2005; Lièvre & Staes, 2012).

Segundo Fonseca (2001) e Santos (s.d., cit. in Branco, 2010), a Psicomotricidade busca a significação mental e inteligível da ação, espelhada num corpo e numa mente em constante e mútua construção, na partilha relacional de um mundo exterior e outro interior. É através da ação que o indivíduo toma consciência de si próprio e do mundo que o rodeia, desenvolvendo em simultâneo as suas dimensões integrativas, emocionais, simbólicas ou cognitivas. Por sua vez, Sassano (2003) defende que a Psicomotricidade do ser humano engloba produções que têm lugar no corpo, na relação com o outro e com o meio envolvente. Olhares, sorrisos, lágrimas, gestos, jogo, comunicação, encontram-se na perspetiva do próprio corpo, tal como este é vivenciado, investido e tocado.

A Psicomotricidade visa ser multidisciplinar, multiexperencial e a multicontextual. Deste modo, procura nas várias áreas e vertentes de estudo a compreensão do desenvolvimento humano em toda a sua complexidade e singularidade, atravessando conhecimentos com origem desde o campo psicológico, psiquiátrico, psicossomático, psicolinguístico, fenomenológico até ao sociológico (Fonseca, 2001). Integra questões filogenéticas e ontogenéticas de toda a história e evolução humana, e individual, nas suas várias fases, defendendo que o Eu é alvo e resultado das várias influências envolventes de todos contextos que atravessa, pelo que é preciso conhecê-los para compreender a subjetividade individual (Fonseca, 2001; Lièvre & Staes, 2012).

Amante (s.d.) defende que a psicomotricidade tem como finalidades a comunicação, a criação, o acesso a um pensamento operativo, desenvolvendo a capacidade de identificar, discriminar, analisar e sintetizar a informação, e a harmonização e maximização do potencial motor, cognitivo e afetivo relacional, ou seja, o desenvolvimento global da personalidade, adaptabilidade social e adequabilidade do processamento de informação. Por sua vez, Lièvre e Staes (2012) defendem que a psicomotricidade é a base de toda a aprendizagem pela sua relação estreita com os diversos domínios do desenvolvimento humano, tais como o intelectual, o verbal e o afetivo. O desenvolvimento psicomotor da criança, em todos os domínios dos fatores psicomotores, vai determinar as aprendizagens futuras como a leitura e a escrita (Ortega & Obispo, 2007).

Segundo Onofre (2004) a aprendizagem deve ser organizada de forma progressiva, respeitando as fases de toda a estruturação pessoal: (1) do vivido ao sentido, onde a criança, pelo facto de existir corporalmente, vai vivendo, explorando e manipulando o meio envolvente e retirando dessa experiência algum sentido, (2) do sentido ao percebido, quando a criança começa a compreender-se e ao mundo, através das informações dadas pelos seus órgãos sensoriais, e (3) do percebido ao representado, em que a criança, ao estar constantemente a vivenciar, conhecer-se-á e organizar-se-á, sendo capaz de se compreender e de compreender posteriormente os outros.

Le Bouch (Oliveira, 2010) menciona que a primeira fase se estende até aos 3 anos de idade e é um momento onde a criança aprende a manipular os objetos, a dominar a sua postura e a diferenciar o seu corpo do que a rodeia, agindo sobre o contexto maioritariamente por imitação. Por sua vez, a fase do corpo percebido, prolonga-se até aos 7 anos de idade e caracteriza-se por uma ação cada vez mais controlada, com maior domínio sobre o corpo e sobre os seus movimentos, tendo em conta o espaço. Finalmente, a terceira fase, do corpo representado, é uma etapa em que a criança, a partir dos 7 anos, consegue realizar representações mentais do seu próprio corpo, com uma série de detalhes (e.g., movimento, figura humana, emoções e sentimentos), adquirindo ainda a noção de distâncias, quantidades e formas, bem como a capacidade de antecipação, o que lhe permite organizar-se e programar mentalmente as suas ações.

Como meio de intervenção, propõe-se a agir por intermédio do corpo, do movimento e do jogo (Llinares & Rodríguez, 2003a), nas funções mentais perturbadas ou imaturas, visando a expressão do psiquismo através da motricidade expressiva integrada e autorregulada (pressupondo a intencionalidade e a linguagem interior), favorecendo o potencial de adaptabilidade e de aprendizagem no indivíduo. Intervindo nos sentimentos, conflitos, tensões e pulsões, angústias e defesas da criança e do jovem, ela pretende disseminar a negação da sua personalidade negada e facultar a descoberta, aceitação, adaptação e regulação de nós próprios (Fonseca, 2005).

A Psicomotricidade proporciona o enriquecimento psicomotor do sujeito, independentemente da sua idade ou contexto, permitindo-lhe viver melhor com o seu corpo, organizando-se de forma mais eficaz no espaço, no tempo e na relação com os seus elementos. Age assim sobre a totalidade do Eu, mediante o corpo e o movimento, oferecendo um conjunto de atividades educativas, reeducativas e terapêuticas de elevada relevância para a saúde mental, pois influencia positivamente o seu desenvolvimento motor, psicoafetivo, cognitivo e social e favorece a aquisição das diferentes aprendizagens não-verbais e verbais (Fonseca, 2005, 2009; Lièvre & Staes, 2012; Llinares & Rodríguez, 2003b; Riaño, 2002).

A Intervenção Psicomotora, dependendo das necessidades do sujeito e dos objetivos a serem trabalhados, pode estar mais orientada para a ação ou para a resposta. A primeira visa o desenvolvimento holístico, nos vários domínios. A intervenção orientada para a resposta pretende que o sujeito aprenda a regular e a expressar de forma adequada as suas emoções, aumente a autoestima, a autoconfiança e o conhecimento de si próprio, melhore a capacidade de relação com o outro, aumente a resistência à frustração e diminua a impulsividade (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010; Riaño, 2002).

O técnico deve ser um mediador por excelência, intervindo recorrendo a estratégias de intencionalidade, reciprocidade, transcendência, novidade, complexidade, segurança, conforto, sentimento, competência, busca, satisfação, metacognição e transferência, com o intuito de estimular e partilhar a dimensão afetiva e emocional, criando oportunidades de resolução de conflitos internos (Fonseca, 2001; Vecchiato, 2003). É essencial que exista uma boa relação terapêutica, construída entre o sujeito e o

terapeuta, uma vez que esta vai influenciar diretamente o sucesso da intervenção e a gestão da aprendizagem (Martins, 2001; Onofre, 2004).

De acordo com Rodríguez e Llinares (2008), o perfil do psicomotricista deve apresentar características particulares que vão desde a capacidade de atenção e escuta, expressividade psicomotora, criatividade, de utilizar o jogo e diferentes estratégias para favorecer o desenvolvimento global do sujeito, de comunicação e trabalho de equipa com as famílias e outros profissionais, à capacidade de olhar para si mesmo.

3.1. Vertentes Metodológicas

As práticas psicomotoras poderão incidir na valorização da componente instrumental ou centrar-se na componente relacional. Contudo, importa sublinhar que independentemente de a prática metodológica, o “espaço psicomotor” será um local de prazer sensoriomotor, jogo simbólico e representações (Martins, 2001).

A experiência a nível corporal pretende que o indivíduo reviva situações afetivas e emocionais através de jogos regressivos, da ludicidade, do jogo simbólico, da relaxação, entre outras técnicas terapêuticas (Alves, 2007 cit. in Dias, 2009).

3.1.1. Psicomotricidade Relacional

Na psicomotricidade relacional, o mais importante não é agir sobre a problemática psicomotora, mas sim descobrir o conflito pulsional associado a esta (Orjubin, 2003 cit. in Rivière, 2010). Esta abordagem centra-se na componente psicoafetiva e relacional, permite reviver o processo de vinculação com a figura maternal, através do diálogo tónico-emocional. Envolve, fundamentalmente, a gestão da problemática da identidade do indivíduo, que possibilita a sua expressividade e o envolvimento do adulto como agente securizador, garantindo o desejo de relação com o mundo das coisas e com o outro (Martins, 2001).

Este tipo de intervenção permite ao indivíduo a expressão e superação de conflitos relacionais, agindo de forma preventiva e terapêutica no desenvolvimento cognitivo, psicomotor e socioemocional. Assim, a intervenção deve ser um espaço de prazer e desejo, permitindo ao indivíduo a livre exploração dos seus medos, desejos, fantasias e sentimentos antagónicos, consigo próprio ou em relação ao outro (Donnet, 1993 cit. in Martins, 2001; Vieira, 2009).

Neste diálogo, a comunicação é sobretudo não-verbal uma vez que envolve orientações corporais, posturas, distância interpessoal, mímicas, gestualidade, respiração, voz, sincronia rítmica, contacto corporal, olhar, odor, englobadas na mediatização corporal (Amante, s.d.). Através de uma atmosfera permissiva, segura e lúdica, devem realizar-se intervenções baseadas em situações que possibilitem ultrapassar os bloqueios existentes e permitam a flexibilidade e liberdade de expressão gestual.

Os objetos (balões, cordas, arcos, bolas, tecidos, etc.) devem ser utilizados como mediadores, sendo introduzidos não apenas pela sua funcionalidade e utilização prática mas sobretudo por encorajarem o jogo simbólico (Amante, s.d.). Esta vertente pretende promover na criança a iniciativa, criatividade, gesto espontâneo e curiosidade, de uma forma natural e intuitiva (Costa, 2008).

De acordo com Rosa e Holzmann (2008) e Almeida (2013), esta vertente privilegia o jogo espontâneo, uma vez que não é papel do psicomotricista direcionar a atividade e o sujeito, dizendo-lhe como e o que deve fazer. É no brincar que o sujeito pode ser criativo, se vai desafiando a si próprio, vai descobrindo o seu próprio eu, ultrapassando as suas dificuldades e potencializando as suas características. O brincar maximiza a capacidade

de expressão psicomotora e criatividade (Aragón, 2007), promovendo o desenvolvimento de competências e aprendizagens através do jogo simbólico.

3.1.2. Psicomotricidade Instrumental

De acordo com Rivière (2010) esta vertente caracteriza-se por uma atuação centrada na problemática e na objetivação científica da eficácia da intervenção, baseando-se na recuperação das potencialidades perceptivo-motoras e tendo como objetivo a redução do défice presente. Martins (2001) refere que este tipo de Intervenção Psicomotora relaciona-se maioritariamente com o envolvimento, as suas características espaciais e temporais, e os objetos, estimulando-se a percepção, o simbólico e o conceptual através da exploração sensoriomotora (quer a exploração seja motora, gráfica, sonora, plástica ou de outro tipo).

A psicomotricidade instrumental privilegia a intervenção centrada nas situações problemáticas, apelando à descoberta guiada e ao pensamento divergente. Para estabelecer uma relação de confiança e motivação entre a criança e a ação, estas situações devem ser apresentadas de forma lúdica e para serem vividas como situações de êxito. Entre o estímulo e a resposta deve existir uma fase de mediação cognitiva que favoreça os processos de análise, integração e elaboração da informação, para promover as capacidades de reflexão, invenção, expressão e transposição, possibilitando que a atividade funcione como um veículo à criatividade do indivíduo. (Amante, s.d.).

É privilegiado o contacto físico, criação de vínculos e comunicação verbal e não-verbal, recorrendo-se frequentemente a bolas de vários tamanhos e texturas, colchões de espuma, tecidos, espelhos, suportes musicais, marionetas e material de grafismo e desenho (Boutinaud, 2010; Machado, 2001; Falkenbach, Diesel & Oliveira, 2010).

Nesta prática, a colocação de situações-problema deve envolver a linguagem expressiva, quer na antecipação da atividade, quer na avaliação, que permite passar da experiência imediata à tomada de consciência (implica uma elaboração da experiência vivida e da emoção sentida). Uma vez desenvolvida a experiência sensoriomotora, acede-se à representação, de modo a estimular a capacidade criativa através da transposição das atitudes ou ações. A representação abstrata, utilizando a palavra, a cor, o desenho, conduz, por outro lado, ao pensamento categorial e conceptual (Martins, 2001).

3.2. Modalidades de Intervenção

A Intervenção Psicomotora pode ser desenvolvida de duas formas, individualmente ou em grupo (Defontaine, 1978 cit. in Aragón, 2007). A opção, de acordo com Vecchiato (2003), deve ser feita de acordo com a patologia do sujeito e sua gravidade, assim como as suas características individuais.

3.2.1. Intervenção Individual

É usual aplicar-se esta terapia em casos mais graves, onde existe um comprometimento ao nível da comunicação e socialização (Vecchiato, 2003).

Segundo Vecchiato (2003), a intervenção individual tem características importantes que promovem o desenvolvimento de competências. Neste tipo de intervenção, a relação estabelecida entre sujeito e terapeuta é tendencialmente mais próxima, uma vez que a sua atenção se encontra inteiramente disponível para o indivíduo, tornando-o o centro da relação e da intervenção.

Aragón (2007) defende que este tipo de intervenção tem algumas vantagens para o psicomotricista, como necessitar de menos espaço para a intervenção e ter uma maior disponibilidade para o outro, o que facilita um melhor conhecimento acerca do mesmo,

permitindo um trabalho com maior precisão e eficácia, respeitando o ritmo de aprendizagem do sujeito.

A Intervenção Psicomotora individual poderá, em muitos casos, servir como preparação para o ingresso numa intervenção em grupo pois, muitas vezes, só depois de trabalhadas as questões ao nível da relação, de aprender a conhecer-se a si e ao outro, o indivíduo estará preparado para enfrentar as exigências de um contexto socializado e socializante (Aragón, 2007; Vecchiato, 2003).

3.2.2. Intervenção em Grupo

O grupo é indispensável para a maturação do ser e para a sua evolução em termos terapêuticos (Vecchiato, 2003). Segundo Onofre (2003 cit. in Martins & Rosa, 2005), tornando-se criador de sensibilidades e conhecimentos. É muito importante o sentimento de pertença a um grupo, uma vez que este permite a construção da identidade própria e grupal, a identificação com o grupo, a partilha de experiências e sentimentos (Peixoto, Martins, Pereira, Amaral & Pedro, 2001).

Para Carvalho (2005) o contexto de intervenção em grupo deve ter em conta a atividade lúdica, como meio facilitador, onde o próprio terapeuta possa estar envolvido, permitindo um nível relacional mais significativo de intervenção. A mesma autora afirma que é através dos ajustes e adaptações neste contexto de atividade lúdica e tendo em conta as experiências e competências do indivíduo, que a realidade externa surge como mediadora da organização psíquica.

Na dinâmica de grupo importa fomentar o desenvolvimento das relações sociais para que, através da comparação, o sujeito compreenda a natureza das modulações da aproximação do adulto, as diferentes formas de gestos que traduzem aceitação ou negação e as expressões corporais (Richard & Rubio, 1995 cit. in Martins & Rosa, 2005).

O trabalho em grupo permite um bom nível de interações, dando mais possibilidades ao sujeito de viver novas experiências. Possibilita ainda um melhor controlo dos impulsos, maior flexibilidade à realidade social, maior espontaneidade, proporciona momentos de reflexão, aumenta a cooperação e as competências pessoais e sociais (Vidigal, 2005; Aragón, 2007).

Este tipo de intervenção, de acordo com Vidigal (2005) promove o respeito entre pares, o cumprimento de limites e regras, diminui a instabilidade e aumenta a sociabilização. A linguagem e a comunicação tornam-se mais ricas e adequadas e as crianças são capazes de expressar e compreender emoções.

3.3. Intervenção Psicomotora nas PEA

De acordo com Mastrangelo (2009), os sujeitos com PEA têm dificuldades acrescidas em iniciar, manter e terminar uma brincadeira e em estabelecer relações com os pares durante a interação. Estas dificuldades devem-se maioritariamente aos défices ao nível da linguagem, imitação, motricidade global e fina, jogo simbólico, relacionamento e expressão emocional.

Desta forma, é fundamental promover oportunidades de jogo, uma vez que este pode ser um facilitador na relação do sujeito com o outro e com o mundo que o rodeia, bem como um meio para que desenvolva um conjunto de competências (e.g., lateralidade, equilíbrio, estruturação espaço-temporal, reciprocidade, controlo de impulsos, jogo simbólico, competências sociais, motoras, comunicativas e de imitação). Estas situações lúdicas devem ser fomentadas através de brinquedos ou objetos que façam parte dos interesses pessoais do sujeito, de forma a envolvê-lo e motivá-lo para as tarefas que vão sendo

propostas, usando-se uma linguagem clara e objetiva bem como pistas visuais (Mastrangelo, 2009; Azambuja, 2005).

Winnicott (1975 cit. in Falkenbach et al., 2010) defende que é fundamental envolver as crianças com PEA em situações de jogo, uma vez que este está relacionado com as suas necessidades, manifestações de desejos e externalização de pensamentos, promovendo o desenvolvimento socioemocional e a capacidade de representar.

Quando se fala em Intervenção Psicomotora nas PEA, a vertente metodológica mais frequentemente associada é a relacional, pelos objetivos e estratégias a ela associados (Falkenbach et al., 2010). O jogo é utilizado como meio para que o indivíduo consiga aceder ao simbólico, à experiência corporal e à interação, através de atividades corporais, na relação com os materiais e no contacto com o outro. Através de atividades corporais diversificadas, da espontânea interação com os objetos e do contacto direto e intencional com o outro, poderão ser provocadas reações, emoções e sentimentos na criança com PEA.

Em Intervenção Psicomotora, é possível intervir com esta população em sessões individuais, com o objetivo de facilitar a aquisição de competências, de uma forma mais global e através de um ambiente seguro, e em sessões de grupo, promovendo o desenvolvimento de competências pessoais e sociais (Mangenot, 2012).

Deve olhar-se para a criança como um ser competente, capaz de responder, ter iniciativa e de construir a sua identidade a partir de experiências positivas, criando um ambiente de compreensão e respeito pelos êxitos, fracassos e retrocessos da criança (Llinares & Rodríguez, 2003b).

Rodríguez e Llinares (2008) defendem que os objetivos de Intervenção Psicomotora na PEA devem conseguir fazer com que a criança esteja disponível para o outro e que esta saiba que o outro se encontra disponível para ela e que saiba que pode disfrutar de uma relação corporal-afetiva com o outro; proporcionar a linguagem verbal com intenção comunicativa; bem como flexibilizar os seus comportamentos rígidos e estereotipados.

O psicomotricista que trabalhe com crianças com PEA deve participar ativamente na intervenção, necessitando de uma grande energia psíquica, de ter disponibilidade corporal para alcançar a empatia e comunicação (Llinares & Rodríguez, 2003a), de estar constantemente atento e vigilante, e ter uma grande criatividade para conseguir lidar e contornar os mecanismos de defesa da criança em relação às tarefas propostas. Segundo Negrine e Machado (2004 cit. in Falkenbach et al., 2010), o técnico deve estar preparado para propor e perceber todas as modulações tónicas do outro, para atender às suas necessidades e curiosidades, para provocar situações problema, para ser um companheiro presente e ajudar o outro a ultrapassar as dificuldades.

Dependendo do interesse, das características e da capacidade do indivíduo para responder e se adaptar às atividades, assim estas deverão ser desenvolvidas. É igualmente importante que o psicomotricista esteja disponível para discutir frequentemente com os pais da criança com PEA, de modo a que se estabeleçam objetivos e se afirmem expectativas, se avalie as evoluções do desempenho da criança e se reflita sobre as estratégias a implementar nos diversos contextos (Boutinaud, 2010).

O psicomotricista, assim como o papel que a psicomotricidade assume perante a PEA, passa por tentar amenizar as dificuldades inerentes à sua natureza (Orjubin, 2005 cit. in Aniceto et al., 2009; Seixas, 2006). Dito isto, a Intervenção Psicomotora deve promover o desenvolvimento global da criança com PEA nos seus múltiplos domínios (Llinares &

Rodríguez, 2003a): socialização, nomeadamente na relação com os pares, atenção e ação conjunta, capacidade de ajustamento social e interpretação dos estados emocionais do outro; comunicação, ao nível das funções comunicativas, da comunicação não-verbal, de sistemas de comunicação alternativos e da linguagem expressiva e recetiva; antecipação e flexibilidade, em relação à flexibilidade comportamental, controlo da atividade, autonomia e competências de antecipação; e por último na simbolização, no que respeita ao jogo simbólico, capacidade de imitação e criação de gestos comunicativos adequados.

Llinares e Rodríguez (2003a) defendem que o psicomotricista deve ter em conta uma série de fatores, para que a intervenção seja o mais eficaz possível. Assim, é importante que as instruções sejam claras, que as ordens dadas sejam simples e acompanhadas por gestos ou imagens, e que as sessões sigam sempre a mesma estrutura, introduzindo-se, progressivamente, algumas modificações. O técnico deve dar importância à expressão facial, ao gesto e ao tom de voz, devendo ainda dar significado às vocalizações e ecolalias da criança, ajustando-as ao contexto.

Mangenot (2012) destaca diversas áreas de desenvolvimento em défice nas PEA, que devem ser trabalhadas em Intervenção Psicomotora: (a) competências motoras, ao nível da motricidade fina e global, coordenação e postura; (b) competências sensoriais, pela dificuldade na modulação sensorial, que pode influenciar o comportamento, a comunicação e a capacidade de interagir da criança; (c) processos cognitivos, estimulando-se a capacidade de atenção, inibição, flexibilidade mental, planeamento e capacidade de memória da criança; (d) competências de jogo, devido às dificuldades que estas crianças evidenciam na forma como jogam e interagem nas atividades; (e) competências de imitação, devendo ser explorados os vários tipos de imitação (e.g., espontânea, induzida, ações com ou sem objectos, reconhecimento de ser imitado); (f), competências de interação, em que devem ser realizadas atividades do interesse da criança, com o objetivo de chamar a sua atenção para a comunicação e interação com os outros; e (g) competências de socialização, sendo necessário trabalhá-las de forma a enriquecer as experiências sociais da criança e ao mesmo tempo permitir a sua integração na comunidade.

Em conclusão, a Intervenção Psicomotora é uma abordagem que, através de atividades específicas, seguras, estruturadas e lúdicas, facilita o acesso aos pontos mais vulneráveis da criança com PEA (Kumamoto, 1989), bem como a criação de vínculo e a proximidade corporal. Permite o desenvolvimento da expressão simbólica, da criatividade, da exploração sensoriomotora, da coordenação motora, da somatognosia, da estruturação espaciotemporal, da comunicação, e ainda o estabelecimento de uma relação mais adequada com os outros e com o meio envolvente (CADIn, 2005; Seixas, 2006). Ajuda ainda na diminuição da agressividade, das estereotipias, dos sintomas de isolamento, no aumento da espontaneidade e da autoestima (Cornelsen, 2007; Vidigal, & Guapo, 2003).

Este tipo de intervenção apresenta benefícios junto das PEA, que se manifestam consoante as particulares de cada criança, resultado de fatores etiológicos, das circunstâncias ambientais e das diferenças individuais inerentes ao ser humano (Kumamoto, 1989).

IV. Realização da Prática Profissional

1. Calendarização das Atividades e Horários de Estágio

Neste ponto apresentar-se-á o cronograma dos procedimentos de estágio no decorrer do presente ano letivo, bem como o horário semanal das atividades de estágio.

1.1. Cronograma dos Procedimentos de Estágio

O estágio teve início a 10 de outubro, com atividades para o acolhimento dos estagiários curriculares e integração das estagiárias (Reabilitação Psicomotora, Neuropsicologia e Psicologia Clínica). Foi realizada uma reunião com a responsável pelos estágios no CADIn, onde foram realizadas dinâmicas de quebra-gelo e de apresentação. Foram ainda discutidas as expectativas e distribuídas as estagiárias por patologia a acompanhar durante o ano letivo, tendo em conta a preferência de cada uma. No final, a instituição foi apresentada e visitada, abordando-se as regras de ética e deontologia a seguir. Na semana seguinte, foram realizadas reuniões com os responsáveis de cada área, explicando-se o funcionamento interno de cada uma e o papel de cada profissional que dela faz parte.

A 21 de outubro começou então a formação efetiva da prática profissional na entidade de acolhimento, terminando a 28 de junho, com duração de cerca de 35 semanas.

A tabela que se segue diz respeito ao trabalho desenvolvido na instituição de acolhimento de estágio, bem como a sua organização temporal. Além das atividades de estágio, são ainda incluídos os aspetos teóricos relacionados com a elaboração do presente relatório.

Tabela 3 – Cronograma do Estágio Profissionalizante

	2013			2014									
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
REALIZAÇÃO PRÁTICA													
Definição dos locais de estágio													
Integração no CADIn													
Observações de sessões													
Observação Participada													
Elaboração do plano de intervenção													
Avaliação inicial													
Intervenção autónoma													
Avaliação intermédia													
Avaliação final													
Análise dos resultados													
Projeto “Sarilhos do Amarelo na PHDA”													
Reuniões de equipa													
Reuniões de coordenação de estágio													
ENQUADRAMENTO TEÓRICO													
Redação do relatório													
Revisão do relatório													
Entrega do relatório													

1.2. Horário de Estágio

O horário de estágio foi desenvolvido pela coordenadora de estágios da instituição em colaboração com a orientadora local e a estagiária. A sua elaboração teve em consideração o número de horas previstas pelo Regulamento da Unidade Curricular de RACP e a disponibilidade dos técnicos do CADIn.

Foram tidos em consideração não só os objetivos previstos para o estágio, como a disponibilidade dos técnicos e ainda os interesses da estagiária. Deste modo, foi possível: (a) acompanhar maioritariamente crianças com PEA, sob orientação de uma TSEER, observar os mesmos ou outros casos em Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, e ainda uma criança com DAE em intervenção com uma TSEER especializada na área; (b) participar em reuniões de equipa/núcleo onde eram discutidos casos clínicos e apresentados temas relacionados com as diversas perturbações do desenvolvimento; (c) observar momentos de avaliação formal de diversos casos; e (d) reunir com a orientadora e coordenadora local, bem como com os diversos técnicos do CADIn, sempre que necessário. Salienta-se ainda a existência de reuniões quinzenais com a estagiária de mestrado de neuropsicologia da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, com o intuito de adaptar o projeto “Sarilhos do Amarelo” para a população com PHDA.

Assim, o horário de estágio contempla momentos de intervenção, avaliação e reunião, com distribuição variante entre as 10 e as 19 horas. É de referir que, pontualmente, o horário semanal era alterado, de acordo com a necessidade dos utentes e suas famílias, sendo o horário apresentado de seguida uma representação do horário praticado durante as atividades de estágio.

Tabela 4 - Horário de Estágio

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
9h00					TF	
9h30		Avaliações			Raf.	
10h00		IP	Avaliações	Construção de materiais para intervenção	TF	
10h30		Da.			Da.	
11h00		IP				
11h30		Cai.				
12h00			IP			
12h30	Reunião de Equipa		An.			
13h00						
13h30						
14h00	IP	Reunião	IP			
14h30	An.	Orientadora	Ca.			
15h00				TF	IP	
15h30				An.	An.	
16h00		IP	IP	TF		
16h30		Pe.	Af.	Dan.		
17h00		Reunião	TF			
17h30		Coordenadora	Sa. / Ra.	TO		
18h00		Sarilhos do	TP / TF	Ri.		
18h30		Amarelo	Gu.			

2. População Apoiada

Relativamente à população apoiada no decorrer do estágio, foram acompanhadas 6 crianças em contexto de sessão individual, 4 diagnosticadas com PEA, 1 com PEL e outra com diagnóstico ainda incerto. Eram acompanhadas por uma TSEER com experiência nas PEA uma vez que todas as crianças apresentavam características

autistas. Foi ainda possível intervir junto de 10 jovens com PEA de nível 1, em contexto de sessão de grupo.

Salienta-se que nem todas as crianças foram acompanhadas durante o mesmo período de tempo, uma vez que as intervenções tiveram início e terminos diferentes.

Para esta população será feita uma breve descrição, excluindo os estudos de caso (i.e., duas crianças em intervenção individual e o grupo do Projeto Redes Ativas II).

2.1. Intervenção Psicomotora nas PEA

Foram acompanhadas 4 crianças do género masculino com características de PEA, de idades compreendidas entre os 2 e os 12 anos. Duas delas frequentavam o Ensino Básico, uma começou a ir ao Jardim de Infância a meio do ano letivo e a mais nova ainda estava em casa, ao cuidado dos pais.

Seguidamente serão discriminados com mais pormenor os aspetos básicos de cada criança observada, nomeadamente o seu diagnóstico, as principais áreas de intervenção e a periodicidade da mesma.

Tabela 5 - População Apoiada

Identificação da Criança	Idade	Perturbação	Áreas de Intervenção	Acompanhamento
An.	2	PEA/AGD/DID	Motricidade; Comportamento; Linguagem; Comunicação	3x semana
Cai.	5	PEA	Competências Pré-Académicas; Motricidade; Linguagem; Competências Sociais	1x semana
Ca.	12	PEL	Competências Pré-Académicas; Linguagem	1x semana
Gu.	9	PEA	Competências Académicas; Competências Sociais; Comportamento	Quinzenal

Como é possível observar, duas das crianças têm diagnosticadas uma PEA, uma tem PEL e apresenta características autistas, havendo ainda algumas dúvidas acerca do diagnóstico da criança mais nova. Os acompanhamentos variavam entre três vezes por semana a sessões quinzenais, dependendo de cada caso, das suas particularidades e necessidades.

Inicialmente foram observadas todas as sessões, passando-se progressivamente a uma observação participada e posteriormente a uma intervenção autónoma.

Relativamente às sessões com o An., estas realizaram-se mediante os seus interesses e a sua disponibilidade emocional, pelo que era o adulto que através da promoção de oportunidades lúdicas, seguia a criança e tentava, sempre que fosse possível, orientar e modular as atividades, chamando constantemente à atenção a criança através de sons e do toque, para que existisse o máximo de interação e reciprocidade com o outro e com o envolvimento, assim como desenvolver outras competências ao nível do desenvolvimento, espectáveis para a sua idade cronológica. Num primeiro instante, era uma criança que permanecia muito tempo deitada, bastante hipotónica. Ficava a olhar para a parede, não interagia com o outro, não produzia qualquer tipo de som, nem adería às atividades propostas, mostrando-se muito pouco reativa ao meio envolvente e ao outro. Foi necessário que a estagiária e a TSEER trabalhassem em parceria em todas as sessões, para modelar as ações e os comportamentos da criança e para corrigir a sua postura e contrariar a sua hipotonicidade. Era necessário que existisse sempre um “espelho” para que a criança pudesse compreender, imitar e realizar as tarefas

propostas, pelo que o facto de existirem dois adultos a mediar a intervenção se mostrou uma mais-valia para a sua evolução. Nos últimos meses, foi notória a evolução da criança, quer por já conseguir permanecer 45 minutos sentada a realizar as atividades, quer pelos sons e palavras que começou a produzir com intenção comunicativa, quer mesmo pelos breves momentos de interação que mantinha com o outro. No entanto, nos últimos dias, parece ter havido uma regressão, deixando o An. de comunicar verbalmente com o outro, começando a evidenciar mais comportamentos repetitivos e desadequados e a evitar o outro.

O Cai. foi acompanhado durante 6 sessões, tendo-se iniciado as observações a 11 de março e terminado as intervenções da estagiária a 6 de maio por incompatibilidade de horários. O principal objetivo era trabalhar a linguagem expressiva e recetiva, por ser uma área deficitária da criança. Sempre que estava mais excitado, apresentava estereotípias marcadas, ao nível dos membros superiores, inferiores e faciais. No final, foi possível verificar uma evolução significativa a todos os níveis, pelo que o Cai. se tornou uma criança muito mais comunicativa, com intencionalidade e com uma capacidade de compreensão mais elevada. Também ao nível do comportamento foram verificadas melhorias, uma vez que diminuiu os comportamentos de oposição e as birras. Passou a aceitar todas as tarefas propostas e a responder ao que lhe era solicitado sem evasão às questões, deixando também de fugir e de se atirar ao chão.

O Ca. foi um caso onde não foi possível verificar evoluções significativas. Desde o início do acompanhamento que os objetivos de intervenção se mantiveram, com enfoque nas competências pré-académicas, como por exemplo, escrever o nome, associar o número à quantidade e desenhar os números. Mostrou-se sempre muito apático, “ausentando-se” com muita frequência e facilidade, não respondendo a nenhuma pergunta que lhe era feita. Era necessário chamá-lo constantemente para, de novo, voltar a conduzi-lo à atividade.

No que respeita à intervenção com o Gu., esta teve maior enfoque nas competências académicas, como a compreensão e interpretação de frases e pequenos textos e cálculos com somas. Foi notória a sua evolução ao nível da leitura e compreensão de textos, bem como da expressão oral. Esta criança sempre se mostrou muito insistente nas suas ideias, interrompendo constantemente as atividades para pedir o que queria (reforço final), repetindo inúmeras vezes a mesma frase, aumentando o volume da voz, quando não lhe era atendido o seu pedido. Apresentava estereotípias e ecolália, quer diferida quer imediata. Houve ainda situações em que o seu comportamento não era o mais adequado, cuspiendo quando contrariado e como forma de provocação. Nessas situações, era necessário repreender a criança e fazer com que percebesse que o seu comportamento não era permitido por não ser correto, o que parecia ser compreendido.

As crianças foram seguidas de outubro até à primeira semana de junho, excetuando o caso do Cai., como referido anteriormente.

3. Objetivos e Atividades de Estágio

No que concerne ao objetivo geral do estágio, descrito no contrato de aprendizagem da estagiária, este diz respeito ao desenvolvimento e preparação para a entrada no mundo do trabalho visando atingir o nível máximo de autonomia possível, em seis domínios: avaliação, análise e interpretação de casos clínicos, planeamento da intervenção, intervenção, raciocínio clínico e comunicação profissional.

Para cada um destes domínios foram estabelecidas tarefas específicas, como podem ser consultadas na tabela seguinte.

Tabela 6 - Objetivos do Estágio, definidos pela instituição de acolhimento

Domínio	Tarefas
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selecionar métodos de recolha de dados; ▪ Operacionalizar a recolha de dados com a seleção da informação relevante a partir de diferentes fontes; ▪ Elaborar a anamnese do utente; ▪ Sintetizar a informação recolhida; ▪ Identificar as áreas a avaliar; ▪ Conhecer os instrumentos de Avaliação Formal disponíveis na Instituição; ▪ Identificar métodos e processos formais e informais de avaliação; ▪ Adaptar os procedimentos de avaliação às diferentes características e necessidades individuais; ▪ Aplicar instrumentos formais de avaliação com supervisão do Orientador; ▪ Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.
Análise e interpretação de casos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar fatores de insucesso ou má prestação do utente durante o processo de avaliação (comportamento, desatenção, agitação motora, medicação, etc.); ▪ Estabelecer a linha de base para a intervenção: áreas fortes e áreas fracas; ▪ Elaborar o diagnóstico; ▪ Estabelecer e justificar prognósticos, sempre que possível; ▪ Identificar e utilizar medidas de avaliação da eficácia da intervenção e efetuar as necessárias reformulações; ▪ Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.
Planeamento da intervenção	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer objetivos de intervenção direta e indireta; ▪ Ter em conta as expectativas do utente e/ou família relativamente à intervenção na elaboração do plano; ▪ Selecionar metodologias de intervenção adequadas; ▪ Selecionar e aplicar estratégias de intervenção eficazes de acordo com cada objetivo estabelecido; ▪ Definir atividades, selecionar e elaborar materiais de intervenção; ▪ Elaborar planos de sessão, com objetivos e materiais a utilizar; ▪ Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fazer registos diários das sessões de intervenção observadas; ▪ Registrar diariamente os resultados de cada sessão realizada; ▪ Refletir sobre as sessões observadas e realizadas sob supervisão; ▪ Redefinir objetivos durante as sessões de acordo com os limites de tolerância e comportamento dos utentes; ▪ Manter a motivação do utente em cada sessão e ao longo do processo de intervenção; ▪ Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.
Raciocínio clínico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionar os dados recolhidos com a identificação de fatores etiológicos, limitadores e facilitadores; ▪ Relacionar entre si os dados dos diferentes testes aplicados; ▪ Relacionar os dados da avaliação com os dados de anamnese; ▪ Distinguir quadros clínicos; ▪ Sustentar as decisões na evidência científica, realizando pesquisa bibliográfica; ▪ Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.
Comunicação profissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dominar a terminologia clínica; ▪ Colaborar nas atividades dinamizadas pela instituição, sempre que solicitado; ▪ Reconhecer a importância do desenvolvimento contínuo e procurar orientações profissionais; ▪ Ser empático, reconhecendo as necessidades, valores, modos de comunicação e nível cultural e linguístico do utente, família/cuidador ou de outros elementos relevantes no processo; ▪ Respeitar os aspetos éticos envolvidos relativamente ao utente e a todos os intervenientes no processo, bem como aos documentos facultados; ▪ Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.

É pretendido que se adquiram não só competências ao nível da Intervenção Psicomotora mas também da relação com outros profissionais e comunidade. Desta forma, espera-se que se relacionem saberes teóricos e metodológicos com a atividade profissional, que exista integração numa equipa multidisciplinar e se estabeleça uma relação adequada com outros profissionais, que se participe ativamente nas atividades desenvolvidas pela

instituição de acolhimento e que haja integração na comunidade, através do desenvolvimento de projetos e do contacto empático com as famílias.

Seguidamente serão descritas as atividades realizadas quer no âmbito da Intervenção Psicomotora quer na relação com outros profissionais e comunidade.

3.1. Intervenção nas PEA

A Intervenção Psicomotora, junto da população com PEA, assume no decorrer das sessões uma componente quer instrumental quer relacional. As sessões são planeadas antecipadamente, sendo adaptadas quando necessário, baseadas em atividades lúdicas, estruturadas e orientadas, com objetivos específicos bem delineados. A relação entre o adulto e a criança encontra-se na base de toda a intervenção, pela importância da criação de laços empáticos e pelo diálogo não-verbal que se vai estabelecendo com a criança.

Não é seguida uma metodologia específica de intervenção, sendo aproveitadas as características e aspetos positivos de cada uma. Assim, a intervenção baseia-se nos métodos: (1) ABA, pelo ensino de novas competências de forma sistemática, consistente e gradual; (2) DIR, por defender as relações e os afetos, a interação com o outro e a iniciativa da criança; (3) TEACCH, pela importância da estruturação e suportes visuais; e (4) PECS, pelo uso de imagens e símbolos para auxiliar a comunicação.

O técnico assume um papel de mediador entre a criança, a escola e a família, tendo em vista o aumento da qualidade de vida, funcionalidade e autonomia da criança. Assim, deve trabalhar-se visando a minimização das suas limitações e maximização das suas potencialidades.

3.1.1. Áreas de Intervenção

Relativamente às áreas de intervenção, estas incidem principalmente na cognição e competências pré-académicas ou académicas, na comunicação, na socialização e comportamento e na motricidade. Estas áreas estão especificamente relacionadas com as necessidades, o perfil e a idade da criança e são trabalhadas mediante estratégias que vão ao encontro das motivações de cada uma.

Ao nível da cognição, são trabalhadas competências como o raciocínio lógico e abstrato, a atenção e a memória, a resolução de problemas, a perceção, a sequencialização, a associação, o emparelhamento, a categorização, a noção de cor, forma e tamanho, noções espaciais e temporais, noção de número e quantidade. Ao nível das competências académicas, desenvolve-se essencialmente a escrita, a leitura e a matemática funcional.

Na área da comunicação, tanto compreensiva como expressiva, estimula-se o contacto visual, a proximidade e contacto físico, o uso funcional de vocalizações, palavras ou frases e o uso de gestos e expressões faciais adequadas a diversos contextos. Treina-se também o pedido de ajuda ao adulto e a forma como deve dirigir-se ao outro.

No domínio comportamental, pretende-se regular e gerir o comportamento da criança (e.g., impulsividade, distratibilidade) assim como a relação com o outro, através da aprendizagem de comportamentos adequados.

Na área da motricidade são trabalhados os fatores psicomotores (i.e., a tonicidade, o equilíbrio, a lateralidade, a estruturação espaço-temporal e a motricidade global e fina), com enfoque na coordenação óculo-manual e óculo-podal, destreza manual, preensão e nos conceitos tempo e espaço.

3.1.2. Contexto de Intervenção

O ambiente em que decorreram as sessões de Intervenção Psicomotora era tranquilo, tentando que a estimulação visual não fosse demasiadamente distrativa. As atividades eram estruturadas de forma a levar a criança a ter a percepção da circunstância da intervenção, ou seja, de modo a levá-la a perceber em que momento se encontrava e o que era esperado que fizesse. Assim mais facilmente lhe era transmitida a noção das tarefas finalizadas e das que ainda havia para desenvolver.

Durante cada sessão, as atividades propostas eram pensadas e desenvolvidas consoante o objetivo a trabalhar, de acordo com cada criança, adaptando-se muitas vezes às motivações e necessidades do momento. Todas as atividades tinham o seu início e final bem definido, sendo apresentadas à criança utilizando uma linguagem simples e direta, com a ajuda de pistas visuais.

Em relação à intervenção juntos das crianças em idade pré-escolar, as atividades foram realizadas com o apoio do adulto em mesas e cadeiras pequenas, sendo que o material estava arrumado dentro de uma caixa grande que era colocada no chão do lado esquerdo da criança e o material ia sendo retirado pelo adulto à medida que a criança realizava as tarefas. Depois de concluída a tarefa, a criança arrumava o material noutra caixa ao seu lado direito. Deste modo, mais facilmente se conseguia orientar no espaço e no tempo.

A organização da sala e o desenrolar das ações esteve dependente do perfil apresentado pela criança, da sua idade e dos objetivos estabelecidos para si.

No caso de crianças mais crescidas, o trabalho realizado foi desenvolvido na secretária da técnica, estando as atividades organizadas e numeradas numa estante. Havia números em cima da mesa de trabalho, colados com velcro, à direita da criança, que iam sendo descolados e colados por ela na estante à medida que concluía as tarefas.

No decorrer das sessões, existiam sempre dois momentos distintos e essenciais para um bom desenvolvimento das atividades, designados por “Trabalho” e “Reforço”. Estes momentos eram do conhecimento da criança que os conseguia identificar e distinguir com clareza. Sabia também que enquanto não terminasse as tarefas previstas para o momento “Trabalho” ou se viesse a ter comportamentos desajustados ou disruptivos durante esse período, não progrediria para o momento “Reforço”. Existiam várias atividades lúdicas previstas para o momento de “Reforço” que tinham sempre em conta, o interesse e motivação da criança (e.g., vídeos no computador, miniaturas, bolas de sabão, bola, carros).

Em síntese, pode dizer-se que a organização do espaço, a forma de apresentação da atividade à criança e o desenvolvimento da mesma, estavam dependentes de cada momento, ou seja, da forma de estar da criança, da sua idade, do seu perfil e dos objetivos definidos para cada sessão ou atividade.

3.1.3. Planeamento da Intervenção

Inicialmente, durante o primeiro semestre, foi realizada apenas observação de sessões de intervenção de duas TSEER, dos dois Terapeutas da Fala e da Terapeuta Ocupacional. No final do semestre, foi possível realizar uma observação participada em alguns casos, na qual foram sugeridas e realizadas atividades com as crianças, exceptuando em Terapia da Fala. Foram ainda definidos os estudos de caso, que iriam exigir um acompanhamento mais aprofundado e autónomo, e a realização do plano de intervenção.

Em dezembro foi iniciado o desenvolvimento do projeto “Sarilhos do Amarelo na PHDA”, em parceria com a estagiária de Mestrado de Neuropsicologia, por iniciativa própria.

No segundo semestre, foi dada mais autonomia à estagiária, que foi intervindo gradualmente de forma autónoma com as crianças. Desta forma, o processo de intervenção foi desenvolvido pela estagiária em sessões individuais com 4 crianças com PEA e uma com PEL e em contexto de grupo com 10 jovens com PEA de nível 1. Foi também possível realizar pontualmente atividades para uma criança com DAE, a beneficiar de Intervenção Psicomotora com uma TSEER especializada nesta perturbação, bem como trabalhar em parceria com a TSEER na intervenção com uma criança com características de PEA, o An..

Ao longo do ano letivo, foi ainda possível assistir a consultas do neurodesenvolvimento, com dois dos Neuropediatras da instituição de acolhimento, bem como observar avaliações realizadas pelas TSEER.

Seguidamente será apresentado na tabela 7, um resumo das atividades realizadas pela estagiária, ao longo do estágio, relativamente à sua frequência e duração.

Tabela 7 - Planeamento das atividades realizadas ao longo do Estágio

		Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Horas
Avaliações	Observação	2	3		1	1	1	4	2		56
	Realização				1					1	3
Intervenção Psicomotora nas PEA	Obs. de sessões	6	21	6			3				36
	Obs. Participada			8	13	7	7	5	8	4	52
	Intervenção Autónoma					9	9	15	12	3	48
Intervenção Psicomotora nas DAE	Obs. de sessões		3	1							4
	Obs. Participada			2	4	4	3	2	3	2	20
Terapia da Fala	Obs. de sessões	2	13	11	13	9	1				49
Terapia Ocupacional	Obs. de sessões	1	2								3
	Obs. Participada						2				2
	Intervenção Autónoma			3	3	4					10
Redes Ativas	Intervenção Autónoma		2	2	2	2	1	1	3	3	24
	Reuniões	1	1		2					2	8
Reuniões com Orientadoras	Orientadora de estágio	2	3	2	1	3	1	2	1	2	17
	Coordenadora de estágio	1	2	1	1	2	2	2	2		13
	Professora Orientadora	1		1	1		1			1	5
Reuniões de Equipa		3	2	3	2	3	4	3	7	2	43
Reuniões com outros membros da Equipa Técnica			3		1		2		1		8
Reuniões com as outras estagiárias	Sarilhos do Amarelo			2	2	3	3	2	2	4	27
	Preparação reunião final							2	3		5
Consultas de Neuropediatria		2	5				4				9
Formações					1	1	2	2	1	2	55
Acolhimento de estágios		13									16
Total											513

Salienta-se que, ao longo do estágio, foram elaborados materiais para auxiliar e complementar a intervenção (ANEXO A), assim como atividades de pesquisa e estudo, em tempos para além dos representados na tabela supracitada.

A tabela que se segue, pretende retratar o número total de horas em regime de observação, observação participada e intervenção autónoma, relativas às crianças acompanhadas em Intervenção Psicomotora, incluindo a criança com DAE e os estudos de caso (i.e., 7 crianças e um grupo de 10 jovens).

Tabela 8 - Acompanhamento em Intervenção Psicomotora

Tipo de ação desenvolvida	Número total de horas
Regime de observação	40
Regime de observação participada	72
Regime de intervenção autónoma	72

3.2. Relação com Outros Profissionais e Família

O papel da estagiária na instituição de acolhimento, passa não só pelo intervir e o estabelecer de relações empáticas com as crianças e jovens, mas também pela participação, articulação e colaboração com a instituição e seus profissionais, mantendo sempre que possível um contacto próximo com a família de cada criança.

É importante que este contacto seja próximo, cordial e acima de tudo, dedicado. A estagiária deve mostrar interesse e disponibilidade. Deve respeitar as famílias, guardar sigilo e abraçar a missão da instituição. Não deve ser intrusiva, desinteressada e inconveniente.

A relação com os outros profissionais do CADIn desenvolveu-se num clima de respeito mútuo, troca de saberes e experiências, colaboração e interajuda, mantido e promovido ao longo de todo o ano letivo, nas várias ações e atividades efetuadas.

Foi possível a participação em reuniões de equipa, que se realizavam semanalmente e eram dinamizadas pelos técnicos e profissionais do CADIn ou por elementos externos, convidados pela instituição. Estas reuniões, de carácter científico ou informativo, mostraram-se uma mais-valia na aquisição de conhecimentos, experiências e contactos, uma vez que os temas abordados foram de múltiplos interesses.

Ao longo do ano letivo, foram existindo pontualmente reuniões com as orientadoras (i.e., orientadora de estágio, coordenadora de estágio e professora orientadora). Nestas reuniões, foi possível partilhar o trabalho que estava a ser desenvolvido pela estagiária, assim como esclarecer dúvidas, apresentar e discutir casos clínicos, adquirir novos conhecimentos e trocar ideias e estratégias de intervenção.

Em relação às reuniões com as orientadoras locais, iam também sendo propostos alguns desafios, pedindo à estagiária o desenvolvimento de um determinado tema e a sua apresentação em reunião posterior. É de referir que as reuniões com a coordenadora de estágio eram realizadas juntamente com as restantes estagiárias, nomeadamente de Psicologia e Neuropsicologia.

Foram ainda realizadas reuniões pontuais com os diversos técnicos do CADIn, sempre que surgiu a necessidade, esporadicamente e por iniciativa da estagiária.

Em anexo (ANEXO B) encontram-se os cronogramas de todas as reuniões em que foi possível participar, apresentando-se as datas, temas e pessoas responsáveis.

Ainda no que se refere ao envolvimento da estagiária nas atividades e dinâmicas da instituição, a sua participação foi sempre valorizada e incentivada, como foi o caso da colaboração com a instituição na comemoração do mês da consciencialização das DAE (ver “atividades complementares”).

Quanto ao contacto com a família, este acontecia no início e no final das sessões de intervenção, o que correspondia a um momento onde era dado feedback do comportamento da criança, quer nas intervenções quer em casa e na escola, assim como trocar informações e estratégias para melhor lidar com a criança.

4. Avaliação das PEA no CADIn

Quando existe uma suspeita de uma PEA é necessário encaminhar a criança para que se realize uma avaliação. Esta é essencial não só para que haja um despiste e definição do diagnóstico, mas principalmente para auxiliar e direcionar a intervenção (Lima, 2012), determinando-se o nível de funcionalidade da criança nas diversas áreas (e.g., socialização, cognição, autonomia, linguagem, motricidade), bem como as suas características comportamentais e o seu perfil (i.e., competências e necessidades).

É de extrema importância avaliar o sujeito de forma abrangente (Gibbs et al., 2012; Thrum, Soorya & Wagner, 2007), recorrendo a múltiplas fontes de informação (i.e., observação clínica, informação dos prestadores de cuidados, professores e outras entidades de relevância) e a vários instrumentos de avaliação, para que o diagnóstico seja o mais fidedigno possível, apoiado no máximo de informação possível.

No CADIn, os pedidos de avaliação de despiste de PEA podem surgir (1) por solicitação de um Neuropediatra ou por sugestão de um técnico do centro que, através da conversa com a família e pela observação da criança, identificou comportamentos e características que constituem sinais de alerta relevantes para se realizar um despiste de PEA, ou (2) a pedido da família, quer por iniciativa própria e derivado das suas preocupações e medos, quer por sugestão de um técnico de saúde ou profissional da área da educação.

Normalmente a avaliação não se realiza num só dia, uma vez que é um processo extensivo e exigente para a criança e que, se realizado sem pausas, pode levar a que esta fique cansada, desmotivada e frustrada, o que irá interferir e influenciar negativamente a sua prestação e conseqüentemente alterar os resultados da avaliação. É importante respeitar e seguir os ritmos da criança, interrompendo a avaliação sempre que necessário, de forma a obter o melhor resultado possível. Os pais estão presentes durante todo o processo para que a criança se sinta tranquila e segura.

O processo de avaliação é constituído por cinco fases principais: (1) contacto inicial com os pais para levantamento geral das razões que os levaram a procurar orientação especializada, de forma a definir a avaliação mais adequada e marcar o início da mesma, (2) aplicação dos instrumentos de avaliação à criança e recolha formal de informação junto dos pais e outros adultos de referência, (3) cotação, análise e interpretação dos resultados, (4) redação do relatório de avaliação pormenorizado, onde se apresentam os resultados obtidos e respetivas conclusões, sendo ainda sugeridas estratégias psicopedagógicas e recomendações de intervenção futura, e (5) momento de entrega do relatório de avaliação aos pais, onde o mesmo é revisto em conjunto e são esclarecidas todo o tipo de dúvidas.

4.1. Instrumentos de Avaliação

Sendo o diagnóstico de PEA um diagnóstico clínico, não é necessária a aferição e validação de instrumentos de avaliação para esse fim. No entanto, existem instrumentos de avaliação de grande utilidade, que facilitam a confirmação de diagnóstico, a

normalização de critérios e ainda permitem avaliar as competências cognitivas e funcionais destes sujeitos (Filipe, 2012).

Desta forma, no CADIn são aplicados à criança vários instrumentos de avaliação para definição de diagnóstico, tais como: a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Luiz, et al., 2007), o *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2, Lord, et al., 2012), o *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R, Rutter, LeCouteur, & Lord, 2003) e o Questionário para a Educadora e o Questionário do Comportamento da Criança, ambos elaborados pela equipa do CADIn. Quando necessário é ainda aplicado a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005) para avaliar o comportamento adaptativo e o *Asperger Syndrome Diagnostic Scale* (ASDS, Myles, Bocks, & Simpson, 2001), para despiste específico de PEA de nível 1.

De acordo com o perfil da criança e sempre que existem questões mais específicas, quer ao nível da linguagem, do comportamento, das competências cognitivas, ou de características de hiperatividade e défice de atenção, é realizada uma avaliação mais extensiva, a fim de despistar qualquer outro tipo de problemática que possa condicionar e influenciar a interação da criança com o meio envolvente. Essa avaliação pode ser realizada por Terapeutas da Fala, Psicólogos ou Técnicos Superiores de Reabilitação Psicomotora, consoante a especificidade e as exigências da mesma.

4.1.1. Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths

Esta escala foi desenvolvida por Ruth Griffiths nos anos 70 e aplica-se a crianças até aos oito anos de idade, estando dividida por idades (dos zero aos dois anos e dos dois aos oito anos). É um teste psicométrico que pretende avaliar o comportamento da criança em seis domínios (i.e., Locomoção, Pessoal-Social, Linguagem, Coordenação Olho-mão, Realização e Raciocínio Prático), referenciando os resultados relativamente a uma norma.

A aplicação da mesma dura entre 60 a 90 minutos e deve ser completada numa única sessão. Os itens são avaliados através de atividades propostas à criança, as quais são apresentados tendo em conta um grau de dificuldade crescente.

Desta forma, a escala permite conhecer o desenvolvimento mental da criança, assim como o seu desempenho nos vários domínios de aprendizagem em cada subescala e globalmente. Consequentemente permite aferir as áreas fortes e fracas da criança, o que facilitará a realização do plano de intervenção.

4.1.2. Autism Diagnostic Observation Schedule

O ADOS-2 é um instrumento que permite avaliar e diagnosticar uma PEA, em todas as idades, níveis de desenvolvimento e competências linguísticas. É uma avaliação semiestruturada e estandardizada que consiste em administrar, durante aproximadamente 45 minutos, um protocolo de atividades ou situações sociais planeadas a fim de observar a interação social, comunicação, o comportamento estereotipado e interesses restritos e o jogo simbólico.

Este instrumento é composto por 4 módulos, sendo administrados em função do nível de linguagem, expressividade e idade cronológica do indivíduo. O Módulo 1 é utilizado com crianças sem linguagem ou com linguagem pouco consistente, o Módulo 2 é usado com crianças que usam frases de forma consistente mas não são fluentes, o Módulo 3 é administrado a crianças fluentes, e o Módulo 4 é aplicado a adolescentes e adultos fluentes.

4.1.3. Autism Diagnostic Interview Revised

O ADI-R é uma entrevista semiestruturada, dirigida a pais ou prestadores de cuidados de crianças e adultos com suspeita de PEA, com idade mental igual ou superior a 18 meses, até à idade adulta. É um instrumento constituído por 93 itens, com base no DSM-IV e no ICD-10, que pretende avaliar o comportamento atual e a história do seu desenvolvimento nas três áreas nucleares do autismo: linguagem e comunicação, interação social e comportamentos e interesses restritos, repetitivos e estereotipados.

Este instrumento de avaliação é longo e demorado em termos de aplicação e cotação. No entanto permite recolher muita informação acerca do sujeito: da história pessoal, incluindo história familiar, educacional, diagnósticos prévios e medicações; comportamento geral; principais marcadores e etapas do desenvolvimento; aquisição da linguagem e “perda” de competências linguísticas; funcionamento atual relativo à linguagem e comunicação; desenvolvimento social e jogo; interesses e comportamentos; e comportamentos clinicamente relevantes (agressão, autoagressão e possibilidade de características epilépticas). Desta forma, o técnico consegue perceber qual a visão dos pais sobre a criança, quais as suas principais preocupações e ao que dão mais valor e menos atenção.

O ADI-R permite ainda distinguir o Autismo de outras Perturbações do Desenvolvimento, sendo também útil para posterior intervenção.

4.1.4. Questionário para a Educadora e Questionário do Comportamento da Criança

O questionário para a educadora engloba um conjunto de questões que permitem recolher o máximo de informação relativa à criança, no contexto escolar. As questões foram desenvolvidas com o intuito de ajudar na identificação de comportamentos desadequados e facilitar o despiste de uma PEA. Abrange essencialmente os seguintes domínios: comportamento dentro e fora da sala de aula, relações sociais com os pares e adultos, questões relacionadas com as reações perante alterações de rotinas, linguagem e aspetos sensoriais.

Por outro lado, o questionário do comportamento da criança pretende compreender e avaliar os comportamentos, características ou temperamento da criança, em três áreas: interação social, comunicação, comportamentos e interesses, e respostas sensoriais (i.e., visuais, auditivas, tácteis, olfativas e gustativas). É apresentada uma lista de afirmações, agrupadas por categorias, que deverão ser classificadas de acordo com a frequência da ocorrência de cada item.

Assim, estes questionários desenvolvidos por vários técnicos do CADIn, permitem complementar a avaliação, combinando o contributo da educadora e outros adultos de referência, com a observação do técnico e o relato dos pais, permitindo ter uma visão holística da criança e do seu comportamento nos diversos contextos onde se insere.

4.1.5. Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland

A Vineland foi desenvolvida nos anos 80 e trata-se de uma entrevista semiestruturada com o objetivo de avaliar o comportamento adaptativo do indivíduo, ou seja, o desempenho do indivíduo em atividades diárias necessárias para a sua autonomia pessoal e social. Deve ser aplicada aos pais ou cuidadores do indivíduo em avaliação, cobrindo uma faixa etária que se estende desde o nascimento até aos 17 anos e adultos com défice cognitivo. Dura cerca de 30 a 60 minutos a aplicar.

É realizada uma avaliação ao nível de quatro domínios principais: comunicação (expressiva, recetiva e escrita), autonomia (pessoal, doméstica e comunitária), socialização (interpessoal e lazer) e motricidade (motricidade fina e grossa).

Os resultados obtidos indicam a funcionalidade do comportamento, de acordo com um percentil, indicando as idades equivalentes a que correspondem. Deste modo, possibilita realizar um perfil de competências e necessidades do indivíduo, relativamente ao seu comportamento adaptativo. Este instrumento, para além de apoiar o diagnóstico, permite retirar informação útil para a definição de objetivos de intervenção.

4.1.6. Asperger Syndrome Diagnostic Scale

O ASDS é uma escala usada para avaliar sujeitos que apresentem características compatíveis com a SA, preenchido pelos pais e pela professora da criança. Os itens, que representam comportamentos sintomáticos da SA, encontram-se agrupados em cinco subescalas (i.e., linguagem, social, comportamentos desajustados, cognitiva e sensoriomotora). É utilizada em idades compreendidas entre os 5 e os 18 anos.

O seu resultado global traduz-se no Quociente de Síndrome de Asperger (QSA), que é comparado posteriormente com a norma. Deste modo, permite estabelecer a probabilidade do indivíduo ter SA, determinando ainda as áreas fortes e fracas da criança.

4.2. Avaliações Assistidas/Realizadas

No decorrer do estágio, foi possível assistir a 14 processos de avaliação, sendo um de despiste de DAE. As restantes avaliações observadas tinham como objetivo, dependendo dos casos, (1) despistar uma PEA, (2) avaliar o desenvolvimento da criança ou (3) monitorizar a evolução da mesma, nos casos de reavaliação.

As 13 crianças tinham entre os 2 e os 13 anos e eram maioritariamente do género masculino (apenas 2 eram do género feminino). Na generalidade, estas crianças eram acompanhadas pelos dois progenitores. Concluídos os processos de avaliação averiguaram-se alguns diagnósticos inconclusivos, com características de PEA, bem como diagnósticos de PEL, Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID) e PEA. No que diz respeito às reavaliações, foi possível verificar evoluções positivas em todos os casos e indicar novas diretrizes / estratégias para prosseguir com as intervenções.

Foi ainda possível fazer parte do processo de reavaliação de um dos estudos de caso, o Da., aplicando autonomamente e sob supervisão a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Luiz, et al., 2007) e a ADOS-2 (Lord, et al., 2012). A reavaliação foi realizada em janeiro de 2014. É possível consultar o resumo dos resultados, que se encontra em anexo (ANEXO C).

5. Processo de Intervenção – Estudos de Caso

Neste ponto serão apresentados as crianças e jovens que constituíram os estudos de caso e que beneficiaram de Intervenção Psicomotora, sendo duas crianças acompanhadas individualmente e 10 jovens em contexto de grupo. Será feita uma breve exposição do processo de acompanhamento, fazendo-se referência à caracterização das crianças e grupo, bem como ao plano de intervenção realizado para cada estudo de caso, ao processo de avaliação e instrumentos utilizados, às intervenções realizadas, resultados de intervenção obtidos e sua discussão.

5.1. Caracterização dos Casos

Seguidamente será descrito o historial clínico das duas crianças que fazem parte dos estudos de caso individuais, nomeadamente o Da. e o Af., sendo também apresentados os dados relevantes acerca do estudo de caso de grupo, do Projeto Redes Ativas II.

As informações foram retiradas dos processos individuais de cada sujeito e recolhidas junto das técnicas responsáveis pelos casos.

Da.

O Da. é uma criança do género masculino, nascido em 2010, com 3 anos de idade. Vive com os pais e a irmã, de 8 anos.

Não foram destacadas quaisquer intercorrências no período de gestação, parto ou pós-parto. Relativamente ao desenvolvimento psicomotor, o Da. fez as aquisições dentro do período considerado normativo. Tem tido um desenvolvimento saudável.

As primeiras preocupações surgiram após ter completado 2 anos, quando entrou para o infantário, devido ao atraso na aquisição de linguagem, brincadeiras repetitivas e disfuncionais (e.g., alinhar e empilhar objetos), baixa tolerância à frustração, entre outras características comportamentais.

Pelas particularidades acima enumeradas, foi pedida uma avaliação pela Neuropediatra, a fim de realizar o despiste de uma PEA e caracterizar o perfil de desenvolvimento da criança.

Para a referida avaliação, realizada em janeiro de 2013, foram utilizados os seguintes instrumentos: Entrevista Semiestruturada aos pais com base no ADI-R (Rutter, et al., 2003); ADOS-2 (Lord, et al., 2012); Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Griffiths (Luiz, et al., 2007); Questionário de Informações da Educadora e Questionário do Comportamento da criança (avaliações informais do CADIn). Para além da avaliação formal, foi ainda tida em conta a observação realizada em janeiro e fevereiro de 2013.

Desta forma, através da avaliação feita à criança e das informações dadas pela família e educadora, concluiu-se que o Da. apresentava um quadro clínico compatível com o de PEA. No entanto, há que ressaltar que, apesar do quadro de PEA, o Da. ainda se encontra numa idade precoce e apresenta muitas competências que utiliza de forma funcional e adequada. Assim, é importante ir acompanhando e avaliando a evolução das suas áreas fortes e fracas e o seu impacto na qualidade de vida e integração social e escolar do Da..

As áreas onde a criança apresenta maiores competências dizem respeito à Locomoção, Coordenação Olho-mão, Realização, Regulação da Interação e da Comunicação (i.e., conservação do contacto ocular, utilização espontânea de gestos e manutenção de alguns ciclos de comunicação). Já as suas maiores dificuldades relacionam-se com a Interação Social e a Comunicação, especialmente as Competências Pré-comunicativas e a Comunicação Expressiva, assim como a área Pessoal-Social.

Atualmente, o Da. é acompanhado no CADIn uma vez por semana por uma TSEER e uma vez por semana por uma Terapeuta da Fala.

Af.

O Af. é uma criança do género masculino, nascido em 2006, com 7 anos de idade. Vive com os pais e a irmã, de 2 anos.

Não são destacadas quaisquer intercorrências no período de gestação, parto ou pós-parto. Relativamente ao desenvolvimento psicomotor, o Af. fez as aquisições dentro do período considerado normativo. Tem tido um desenvolvimento saudável.

As primeiras preocupações surgiram após ter completado 3 anos, tendo sido realizado uma avaliação do desenvolvimento no Hospital Garcia de Orta (HGO), que demonstrou um comprometimento relevante em todas as áreas avaliadas: Motora, Pessoal-Social, Audição-Linguagem, Coordenação Óculomotora e de Realização. Desta forma, através da avaliação feita à criança concluiu-se que apresentava um quadro clínico compatível com o de PEA.

De acordo com a informação dada pelos técnicos do HGO que seguiam a criança em Psicologia, Terapia da Fala e Psicomotricidade, o Af. mostrava-se uma criança com um contacto indiferenciado, que nem sempre respondia ao nome. Gostava de explorar o espaço envolvente, tinha um grande interesse por animais e era capaz de se manter nas atividades de interesse por tempo ilimitado, recusando aquelas que não lhe interessavam.

Em 2011, já com 5 anos, o Af. começou a ser acompanhado no CADIn, em Neuropediatria. É referido que é uma criança que interage muito pouco, não responde a perguntas simples, faz birras graves e apresenta estereotípias. Começou a ser acompanhado também pela Terapeuta da Fala e pela TSEER.

Foi realizada nova avaliação em outubro de 2013, a fim de avaliar o comportamento adaptativo da criança. Desta forma, foi aplicada a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland (Sparrow, et al., 2005) que permitiu verificar que os domínios onde a criança apresentava maiores competências diziam respeito às atividades de vida diária doméstica e à motricidade. Já as suas maiores dificuldades relacionavam-se com a comunicação, e socialização. Relativamente aos comportamentos desajustados, estes apresentavam uma importância relativa.

Atualmente, o Af. é acompanhado no CADIn uma vez por semana por uma TSEER e uma vez por semana por uma Terapeuta da Fala.

Redes Ativas II

O grupo do Projeto Redes Ativas II é constituído por 10 jovens, com diagnóstico de PEA de nível 1, sendo um do género feminino e os restantes do género masculino. Têm idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, ao qual corresponde uma média de 20 anos de idade. Estes jovens moram maioritariamente em concelhos do distrito de Lisboa, vindo apenas um do distrito de Leiria.

Relativamente à escolaridade de cada um, todos têm pelo menos o 9º ano, pelo que dois dos jovens estão ainda a terminar o secundário, três estão a frequentar um curso profissional e outros dois seguiram para cursos superiores. Os restantes três jovens terminaram o seu percurso académico com o secundário concluído, estando um a trabalhar, um a realizar uma formação profissional numa Cooperativa de Educação e Reabilitação dos Cidadãos com Incapacidade (CERCI) e outro desempregado, em casa.

Antes de participarem em qualquer tipo de sessões de grupo, seis dos jovens usufruíram de intervenção individual entre 1 mês a 1 ano, tendo três deles ingressado posteriormente na primeira edição do projeto e os outros três apenas na segunda edição. Os restantes quatro elementos entraram diretamente para uma intervenção em grupo, dois para o Redes Ativas I e dois para o Redes Ativas II. Desta forma, cinco dos dez jovens já haviam participado na primeira edição do projeto.

5.2. Planeamentos de Intervenção

Ao iniciar um processo de Intervenção Psicomotora, deve ser elaborado um plano de intervenção, após verificadas as competências e dificuldades das crianças/jovens nos vários domínios. De forma a orientar os procedimentos de intervenção, deverão ser definidas no plano de intervenção os objetivos gerais, os específicos e os operacionais. Assim, serão apresentados os planeamentos de intervenção dos 3 estudos de caso.

Tendo em conta as observações realizadas de outubro a dezembro de 2013, e com o intuito de dar continuidade à intervenção desenvolvida pela técnica, foi delineado em janeiro de 2014 o plano de intervenção para os estudos de caso Da. e Af., no qual foram definidos objetivos em quatro grandes domínios: a) socialização e comportamento; b) comunicação; c) cognição e raciocínio prático/competências académicas; e d) motricidade.

Em relação ao planeamento de intervenção para o grupo do Projeto Redes Ativas II, este foi traçado tendo em conta os objetivos globais do projeto e as características enunciadas na literatura acerca dos jovens com PEA de nível 1. O plano foi elaborado em outubro de 2013 focando essencialmente os domínios: a) socialização; b) cognição; e c) bem-estar.

Os planeamentos das sessões e respetivos relatórios podem ser consultados em anexo (ANEXO D e ANEXO E).

Da.

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Socialização e Comportamento	Promover o desenvolvimento pessoal	Aumentar os momentos e a duração do contacto visual	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer contacto ocular com o adulto, quando quer fazer algum pedido • Realizar contacto ocular espontâneo com o adulto, a fim de partilhar prazeres ou interesses • Olhar para o adulto, sempre que este se dirige à criança, dizendo o seu nome
		Identificar pessoas próximas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar e nomear os membros da família em fotografias
	Promover o desenvolvimento social	Realizar jogo simbólico	<ul style="list-style-type: none"> • Brincar ao faz de conta, com objetos miniatura
		Aumentar a capacidade de imitação de gestos simples	<ul style="list-style-type: none"> • Imitar gestos e ações simples, mediante solicitação do adulto
		Diminuir a frequência de desregulação emocional (e.g., birras e gritos)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a frequência de birras e gritos, para expressar necessidades ou escolhas, substituindo-os por comportamentos mais adequados (e.g., vocalizações ou gestos)
Comunicação	Desenvolver a linguagem compreensiva	Aumentar o repertório de palavras conhecidas pela criança	<ul style="list-style-type: none"> • Dar objetos ou imagens em função do pedido verbal do adulto • Identificar o animal pelo som, apontando para as imagens • Apontar para o objeto ou imagem nomeada pelo adulto
		Escutar uma pequena história	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir uma pequena história, permanecendo sentado e atento até ao final da mesma • Apontar para as gravuras de um livro, mediante as solicitações do adulto • Identificar as personagens das histórias, apontando para as imagens
	Desenvolver a linguagem expressiva	Aumentar a frequência da produção de vocalizações	<ul style="list-style-type: none"> • Imitar sons de animais, pessoas e/ou objetos • Associar sons a objetos e/ou ações
		Realizar pedidos e expressar necessidades ou escolhas através de gestos e/ou vocalizações	<ul style="list-style-type: none"> • Executa pedidos de forma verbal e/ou gestual • Faz com que o outro compreenda o que quer, através de verbalizações e/ou gestos

Cognição e Raciocínio Prático	Desenvolver conceitos básicos	Identificar as características comuns dos objetos	<ul style="list-style-type: none"> • Separar imagens por categorias (e.g., vestuário, animais, frutas, transportes) • Identificar a função do objeto, fazendo correspondência de imagens • Identificar ações do dia-a-dia, apontando para as imagens
		Ordenar sequências de 2 a 3 imagens	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer sequências de ações do cotidiano (duas a três imagens), com ajuda do adulto
		Adquirir aspetos relacionados com a noção de número e quantidade, até 5	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir a contagem com o dedo, até cinco, imitando o gesto do adulto • Associar o número à quantidade, de um a cinco, com ajuda do adulto • Dar determinado número de objetos, de um a três, mediante as solicitações do adulto
	Desenvolver o raciocínio prático	Melhorar o reconhecimento de noções corporais	<ul style="list-style-type: none"> • Apontar para diferentes partes do corpo em si e no outro, mediante as solicitações do adulto • Diferenciar menino de menina, apontando para as imagens
		Aumentar o conhecimento de noções de tamanho, forma, cor	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar noções de tamanho (grande/pequeno; alto/baixo) em imagens, mediante as solicitações do adulto • Identificar as cores nos objetos, apontando mediante as solicitações do adulto • Separar imagens consoante a forma ou a cor
		Aumentar o conhecimento de noções espaciais básicas (e.g., cima/baixo, dentro/fora, frente/trás)	<ul style="list-style-type: none"> • Apontar objetos em imagens, relativamente à sua posição (i.e., cima/baixo, dentro/fora, alto/baixo, frente/trás), mediante as solicitações do adulto • Colocar objetos no espaço, mediante as solicitações do adulto
Motricidade	Aperfeiçoar a motricidade global	Melhorar a Coordenação Óculo-podal	<ul style="list-style-type: none"> • Pontapear bolas, para um determinado alvo, mantendo o equilíbrio
		Melhorar a Coordenação Óculo-manual	<ul style="list-style-type: none"> • Atirar objetos para um determinado alvo, sem precisar da ajuda do adulto • Apanhar objetos, lançados pelo adulto, sem precisar da ajuda de terceiros
	Desenvolver a motricidade fina	Melhorar a destreza manual	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer enfiamentos, sem precisar da ajuda do adulto • Fazer puzzles e encaixes • Desenhar linhas circulares, horizontais e verticais, com suporte visual e/ou demonstração • Segurar corretamente no lápis (i.e., fazer a pega do lápis em tríade) • Moldar plasticina, imitando os gestos do adulto • Enroscar e desenroscar peças, sem precisar da ajuda do adulto

Af.

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Socialização e Comportamento	Promover o desenvolvimento pessoal	Aumentar os momentos e a duração do contacto visual	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecer contacto ocular com o adulto, quando quer fazer algum pedido Realizar contacto ocular espontâneo com o adulto, a fim de partilhar prazeres ou interesses Olhar para o adulto, sempre que este se dirige à criança, dizendo o seu nome
		Realizar jogo simbólico	<ul style="list-style-type: none"> Brincar ao faz de conta, com objetos miniatura Partilhar brincadeiras com o outro
	Promover o desenvolvimento social	Reconhecer emoções	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as emoções tristeza, alegria, raiva e medo, em imagens, mediante solicitação do adulto Interpretar situações quotidianas, representadas em imagens, associando emoções às mesmas (i.e., tristeza, alegria, raiva e medo)
		Aumentar a resistência à frustração	<ul style="list-style-type: none"> Diminuir a frequência de birras e gritos, sempre que é contrariado Realizar todas as tarefas programadas para a sessão Conseguir esperar pela sua vez
Comunicação	Desenvolver a linguagem compreensiva	Compreender uma pequena história	<ul style="list-style-type: none"> Ouvir uma pequena história, permanecendo sentado e atento até ao final da mesma Nomear as personagens das histórias Responde a perguntas relacionadas com a história
		Responder a questões simples	<ul style="list-style-type: none"> Responder a perguntas simples (e.g., quem está a comer a banana, o que é que o menino está a fazer, quantos porquinhos são) Responder a perguntas que exijam a resposta positiva ou negativa, verbalizando
	Desenvolver a linguagem expressiva	Produzir palavras e frases com intenção comunicativa	<ul style="list-style-type: none"> Nomear objetos animais, ações e/ou situações de forma espontânea Construir pequenas frases com intenção comunicativa
		Realizar pedidos e expressar necessidades	<ul style="list-style-type: none"> Executar pedidos de forma verbal e gestual Fazer com que o outro compreenda o que quer, através de verbalizações e/ou gestos
Cognição e Competências Académicas	Desenvolver competências de escrita e leitura	Identificar as características comuns dos objetos	<ul style="list-style-type: none"> Agrupar imagens por categorias (e.g., animais domésticos e animais selvagens, objetos da casa-de-banho e da cozinha, animais com 4 patas e animais com 2 patas) Identificar o objeto que não pertence a uma determinada categoria Separar imagens consoante a forma, a cor, função ou o tamanho
		Reproduzir sequências	<ul style="list-style-type: none"> Fazer sequências de ações do quotidiano (três a cinco imagens), com ajuda do adulto Repetir uma sequência de cores, números, formas ou objetos, com ajuda do adulto

	Desenvolver competências matemáticas	Consolidar aspetos relacionados com a noção de número e quantidade	<ul style="list-style-type: none"> • Associar o número à quantidade, até vinte, e vice-versa
	Desenvolver o raciocínio prático	Associar a adição à combinação de dois grupos de objetos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pequenas somas com suporte visual
		Associar a subtração ao retirar de um conjunto de objetos	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pequenas subtrações com suporte visual
		Aumentar o conhecimento de opostos (e.g., frio/quente, muito/pouco)	<ul style="list-style-type: none"> • Corresponder imagens ao seu oposto, com ajuda do adulto • Identificar verbalmente opostos, mediante as solicitações do adulto • Identificar onde existem mais ou menos quantidade
		Aumentar o conhecimento de noções espaciais (e.g., cima/baixo, dentro/fora, frente/trás)	<ul style="list-style-type: none"> • Apontar objetos em imagens, relativamente à sua posição (i.e., cima/baixo, dentro/fora, alto/baixo, frente/trás), mediante as solicitações do adulto • Colocar objetos no espaço, mediante as solicitações do adulto
		Aumentar o conhecimento de noções temporais (e.g., dias da semana, meses do ano)	<ul style="list-style-type: none"> • Localizar-se temporalmente • Nomear e ordenar os dias da semana • Nomear e ordenar os meses do ano, com ajuda do adulto
		Ler palavras e frases	<ul style="list-style-type: none"> • Ler palavras e frases, com recurso à imagem • Ler pequenos textos, com ajuda do adulto • Associar palavras a imagens e vice-versa
		Escrever frases simples	<ul style="list-style-type: none"> • Escrever frases simples, já conhecidas da criança, sem suporte visual, com ajuda do adulto
Motricidade	Aperfeiçoar a motricidade global	Melhorar a Coordenação Óculo-podal	<ul style="list-style-type: none"> • Pontapear bolas, para um determinado alvo, mantendo o equilíbrio
		Melhorar a Coordenação Óculo-manual	<ul style="list-style-type: none"> • Atirar objetos para um determinado alvo, sem precisar da ajuda do adulto • Apanhar objetos, lançados pelo adulto, sem precisar da ajuda de terceiros
		Melhorar a destreza manual	<ul style="list-style-type: none"> • Desenhar a figura humana com pelo menos 10 elementos (cabeça, tronco, braços, pernas, pés, mãos, olhos, nariz, cabelo e boca).
	Desenvolver a motricidade fina	Aperfeiçoar o grafismo	<ul style="list-style-type: none"> • Segurar corretamente no lápis (i.e., fazer a pega do lápis em tríade)

Redes Ativas II

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Socialização	Promover as competências pessoais e sociais	Aumentar a assertividade	<ul style="list-style-type: none"> • Expressar opiniões de forma assertiva • Escutar ativamente • Aceitar situações de lideranças diversificadas • Pedir ajuda • Aceitar as opiniões dos outros • Esperar pela sua vez • Respeitar regras, ordens ou instruções
		Aumentar a empatia	<ul style="list-style-type: none"> • Ser empático nas relações • Colocar-se na perspectiva do outro
		Aumentar a capacidade de interajuda, de partilha e de cooperação	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar os outros de forma espontânea • Trabalhar em grupo • Confiar nos outros elementos do grupo • Comunicar em grupo • Ganhar confiança nos restantes membros do grupo • Reconhecer a importância de cada elemento do grupo • Saber a importância de usar as forças do grupo em conjunto, para um objetivo comum
		Melhorar o reconhecimento, interpretação e expressão de sentimentos e pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer elogios • Receber elogios • Respeitar os sentimentos dos outros • Compreender os seus sentimentos e o dos outros

		Melhorar a comunicação verbal e não-verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Imitar o outro • Partilhar e refletir sobre vivências pessoais • Reconhecer e responder aos sinais sociais subtis • Perceber de que forma a postura permite a comunicação (e.g., através de gestos, de contato ocular, de expressão facial) • Atender à comunicação não-verbal como uma forma de comunicação de sentimentos • Estabelecer contacto corporal com o outro • Olhar para o outro, enquanto comunicam • Compreender que a cada sentimento correspondem expressões faciais distintas • Expressar sentimentos adequados às diferentes situações • Expressar coisas positivas sobre si e os outros
Cognição	Desenvolver as competências cognitivas	Aumentar a capacidade de resolução de problemas e de tomada de decisões	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar decisões • Resolver situações problemas • Planear as etapas a seguir para atingir um objetivo • Gerar alternativas para uma determinada situação • Resolver problemas/conflictos democraticamente
		Melhorar a capacidade de atenção e concentração	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a atenção e concentração durante a atividade • Focar-se apenas num determinado estímulo
		Melhorar a capacidade de memória	<ul style="list-style-type: none"> • Reter informação fornecida e utilizá-la sempre que precisar • Rechamar informações relevantes de situações passadas
Bem-estar	Promover o bem-estar psicológico	Melhorar a autoestima, a autoconfiança e o autoconceito	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever e demonstrar os seus sentimentos • Lidar com medos e preocupações • Reconhecer e aceitar as suas qualidades e defeitos
		Diminuir o isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer amigos e criar laços afetivos • Manter relacionamentos eficazes • Ter iniciativa em interagir com os pares
		Diminuir os níveis de ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Descontrair voluntariamente • Aceder ao relaxamento global do seu corpo • Sentir-se mais confiante perante situações que não controla

5.3. Instrumentos e Condições de Avaliação

As avaliações realizadas assumiram um caráter informal, com o intuito de recolher informações de forma prática e funcional e que os resultados obtidos pudessem ser analisados de forma qualitativa e quantitativa com referência a critério, de modo a verificar o impacto da intervenção no desenvolvimento de cada caso e, acima de tudo, a evolução das suas competências nos diversos domínios.

No que respeita aos estudos de caso individuais, a avaliação realizou-se em três momentos distintos. A avaliação inicial foi efetuada a 10 de fevereiro de 2014, no dia precedente ao início do processo de intervenção e após um contacto inicial com as crianças ao longo de 11 sessões de observação. A avaliação intermédia decorreu a 07 de abril, após 6 sessões de intervenção, tendo sido a avaliação final realizada a 3 de junho.

Todas as avaliações foram realizadas fora do contexto de intervenção, considerando as sessões anteriores e a prestação da criança nas mesmas, por forma a obter uma visão o mais abrangente e global possível, não tendo em conta apenas um determinado momento de observação, o que poderia comprometer o desempenho da criança e consequentemente enviesar os resultados.

Em todos os momentos de avaliação foram utilizados dois instrumentos de avaliação a critério: uma checklist elaborada pela estagiária a partir dos objetivos operacionais traçados para cada caso e uma adaptação da Grelha de Observação do Comportamento (GOC), desenvolvida no Núcleo de Estágio de Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil, do curso de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, por Joana Marques, Marisa Castro, Patrícia Gonçalves e Raquel Martins, sob a orientação do Professor Doutor Rui Martins no ano letivo 2011/2012.

No que respeita à avaliação do grupo do Projeto Redes Ativas II, esta foi realizada em dois momentos distintos, no início do projeto, em outubro de 2013, e em junho de 2014, aquando do término do mesmo.

As avaliações foram realizadas através de questionários elaborados pela Doutora Sandra Pinho, Psicóloga do CADIn, no ano letivo 2012/2013, preenchidos pelos próprios jovens e pelos seus pais, fora do contexto de intervenção. Para tal, foram utilizados nos dois momentos de avaliação a Escala de Avaliação da Autonomia e o Inquérito de Bem-estar, baseado no The Well-being Survey da New Philanthropy Capital. Foi ainda preenchido pelos participantes um Questionário de Satisfação, no dia de conclusão do projeto. É de referir que foram escolhidos estes instrumentos de avaliação por terem sido usados na primeira edição do projeto, a fim de verificar a eficácia do mesmo.

De seguida serão apresentados os instrumentos de avaliação utilizados para avaliar os estudos de caso, fazendo uma breve descrição de cada um. Em anexo (ANEXO F), encontram-se os enunciados dos instrumentos de avaliação utilizados.

5.3.1. Checklist de Objetivos Operacionais

Composta por 44 itens correspondentes aos objetivos operacionais propostos no plano de intervenção da criança, esta checklist pretende verificar a frequência com que as várias competências são observadas nos quatro domínios (i.e., socialização e comportamento; comunicação; cognição e raciocínio prático/competências académicas e motricidade).

O resultado total é determinado através do conjunto das pontuações obtidas nos vários domínios, transformadas em percentagem, representando a evolução da criança ao longo do tempo e, deste modo, orientar a intervenção.

Assim, os itens são preenchidos de acordo com uma escala de frequência (i.e., Nunca, Raramente, Algumas vezes, Frequentemente, Sempre) que assume valores de 0 a 4. É ainda possível obter informação acerca do nível de autonomia em que a criança realiza as atividades (i.e., Ajuda Física, Ajuda Verbal e Sem Ajuda).

Sempre que existe um item que não se verifica, este deve ser retirado do somatório.

5.3.2. Grelha de Observação do Comportamento (GOC)

A GOC adaptada permite registar os comportamentos da criança ao longo da intervenção de forma qualitativa, num determinado momento. O comportamento da criança é avaliado a dois níveis: (1) na realização de tarefas, que abrange a postura, a participação (adesão, atenção, impulsividade, persistência), o tempo de participação e o ajustamento à tarefa, o prazer lúdico, a comunicação verbal e não-verbal, o jogo simbólico, o respeito pelas regras e a tolerância à frustração, e (2) na relação, quer seja com a família quer seja com o terapeuta.

Existem itens que são preenchidos de acordo com a mesma escala de frequência que a checklist, outros deverão ser assinalados com um X sempre que se verifique o comportamento. Um item não preenchido significa que não se verifica.

5.3.3. Inquérito de Bem-estar

O Inquérito de Bem-estar, baseado no The Well-being Survey da New Philanthropy Capital, é constituído por uma série de afirmações relacionadas com os vários aspectos do bem-estar (i.e., satisfação com a vida, autoestima, bem-estar emocional, resiliência, satisfação com os amigos, satisfação com a família, satisfação com a comunidade, satisfação com a escola).

Relativamente à satisfação com a vida, é apresentada uma escada com 10 degraus e é pedido que seja assinalado o degrau que melhor descreve o sentimento em relação à sua qualidade de vida, sendo que a base representa a pior vida possível e o topo representa a melhor vida possível. Ao nível da autoestima é possível verificar o valor que o jovem dá a si mesmo, estando intimamente relacionada com a autoconfiança. O bem-estar emocional refere-se à competência do jovem em experimentar emoções e sentimentos negativos, pelo que pontuações baixas nesta área alertam para quadros de ansiedade e depressão. O domínio da resiliência avalia a capacidade do sujeito lidar com o stresse e as adversidades, estando associada a uma elevada autoestima. Por outro lado, os aspectos da satisfação com os amigos, família, comunidade e escola são analisados tendo em conta os sentimentos do sujeito face à qualidade das relações e à segurança que transmitem.

Estes itens são preenchidos pelos jovens, de acordo com o grau de concordância com cada afirmação (i.e., concordo totalmente, concordo, não tenho a certeza, discordo, discordo totalmente).

5.3.4. Escala de Avaliação da Autonomia

Preenchida pelos pais dos jovens, esta escala pretende avaliar as competências dos seus filhos nas seguintes áreas: atividades de vida diária pessoais, atividades de vida diária domésticas, atividades de vida diária comunitárias, relações interpessoais, ocupação de tempos livres, autocontrolo e auto-representação.

O domínio das atividades de vida diária pessoais avalia a capacidade do sujeito planear o seu dia-a-dia (i.e., acordar a horas, escolher o vestuário adequado, preparar o necessário) de acordo com as necessidades. Quanto às atividades de vida diária domésticas, estas referem-se às competências do sujeito em organizar todas as tarefas respeitantes à lida da casa, desde cozinhar, a limpar a casa e a utilizar electrodomésticos

e utensílios de cozinha. Ao nível das atividades de vida diária comunitárias é avaliada a capacidade do sujeito conseguir deslocar-se utilizando os transportes públicos, assim como ser capaz de utilizar meios de comunicação e de ter a noção do valor do dinheiro. As relações interpessoais são avaliadas pela capacidade do sujeito interagir com as pessoas para adquirir produtos/serviços/informações; adequar o seu comportamento face às situações; reconhecer, interpretar e expressar adequadamente sentimentos e pensamentos; iniciar, manter e terminar de forma adequada uma conversação. Relativamente à ocupação de tempos livres, esta diz respeito à forma como o sujeito ocupa o seu tempo, como por exemplo, encontrar-se com os amigos, planejar atividades de lazer, praticar exercício físico com regularidade e ter um emprego/fazer voluntariado. O domínio do autocontrolo avalia a capacidade do sujeito controlar a raiva e a ansiedade perante diversas situações, assim como avaliar e evitar situações de risco. Por último, a auto-representação diz respeito ao conhecimento do sujeito em relação à PEA.

Assim, são apresentadas 50 afirmações, que deverão ser cotadas de 1 a 4, correspondendo o 1 à afirmação “necessita sempre de apoio” e o 4 à afirmação “não necessita de apoio”.

5.3.5. Questionário de Satisfação

Este questionário tem como objetivo avaliar o grau de satisfação (i.e., de 1 a 4) dos participantes relativamente às atividades desenvolvidas no Projeto Redes Ativas II, bem como com o projeto de uma forma global. É ainda permitido que sejam dadas sugestões para melhorar cada componente do projeto.

5.4. Processo de Intervenção

Como mencionado anteriormente, o processo de intervenção junto dos estudos de caso foi desenvolvido pela estagiária em intervenção individual com 2 crianças, Da. e Af., e em contexto de grupo com 10 jovens. No entanto, a intervenção autónoma aconteceu em alturas distintas, consoante a tipologia da intervenção. As intervenções individuais iniciaram apenas em fevereiro, depois de um processo de adaptação e integração. A intervenção de grupo iniciou logo em outubro, aquando do início do projeto.

Intervenções individuais

A intervenção começou por ter uma componente de observação. Progressivamente, quando as crianças já estavam mais familiarizadas com a estagiária e a relação empática estava a ser desenvolvida, foi permitido realizar uma observação participada em que, para além de serem sugeridas atividades a desenvolver com as crianças, foi sendo possível intervir nas sessões, de forma espontânea.

No início do segundo semestre, da observação participada passou-se gradualmente para a intervenção autónoma. Assim, as intervenções junto dos estudos de caso Da. e Af. iniciaram imediatamente após a avaliação inicial, a 11 de fevereiro. Estas sessões foram planeadas e dirigidas na totalidade pela estagiária, uma vez que lhe foi dada autonomia para tal, embora sempre sob supervisão da TSEER responsável.

Os objetivos definidos no plano de intervenção de ambas as crianças não foram desenvolvidos com a mesma frequência uma vez que se atendeu às competências onde apresentavam maior défice, considerando-as prioritárias na intervenção.

As intervenções realizaram-se semanalmente, de outubro a junho. Apenas foi possível intervir autonomamente com o Da. e com o Af. em 11 sessões, devido às faltas que foram tendo ao longo do ano. Para além disso, ambos os casos chegavam normalmente depois da hora prevista para o início da sessão, por viverem longe da instituição.

Relativamente à dinâmica das sessões, esta seguiu as diretrizes previamente estruturadas e trabalhadas pela TSEER com as crianças. Desta forma, considerou-se importante continuar com a mesma estrutura, uma vez que as crianças já estavam familiarizadas com esta, tornando-se o ambiente seguro, agradável, organizado e previsível.

Com o Da., devido à sua idade precoce, as atividades foram realizadas com mobiliário ergonómico (i.e., cadeiras e mesa) adequado à altura da criança. Os materiais eram colocados numa caixa grande, no chão, à esquerda da criança e, um a um, iam sendo apresentados pela estagiária. À medida que as tarefas decorriam, os materiais utilizados eram colocados pela criança numa caixa à sua direita. Deste modo, conseguia compreender o início e o fim das tarefas e perceber as que ainda lhe faltava realizar. A estagiária sentava-se em frente à criança, de forma a poder ajudá-la e intervir sempre que necessário, por se encontrar numa posição e campo de visão privilegiados.

No caso do Af., a intervenção era realizada na secretária da TSEER, ficando a estagiária sentada ao lado da criança, para mais facilmente contrariar comportamentos desajustados (e.g., birras, postura desadequada, rejeição de tarefas) e modelar/dirigir as suas acções, sempre que necessário. As atividades encontravam-se organizadas numa estante de separadores, à direita da criança. Para iniciar a tarefa, a criança tinha de ir buscar um número ao canto da secretária e fazer a correspondência com o número de cada tarefa.

No final da sessão, era dado um momento às crianças para que estas pudessem realizar uma atividade do seu agrado. Nestas situações o Da. normalmente escolhia brincar com os carrinhos ou com a bola, e o Af. preferia brincar com uns bonecos miniatura da história dos 3 porquinhos.

Intervenção de grupo

No caso do estudo de caso do grupo de jovens do Projeto Redes Ativas II, foi possível começar logo a intervir autonomamente. Assim, a intervenção teve início a 9 de novembro e conclusão a 28 de junho, com a duração de hora e meia. As sessões realizaram-se quinzenalmente, aos sábados.

As sessões decorreram no gimnodesportivo da sede do Agrupamento de Escolas de Alvide, à exceção das últimas duas, que foram realizadas no exterior, especificamente no complexo desportivo do Jamor e na Praia da Foz do Lizandro. Estas tiveram a duração de aproximadamente 3 horas.

Desta forma, foi possível realizar 16 sessões. Salienta-se que estas tiveram a supervisão de uma Técnica Superior de Reabilitação, que dinamizava as sessões de desporto e lazer.

Relativamente à estrutura das sessões é possível enumerar 4 momentos: o diálogo inicial, onde os jovens refletiam sobre os acontecimentos mais relevantes da sua semana e sobre as atividades realizadas na sessão anterior; a realização de atividades propriamente ditas planeadas para a sessão; o retorno à calma, que consistia na realização de atividades de relaxação; e o diálogo final, onde se fazia a reflexão sobre as atividades realizadas durante a sessão e sobre os seus comportamentos e situações com relevância ocorridos.

Com recurso ao lúdico, foi possível estimular globalmente as competências pessoais e sociais, através de um conjunto de experiências motoras e sociais (e.g., *role playing*, dinâmicas de grupo, momentos de partilha).

De uma forma geral, o grupo mostrou-se sempre receptivo às atividades propostas, verificando-se uma grande adesão, entusiasmo e interesse ao longo das sessões.

5.5. Apresentação dos Resultados

No que respeita aos resultados do processo de intervenção, estes serão apresentados tendo em conta os dados recolhidos aquando dos momentos de avaliação dos estudos de caso, sendo feito uma breve análise descritiva dos resultados obtidos.

Deste modo, serão apresentados primeiramente os resultados dos estudos de caso individuais, sendo realizada uma análise qualitativa dos comportamentos registados nos três momentos de avaliação distintos, com o auxílio da GOC, assim como será feita uma análise quantitativa dos objetivos de intervenção previamente traçados, nos diferentes domínios e de forma global.

Por fim, apresentar-se-ão os resultados obtidos referentes ao grupo do Projeto Redes Ativas II, analisando-se quantitativamente os dados recolhidos através do preenchimento de dois questionários, refletindo o Inquérito de Bem-estar a percepção que os participantes têm sobre a sua vida e a Escala de Avaliação da Autonomia a ótica dos pais dos participantes do projeto, face à sua autonomia. É ainda feita referência ao grau de satisfação dos participantes relativamente às atividades desenvolvidas durante a intervenção, recolhido através do Questionário de Satisfação.

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, poderão ser consultadas as tabelas em anexo (ANEXO G).

Da.

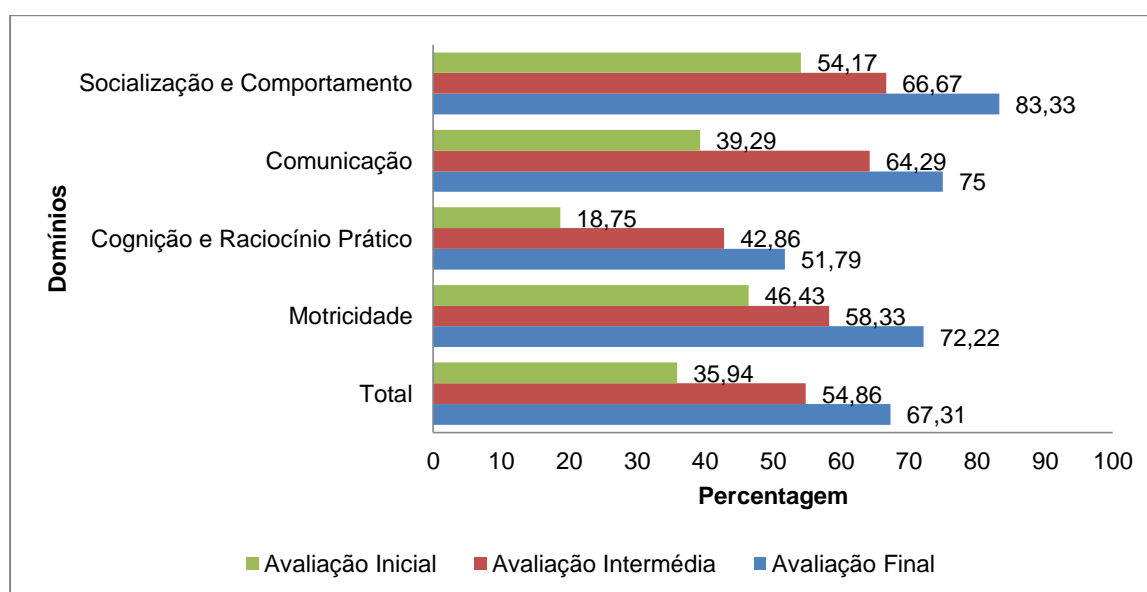
A partir do registo dos comportamentos da criança nos três momentos de avaliação, através da GOC, é possível destacar os seguintes aspetos relacionados com a realização das tarefas e com a relação que estabelece com o outro:

- A postura do Da. perante a apresentação das tarefas manteve-se a mesma durante o processo de intervenção, mostrando-se sempre motivado;
- A sua participação nas tarefas no decorrer das sessões mostrou evolução quanto à adesão e atenção uma vez que inicialmente necessitava de incentivo para participar e realizar as tarefas e, no final, já o fazia de forma espontânea. No início, prestava atenção entre 50 a 75% das atividades significativas e no final do processo de intervenção conseguia prestar atenção a mais de 75% dessas atividades;
- Quanto à impulsividade e persistência, estes aspetos mantiveram-se inalterados ao longo das sessões pois não se mostrou impulsivo e era, frequentemente, persistente na execução das tarefas apresentadas. Participou sempre em mais de 75% do tempo de realização das tarefas, apresentando comportamentos ajustados no decorrer das mesmas;
- Exibia com frequência agrado em desenvolver o que lhe era proposto, mostrando-se sempre alegre no decorrer das atividades. Inicialmente brincava frequentemente sozinho, passando a brincar mais vezes com o outro;
- Na área da comunicação verbal, verificou-se que o Da. passou a comunicar mais com o seu interlocutor, fazendo-o com frequência. Compreendia instruções simples sem necessidade de apoio e passou a verbalizar mais frequentemente, o que inicialmente só acontecia algumas vezes;
- Ao nível da comunicação não-verbal, a criança continuou a expressar-se através de garatujas. Por outro lado, registaram-se progressos no dirigir o seu olhar com espontaneidade para o outro, passando a fazê-lo com frequência;

- Não apresentou estereótipias significativas, durante o processo de intervenção;
- No início da intervenção respeitava frequentemente as regras estabelecidas, passando a respeitá-las sempre;
- Houve melhorias relativamente ao controlo da frustração, dado que no início a criança chegava facilmente à frustração, reagindo por vezes de forma desajustada, enquanto que no final esses comportamentos eram raros e, quando aconteciam, a sua reação era mais ajustada;
- No que respeita à relação com a família, o Da. ficava um pouco hesitante no momento em que se separava da mesma, o que deixou de se verificar mostrando, no final, lidar bem com o momento da separação. Face à família, o Da. mostrou sempre uma atitude afetuosa e na relação com a estagiária mostrou-se sempre cooperante e afetuoso.

O gráfico seguinte compila os dados obtidos através do preenchimento da Checklist de Objetivos Operacionais.

Gráfico 1 – Resultados da avaliação do Da., através do preenchimento da Checklist de Objetivos Operacionais



Ao analisar os dados relativos ao Da., é possível observar um aumento das competências trabalhadas mais acentuado entre a primeira e a segunda avaliação, com um aumento global de 31,37%. A área da socialização e comportamento obteve uma pontuação final de 83,33%, tendo aumentado 29,16%, da primeira avaliação à avaliação final. A comunicação teve um aumento de 37,71%, terminando a criança a intervenção cumprindo 75% dos objetivos operacionais observados. No que se refere o domínio da cognição e competências académicas, este teve uma evolução positiva de 33,04%, indicando os resultados da avaliação final o cumprimento de 51,79% dos objetivos planeados inicialmente. Ao nível da motricidade a criança obteve uma pontuação final de 72,22%, tendo uma evolução de 25,79%.

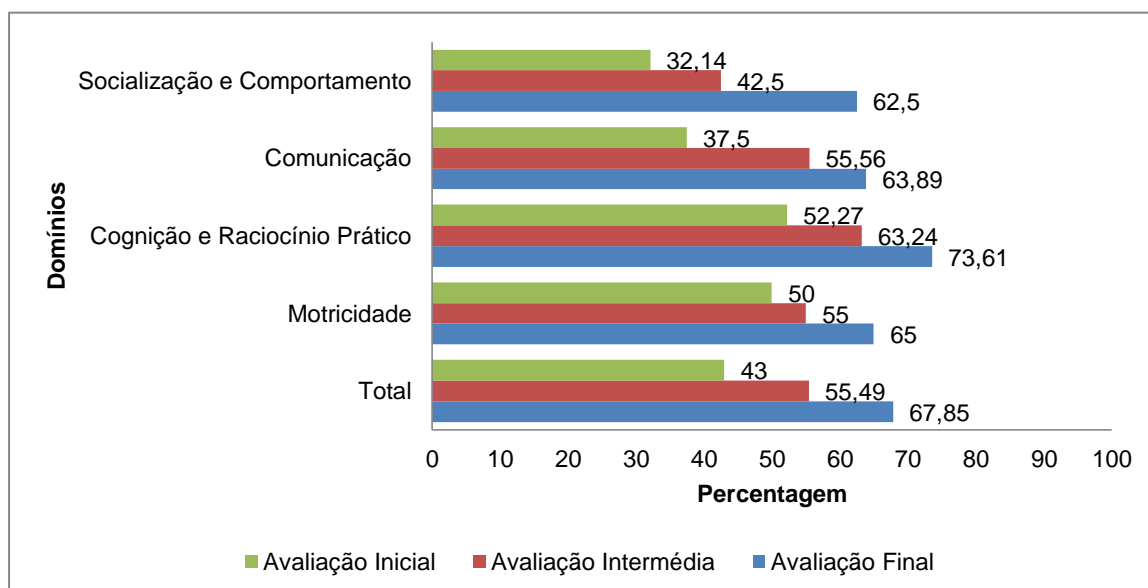
Af.

Quanto às informações retiradas através da GOC, durante o processo de avaliação, verificam-se determinadas características comportamentais que se relacionam com as tarefas e a relação com o outro. Desta forma, foi possível observar que:

- Inicialmente, a criança mostrava-se ansiosa e agitada aquando da apresentação da atividade, tendo melhorado o primeiro aspeto e mantido a agitação. Quanto à sua participação na tarefa, esta acontecia só depois de incentivado, prestando atenção entre 25 a 50% das atividades, mostrando-se impulsivo, não planeando a execução da tarefa e mostrando ser pouco persistente desmotivando e desistindo da tarefa com frequência. Estes aspetos mantiveram-se inalterados na sua generalidade;
- O seu tempo de participação na tarefa era entre 50 a 75% e ajustava-se apenas às situações para as quais estava motivado. Embora no início mostrasse mais preferência em brincar sozinho, este comportamento foi sendo alterado ao longo da intervenção, passando a brincar mais com o outro e preferindo a interação com o outro;
- Na área da comunicação verbal, verifica-se que o Af. raramente comunica com o seu interlocutor, manifestando com frequência ecolália imediata. Compreende instruções simples sem necessidade de apoio, necessitando de auxílio nas instruções complexas;
- A criança apresenta uma caligrafia pobre e desajustada da idade cronológica;
- Dirigia com frequência o olhar para o outro apenas quando era solicitado, não utilizava gestos ou mímica para comunicar e não apresentava estereotípias, o que se verificou até ao final das intervenções. No entanto, refere-se que demonstrava interesse nas texturas e cheiros, explorando o outro e o contexto que o rodeava utilizando o toque (i.e., ponta dos dedos e boca);
- Houve progresso no que diz respeito à realização do faz-de-conta, uma vez que o Af. passou a pedir, no final de todas as sessões, miniaturas com que brincava parecendo dar significado à brincadeira;
- Passou a conseguir respeitar as regras estabelecidas. No entanto, demonstrava pouca tolerância à frustração, reagindo muitas vezes de forma desajustada, ficando frequentemente frustrado;
- Em relação à família, o Af. parecia lidar bem com a separação no momento em que era levado pela técnica e apresentava uma relação afetuosa com a mesma.

Seguidamente é possível observar no gráfico 2 a evolução da criança, quanto às competências avaliadas pela Checklist de Objetivos Operacionais.

Gráfico 2 – Resultados da avaliação do Af., através do preenchimento da Checklist de Objetivos Operacionais

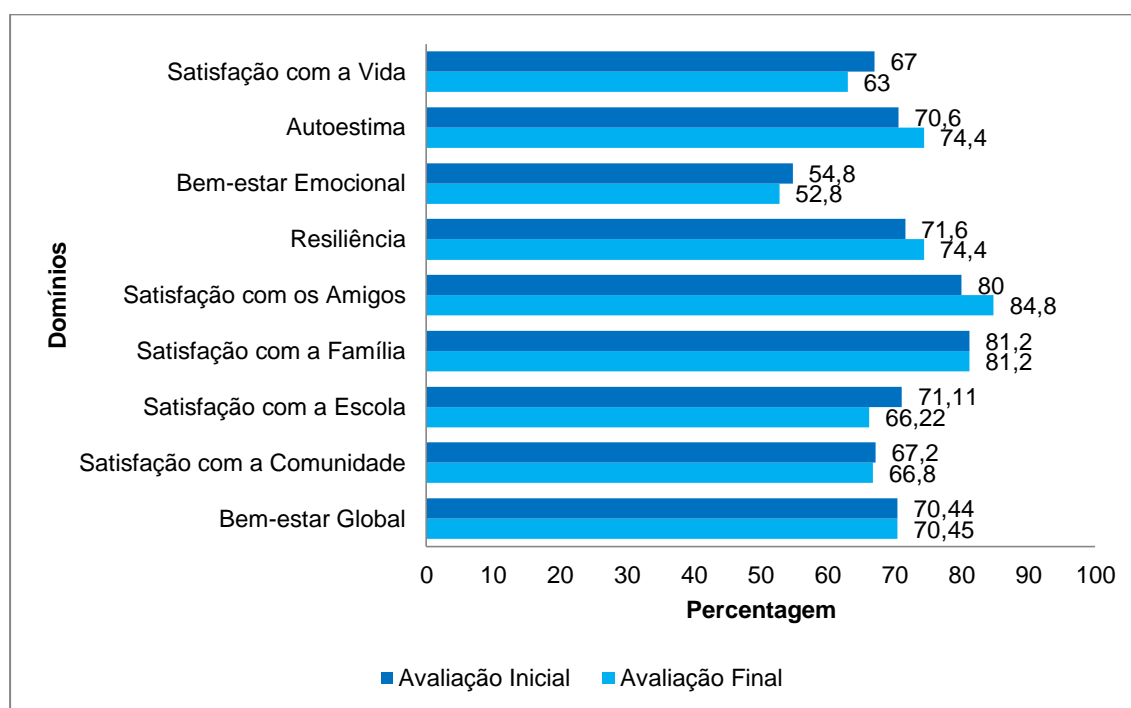


Analisando os dados relativos ao Af., verifica-se que houve um aumento gradual das competências observadas, ao longo do período de intervenção, de aproximadamente 12% entre avaliações, obtendo-se um aumento global de 24,85%. Ao nível da socialização e comportamento, a criança obteve uma pontuação final de 62,5%, tendo melhorado 30,36%. A área da comunicação aumentou 26,39% entre a avaliação inicial e final, pelo que a criança obteve uma pontuação de 63,89%, na última avaliação realizada. O domínio da cognição e competências académicas apresentou melhorias em 21,34%, com um resultado final de 73,61%. A área da motricidade teve uma evolução positiva de 15%, cumprindo-se 65% dos objetivos inicialmente delineados.

Redes Ativas II

O gráfico 3 representa os resultados, em percentagem, referentes à perceção dos sujeitos relativamente aos vários domínios do bem-estar, nos dois momentos de avaliação.

Gráfico 3 – Resultados da avaliação do grupo do Projeto Redes Ativas II, através do preenchimento do Inquérito de Bem-estar



É possível verificar que o grupo aprecia todos os domínios do bem-estar de forma positiva, uma vez que não existe nenhum domínio abaixo dos 50%.

Ao nível da satisfação com a vida, verifica-se uma diminuição da mesma, em 4 pontos percentuais, devendo-se ao facto de, no final do projeto, 40% dos sujeitos considerarem a sua vida num patamar inferior. Os restantes 6 elementos mantiveram (40%) ou aumentaram (20%) a sua apreciação em 10%, em comparação ao início do projeto.

No que respeita ao domínio da autoestima, esta aumentou 3,8% entre os dois momentos de avaliação. No entanto, 40% dos participantes deu menos valor a si mesmo e, conseqüentemente demonstrou menor autoconfiança em relação ao início do projeto, diminuindo em média 4,5%. Por outro lado, 40% do grupo teve um aumento em média de 14%.

O bem-estar emocional diminuiu 2%, tendo 50% do grupo mantido a apreciação deste parâmetro e apenas um sujeito (10%) aumentado em 8%. Os restantes sujeitos, diminuíram em média 9% na avaliação do seu bem-estar emocional.

O domínio da resiliência aumentou 2,8%, melhorando 50% dos sujeitos a este nível, em média 9,6%. Apenas 20% do grupo apresentou uma diminuição na apreciação da sua capacidade de lidar com o stresse e adversidades, em média 10%.

Considerando a satisfação com os amigos, esta aumentou 4,8%, pelo aumento por parte de 50% do grupo de uma média de 10,67% na cotação dos itens. No entanto, 40% diminuiu a sua avaliação neste parâmetro, numa média de 5,33%.

A satisfação com a família manteve-se igual nos dois momentos de avaliação. Porém, 50% do grupo diminuiu a avaliação deste domínio, numa média de 12%. Os outros 40% aumentaram, numa média de 10,67%.

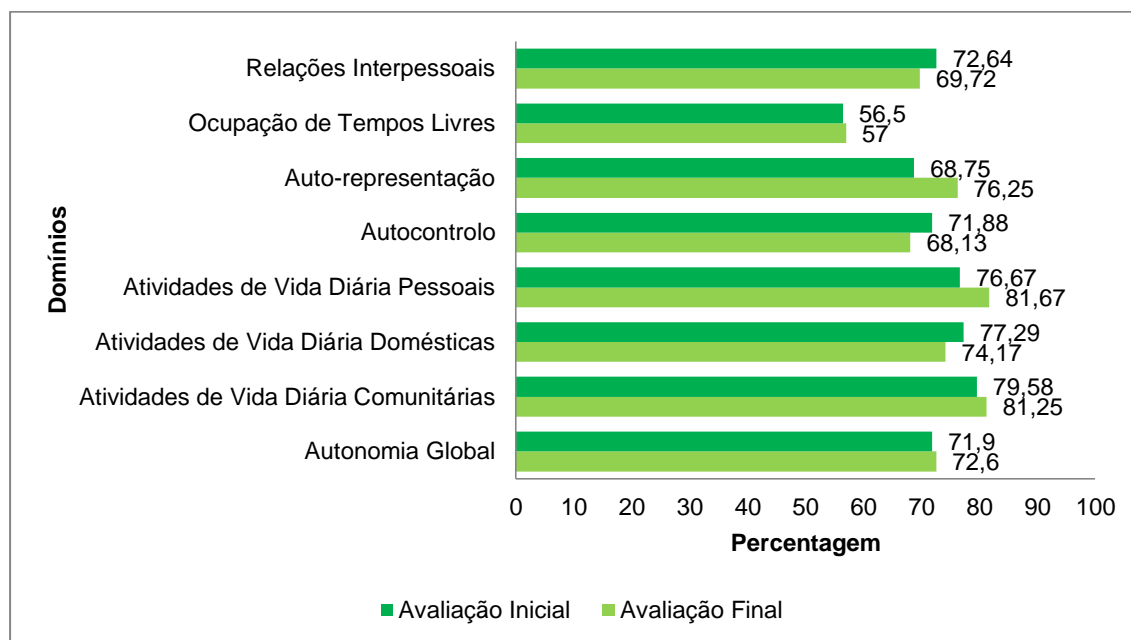
Por outro lado, a satisfação com a escola diminuiu 4,89%, dado que 50% dos participantes do projeto diminuíram a sua apreciação numa média de 14,4%, um sujeito (10%) manteve a sua apreciação e apenas 30% dos sujeitos aumentou a avaliação da sua satisfação com a escola, numa média de 9,33%.

O domínio da satisfação com a comunidade apresentou também uma diminuição na avaliação final comparativamente à inicial, de 0,4%, por 50% do grupo ter avaliado os parâmetros deste domínio com uma pontuação inferior, em média de 10,4%, enquanto que os sujeitos que melhoraram a este nível (50%), pontuaram em média mais 3,8%.

Por fim, analisando o bem-estar de forma global, verifica-se que apesar das oscilações entre os diferentes domínios, o grupo considerou haver uma melhoria do mesmo. Desta forma, 50% dos participantes aumentou a perceção do seu bem-estar, numa média de 6,41%, enquanto os restantes diminuíram em média 4,67% a sua avaliação de bem-estar.

O gráfico seguinte apresenta, sob forma de percentagem, os resultados obtidos pela aplicação da Escala de Avaliação da Autonomia, preenchida pelos pais dos participantes do Projeto Redes Ativas II.

Gráfico 4 – Resultados da avaliação do grupo do Projeto Redes Ativas II, através do preenchimento da Escala de Avaliação da Autonomia



Verifica-se no gráfico 4, à semelhança do gráfico 3, a avaliação positiva de todos os domínios da autonomia, representada por uma percentagem superior a 50%.

No domínio das relações interpessoais, houve uma diminuição de 2,92%, dado que 60% dos participantes do projeto apresentaram um decréscimo de 10,42%, em média. Os restantes participantes (40%) melhoraram em média 8,33%.

Por outro lado, relativamente à ocupação de tempos livres, houve uma melhoria de 0,5%, o que se reflecte pelo aumento, em média, de 32,5% de autonomia de 20% dos sujeitos. No entanto, é de referir que 70% dos sujeitos diminuíram em média 8,57% e que não houve alterações em 10% do grupo, neste domínio.

O grupo apresentou um aumento de 7,5% na auto-representação, em relação à avaliação inicial, melhorando 50% dos sujeitos em média 20%, quanto ao seu conhecimento da PEA, 40% do grupo manteve e apenas um sujeito (10%) apresentou uma diminuição de 25% a este nível.

Quanto à capacidade do sujeito controlar a raiva e a ansiedade perante diversas situações, bem como avaliar e evitar situações de risco (i.e., autocontrolo), houve uma diminuição de 3,75%. Este resultado surge pela diminuição de 20% em média, de 50% dos participantes do projeto. Dos restantes, 40% apresentou uma melhoria de 15,63% em média e 10% apresentou os mesmos resultados nos dois momentos de avaliação.

As atividades de vida diária pessoais apresentaram uma melhoria de 5%, pelo que 50% dos participantes melhorou em média 20,83% e 20% dos sujeitos apresentou uma diminuição de, em média, 16,67%, não havendo alteração dos valores em 40% dos casos.

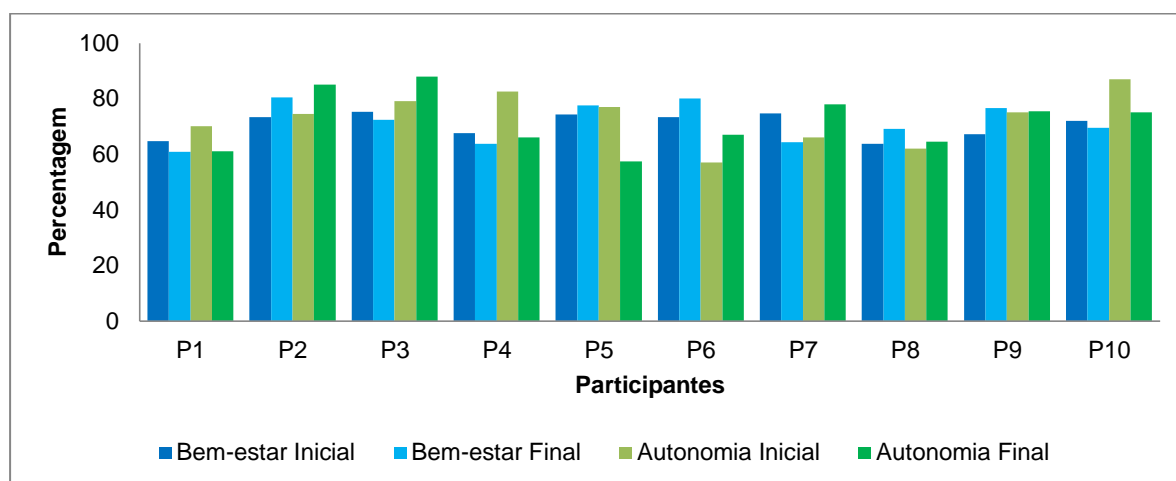
Relativamente ao domínio das atividades de vida diária domésticas, é possível verificar a diminuição de 3,13% na apreciação das competências dos sujeitos face às lides domésticas, tendo 50% do grupo, diminuído em média 20,42%. Os outros 50% aumentaram em média as suas competências nesta área em 14,17%.

Finalmente, no parâmetro das atividades de vida diária comunitárias verifica-se um aumento de 1,67% que reflete uma melhoria de 40% do grupo de em média 20,83% e a diminuição de em média 11,11% de 50% dos sujeitos. Apenas um sujeito (10%) não apresentou alterações em relação aos dois momentos de avaliação.

Globalmente, a autonomia do grupo aumentou, embora tenham existido aumentos e diminuições da mesma em diversos domínios. Assim, é possível verificar que 60% dos participantes aumentou a sua autonomia, numa média de 7,42%, enquanto os restantes 40% diminuíram em média 14,24% a sua autonomia, de forma geral.

Para além da análise intragrupal, realizada anteriormente, é também possível analisar os participantes do projeto de forma individual. Assim, o gráfico 5 permite observar a as evoluções dos sujeitos, ao nível do bem-estar e autonomia, tendo em conta os resultados obtidos a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação.

Gráfico 5 – Evolução dos participantes do grupo do Projeto Redes Ativas II, ao nível do bem-estar e autonomia



Pela análise do gráfico 5, verifica-se que 40% dos sujeitos melhorou em ambos os domínios, 30% dos participantes do projeto apresentou diminuição no seu bem-estar e autonomia e os restantes 30% aumentaram numa área e diminuíram na outra, em comparação aos dois momentos de avaliação.

Relativamente ao grau de satisfação dos participantes em relação ao projeto, estes mostraram-se satisfeitos com o mesmo, apresentando uma média de 3,5 pontos de satisfação, numa escala de 1 a 4, bem como com as componentes que fazem parte dele. Assim, ordenando de forma decrescente, o grupo diz-se satisfeito com as atividades de desporto e lazer ($\bar{x} = 3,7$), visitas culturais ($\bar{x} = 3,5$), dinâmicas de grupo ($\bar{x} = 3,4$), voluntariado ($\bar{x} = 3,3$) e treino de competências sociais ($\bar{x} = 3,2$).

5.6. Análise e Discussão dos Resultados

Neste ponto, serão discutidos os resultados obtidos do processo de intervenção, tendo em consideração não só os dados recolhidos através da aplicação dos instrumentos de avaliação, mas também pela perceção da estagiária, obtida através da observação e do contacto direto com os estudos de caso, bem como da discussão com as orientadoras.

Da.

Apesar do tempo de intervenção ter sido curto verificaram-se, de um modo geral, evoluções positivas em todas as áreas, progredindo na maioria das competências avaliadas, registando-se a sua ocorrência com maior frequência e mais autonomia.

Quanto à Socialização e Comportamento, o Da. passou a estabelecer contacto ocular com maior frequência e de forma espontânea, a fim de partilhar prazeres e interesses, ou para chamar a atenção do adulto. Passou a imitar o adulto mais frequentemente sempre que lhe era solicitado ou espontaneamente. No início da intervenção era uma criança que gritava e chegava facilmente à frustração, fazendo birras quando queria alguma coisa ou quando queria chamar a atenção do adulto, tendo este comportamento sido modificado ao longo do tempo, pelo que passou a controlar-se mais e a expressar as suas necessidades de forma adequada, através de gestos e vocalizações.

Ao nível da Comunicação, houve também melhorias nas competências observadas, uma vez que o Da. passou a revelar uma maior compreensão e a tentar expressar-se com mais frequência. Passou a apontar para as imagens apresentadas, respondendo às solicitações do adulto com maior êxito, prestando também maior atenção e interesse às histórias que lhe eram contadas. Passou a imitar mais sons (e.g., porco, ovelha, vaca, galinha, carro) e com maior consistência, que no início da intervenção. Passou a tentar executar pedidos de forma gestual e verbal, fazendo com que o outro percebesse a sua intenção comunicativa. No final da intervenção já era capaz de dizer algumas palavras (e.g., pai, árvore, água, pé).

A criança demonstrou melhorias, na Cognição e Raciocínio Prático, quanto à identificação da função do objeto, ações do dia-a-dia e noção do corpo. No entanto, apesar de conseguir separar imagens consoante as cores e formas, ainda apresentou dificuldades na sua identificação mediante solicitação verbal. Continuou a apresentar dificuldades nas noções de tamanho e posição no espaço, sequência de imagens e contagem de um a cinco.

Finamente no domínio da motricidade, a criança terminou a intervenção com facilidade em fazer enfiamentos, puzzles e encaixes, demonstrando uma menor evolução nos grafismos.

Durante o processo de intervenção, a criança mostrou-se sempre participativa e colaborante, não rejeitando as atividades que lhe eram propostas, mantendo-se atenta e concentrada e com curiosidade no desenvolvimento das tarefas. Desafiava frequentemente o adulto, para brincar com ele, imitando-o e convidando-o para que o imitasse. Este facto parece ter facilitado e contribuído para o seu desenvolvimento global assim como para a aquisição de novas competências.

Apresenta muitas competências não-verbais, que utiliza de forma mais consistente e funcional e que permitem regular a interação social, tais como o contacto visual, o sorriso social, uma gama variada de expressões faciais e a realização de atenção conjunta.

O Da. sempre se mostrou uma criança carinhosa, simpática e bem-disposta, o que facilitou a intervenção. O facto de também frequentar o jardim-de-infância, sessões de Terapia da Fala e ter um bom suporte familiar, fomentaram e contribuíram para os resultados verificados. Apesar da sua evolução, houve momentos em que esta pareceu mais lenta, pelo que houve alturas em que a criança não mostrou consistência a realizar as tarefas. No entanto, o balanço verifica-se positivo.

Após o processo de intervenção, recomenda-se que o Da. continue a beneficiar de intervenções ao nível do desenvolvimento e da comunicação, com o objetivo de continuar a estimular as suas competências, fomentando o seu desenvolvimento global, dando mais ênfase às suas áreas fracas.

Af.

À semelhança do Da., também o Af. mostrou evoluções positivas, melhorando ao nível das competências avaliadas e tornando-se mais autónomo na realização das tarefas propostas.

No domínio da Socialização e Comportamento, a criança mostrou-se mais sociável e com mais vontade em estar com o adulto, partilhando brincadeiras com o outro, sendo capaz de brincar ao faz-de-conta (mesmo que de forma primitiva). Passou também a identificar emoções com mais facilidade, nomeando-as e agrupando-as corretamente.

Quando à Comunicação, o Af. aderiu muito bem às tarefas em que lhe era solicitado que ouvisse e lê-se partes da história, respondendo às questões que lhe eram feitas no final, mesmo que com ajuda, mostrando-se bastante recetivo e acalmado nestas alturas. No entanto, continuou a apresentar dificuldades em responder a perguntas que lhe eram feitas, assim como em construir frases com intenção comunicativa, uma vez que continuou a demonstrar ecolália imediata. No entanto, esforçava-se por se fazer entender, através de verbalizações e gestos, não desistindo com tanta facilidade.

Na área da Cognição e Competências Académicas, a criança passou a realizar sem dificuldade tarefas como agrupar imagens por categorias, repetir sequências, fazer corresponder imagens ao seu oposto e realizar pequenas somas com concretização. Quanto à escrita e leitura, no final da intervenção a criança já conseguia escrever e ler frases com recurso à imagem, escrevendo palavras conhecidas sem suporte visual. Nomeia e ordena os dias da semana e do mês com facilidade. Apresentou dificuldades nos conceitos mais/menos, assim como nos conceitos relativos à posição dos objetos.

Por último, no domínio da motricidade foram verificadas melhorias ao nível do equilíbrio e coordenação motora, embora não tenham sido competências muito trabalhadas.

Embora mantivesse sempre o mesmo registo durante o processo de intervenção, no que diz respeito à irrequietude, oposição e birras (i.e., chorar, gritar, atirar-se ao chão, virar-se para trás, negar-se a realizar as atividades), foi possível verificar que se tornou mais tolerante e, quando colaborava, as tarefas eram na sua maior parte realizadas com sucesso. Houve momentos em que a criança parecia saturada. Assim, foi necessário adaptar a intervenção, respeitando os seus tempos de concentração e atenção na tarefa, tentando ir mais ao encontro dos seus interesses e realizando outras tarefas que, à partida, não lhe iriam causar ansiedade e agitação e despoletar birras.

Salienta-se que esta criança apresentava interesses marcados nas texturas dos objetos e seus cheiros, explorando com a ponta dos dedos tudo o que lhe era dado, bem como o outro (i.e., olhava com atenção para a mão do adulto, passando lentamente com os dedos pelos tendões, por exemplo). No entanto, este comportamento não foi impeditivo de se realizar as tarefas propostas para as sessões.

Passou a imitar o adulto com frequência, fazendo com que o processo inverso também acontecesse. Nestas alturas, verificava-se um maior contacto ocular e a interação espontânea e prazerosa com o outro, sorrindo, gargalhando, olhando.

É recomendável que a criança continue a beneficiar das intervenções, uma vez que têm vindo a mostrar resultados positivos no seu desenvolvimento global, sendo importantes

para que o Af. continue a revelar progressos nas suas capacidades e a melhorar as suas fragilidades ao nível das competências académicas/funcionais e de comunicação.

Redes Ativas II

A percepção tida pela estagiária, durante o processo de intervenção, é que de um modo geral, existiram evoluções positivas ao nível das competências pessoais e sociais.

Inicialmente, os jovens mostravam-se inibidos e pouco à vontade em estabelecer contacto físico com o outro e em expressar/partilhar os seus pensamentos e emoções. Trabalhavam maioritariamente de forma individual, tendo dificuldades em comunicar e cooperar em grupo. Não compreendiam certas brincadeiras e ironias, interpretando tudo de forma literal. Apresentavam dificuldade em comunicar espontaneamente e a sua comunicação não-verbal era pobre (i.e., uso limitado de gestos, linguagem corporal desajeitada, expressões faciais pouco variadas, pouco contacto visual). Desistiam com facilidade face às adversidades e tinham dificuldade em encontrar soluções para os problemas, demonstrando rigidez de pensamento. Mostravam-se um pouco impulsivos e ansiosos. Não esperavam pela sua vez para intervir, não prestavam atenção ao outro, nem aceitavam a sua opinião. Apresentavam fraca coordenação motora e posturas corporais desajeitadas. Tinham dificuldade em descontrair voluntariamente e aceder ao relaxamento global do seu corpo.

Ao longo das sessões foi possível verificar que o grupo se tornou mais coeso, trabalhando sempre em equipa e para um objetivo em comum. Tornaram-se mais assertivos, exprimindo as suas opiniões, escutando o outro e esperando pela sua vez, respeitando as regras/ instruções. Eram capazes de se colocar na perspetiva do outro e de o ajudar espontaneamente. Verificou-se uma maior confiança entre os membros do grupo pelo que, no final do projeto, a dinâmica era já a de um grupo de amigos, construindo amizades e criando laços afetivos. Cooperavam e comunicavam em grupo com maior facilidade, reconhecendo a importância de cada elemento para o sucesso de todos. Em relação à interpretação e expressão de sentimentos e pensamentos, o grupo evoluiu na medida em que passou a ser mais fácil dar, receber elogios e compreendê-los. Passaram a utilizar mais o corpo como instrumento de comunicação, melhorando ao nível da postura, contacto ocular, expressão facial, gestos e contacto corporal. A capacidade de resolução de problemas e de tomada de decisões aumentou, pelo que passaram a conseguir planear, tomar decisões, resolver situações problema e gerar alternativas. Por fim, no final do projeto, conseguiam descontrair com mais facilidade e aceder ao relaxamento global do corpo, utilizando diversos métodos de relaxação (e.g., exercícios de respiração, relaxação ativa, método de Jacobson, treino autógeno de Schultz, relaxação criativa, técnicas de visualização).

Apesar das características individuais de cada jovem e do seu próprio ritmo de participação e interação, foi possível observar um maior envolvimento nas atividades, maior cooperação e espírito de interajuda, prestando mais atenção às instruções e às regras das tarefas. Verificou-se maiores períodos de diálogo em grupo e uma aproximação progressiva entre os participantes, diminuindo os momentos de isolamento.

Assim sendo, é possível inferir que os objetivos delineados no início da intervenção foram na sua maioria atingidos, no que respeita à sua operacionalidade, nos domínios da socialização, cognição e bem-estar.

No entanto, através da análise dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação, no que respeita ao bem-estar e à autonomia, e apesar de existirem alterações nos vários parâmetros avaliados, estas não podem ser consideradas evoluções significativas. No entanto, poderão existir algumas explicações para estes resultados.

Primeiramente é de referir que o conceito de bem-estar é bastante subjetivo, por abarcar uma variedade de construtos também eles subjetivos (e.g., saúde, relações interpessoais, satisfação com a vida, emoções positivas e negativas), sendo determinado pela forma como os sujeitos avaliam a sua vida, através de julgamentos próprios com base na cognição e nos afetos (Diener & Fujita, 1997; Diener, Suh & Oishi, 1997; Myers & Diener, 1995 cit. in Freire & Tavares, 2011) e não através de critérios previamente estabelecidos por investigadores. Assim, o bem-estar pode ser definido como a avaliação global que o sujeito faz sobre a sua vida e o seu “eu”, de acordo com critérios que o próprio define, comparando-os com um padrão percebido e considerado apropriado por cada indivíduo. Também a autonomia é um conceito complexo que depende de diversas variáveis, tais como o ambiente psicossocial e emocional, a comunicação familiar, a perceção do ambiente, a autoestima e o desejo de independência (Ferguson, Kasser & Jahng, 2011; Spear & Kubolk, 2004). Desta forma, pela subjetividade inerente a estes dois conceitos e pela influência que inúmeros fatores externos têm sobre eles, é de grande complexidade conseguir avaliá-los de forma objetiva e retirar conclusões fidedignas.

É ainda possível que as avaliações realizadas pelos indivíduos sejam influenciadas pelo seu estado emocional num determinado momento, não refletindo a sua verdadeira perceção de bem-estar/autonomia. Salienta-se também que os resultados obtidos podem ser devidos a uma maior consciencialização de si e das suas dificuldades/características.

Outra explicação para os resultados obtidos poderá estar relacionada com as competências desenvolvidas e a importância da sua generalização para todos os outros contextos significativos, o que se revela de grande dificuldade para estes jovens (Williams, 1989 cit. in Countryman, 2008; Marriage et al., 1995 cit. in Dunn, 2006; Filipe, 2012; Brookman-Fraze, 2004, Ingersoll & Dvortcsak, 2006, Sofronoff, Leslie & Brown, 2004, Symon, 2005 cit. in Mitchell et al., 2010; The National Autistic Society, 2014).

Por outro lado, os instrumentos de avaliação utilizados avaliaram uma série de domínios que não foram trabalhados durante as sessões de intervenção orientadas pela estagiária. Os domínios em que houve uma maior intervenção, ao nível do bem-estar, foram essencialmente o da auto-estima, da resiliência, do bem-estar emocional e da satisfação com os amigos. Relativamente à autonomia, deu-se primazia às áreas das relações interpessoais, das atividades de tempos livres, do autocontrolo e da auto-representação. Assim sendo, o balanço da intervenção mostrou-se positivo uma vez que, no geral, se verificou uma melhoria das áreas trabalhadas.

Apesar dos resultados apresentarem uma evolução pouco substancial, o projeto mostrou ser uma mais-valia para estes jovens, tendo sido uma intervenção com impacto positivo nas suas vidas, pelos feedbacks positivos que o projeto teve, como é possível verificar através de excertos de testemunhos das técnicas que dinamizaram o projeto, bem como dos participantes e seus pais:

Técnicas

“(....) o grupo que participou no projeto «Redes Ativas II», apesar de ter algumas particularidades, «não passa» de um grupo de jovens que quer divertir-se e passar bons momentos, enquanto crescem como pessoas que vivem em comunidade. Neste sentido, as experiências proporcionadas pelo projeto, atingiram certamente a maioria dos objetivos, com maior ou menor impacto em cada jovem. (...) os conteúdos eram adequados e a implementação foi igualmente eficiente. Conseguiu manter o delicado equilíbrio entre a disponibilidade e jovialidade que permitiu aos membros do grupo (....)

confiarem nela para se exporem e participarem, mas também a postura profissional que estabeleceu limites à relação que com ela mantiveram.”

“Desde o primeiro dia, foi visível o à-vontade que os jovens demonstraram com as técnicas. No caso específico das «Dinâmicas de Grupo», em que a técnica tinha uma idade muito próxima da maioria dos jovens, foi notável ver a capacidade que a então estagiária teve para gerir a sua relação com o grupo, sem nunca a prejudicar. (...) demonstrou ter traços internos que lhe permitiram estabelecer e gerir com muito sucesso a relação com todos os elementos do grupo individualmente, e com o grupo num todo, o que criou as bases para uma intervenção agradável para todos os intervenientes e em que os objetivos foram trabalhados num ambiente descontraído e adequado à consecução dos mesmos.”

Participantes

“ (...) acho que correu bastante bem, consegui arranjar novos amigos e treinei as minhas competências sociais.”

“Este projeto ajudou-me bastante em termos de socialização (...).”

“Gostei muito desta experiência, aprendi coisas novas que me transmitiram (...).”

“Gostei de todas as atividades e vou querer lembrar as atividades da «Dinâmica de Grupo» para poder aplicá-las”.

Pais

“As minhas expectativas passavam (...) por tentar alguma socialização por parte do meu filho face ao isolamento extremo que estava a atravessar e (...) creio que os resultados foram de encontro ao pretendido (...). Relativamente aos restantes aspetos penso que passem por aspetos «externos ao projecto» (falta de objetivos ou indefinição de projetos de futuro.”

“ (...) sempre manifestou interesse e gosto por participar e tem tentado manter contacto com os colegas fora do âmbito do projeto. (...) pretende participar em futuras acções do Redes Ativas.”

“ (...) começou a sair sistematicamente (...) com alguns colegas (...). Tornou-se autónomo nos transportes (...). As notas escolares melhoraram e não encontramos explicação para ele ter classificado a sua satisfação com a vida pessoal de forma menos positiva (...).”

“(...) agradecemos a forma e conteúdo do curso, bem como a dedicação de todos vós na tentativa de melhorar a autonomia dele. Estamos mais felizes e as monitoras devem estar felizes e orgulhosas pelo trabalho realizado coletiva e individualmente.”

“A autonomia e a sua autoestima tem vindo a «subir» de uma forma bastante positiva. E sair com os amigos, querer ir a uma atividade com «prazer» é sem dúvida um dos grandes objetivos melhorados”

“Achámos o programa muito interessante, sobretudo porque (...) se sentiu muito bem integrado e até de alguma forma sentiu-se parte importante de «alguma coisa».”

“Notamos (...) uma maior alegria na vida e em apreciar as relações sociais inerentes à vida.”

“A participação (...) foi muito importante para o desenvolvimento social e afectivo (...). Houve resultados indiretos da participação no projeto (...)”

Como é possível constatar, segundo os seus intervenientes este projeto revelou-se pertinente, uma vez que mencionaram ter sentido melhorias nas suas competências pessoais e sociais, qualidade de vida, qualidade das amizades, na autoestima e autoconhecimento, diminuindo o sentimento de solidão e comportamentos desajustados, o que é corroborado pela literatura (Countryman, 2008; Cunha, & Rodrigues, 2010; Reichow et al., 2012; Stichter et al., 2010)

Posto isto, terminado o processo de intervenção, os participantes e suas famílias manifestaram interesse na continuidade do trabalho desenvolvido, mostrando-se receptivos para uma nova edição do projeto. É recomendado que as famílias impulsionem os jovens e os incentivem a participar mais ativamente na comunidade e a interagir com os seus pares, de forma a que se sintam mais realizados, mais confiantes e com mais determinação.

6. Dificuldades e Limitações

Ao longo do estágio curricular, foi possível vivenciar um conjunto de aprendizagens e experiências significativas que proporcionaram um crescimento pessoal e profissional. No entanto, esse crescimento não se deveu apenas à vivência de momentos positivos, mas também às dificuldades e limitações sentidas e superadas.

Em primeiro lugar, salienta-se que nada de negativo se pode registar no que concerne aos recursos humanos e materiais da instituição de acolhimento. Além das instalações físicas da instituição, dos materiais existentes e dos serviços prestados aos utentes, destaca-se a excelência, humanismo e dedicação de todos os técnicos e profissionais.

Um dos obstáculos encontrados deveu-se à reduzida bibliografia encontrada acerca da Intervenção Psicomotora junto de indivíduos com PEA, não se encontrando por isso informações relevantes que auxiliassem e fundamentassem a intervenção. Este aspeto criou algumas incertezas e inseguranças no início da prática, que foram sendo superadas à medida que decorriam as intervenções e que as dúvidas iam sendo debatidas com as orientadoras.

Por outro lado, surgiu a dificuldade em encontrar instrumentos de avaliação específicos para a Intervenção Psicomotora com crianças e jovens com PEA, pelo que foi necessário construir tabelas de observação e recorrer a checklists não publicadas para avaliar os estudos de caso individuais, baseando a avaliação na observação sistematizada das competências dos indivíduos, e utilizar instrumentos de avaliação que não estão validados para a população portuguesa nem foram aplicados anteriormente em sujeitos com PEA.

Foram também sentidas dificuldades no planeamento de atividades a desenvolver com o grupo de jovens com PEA de nível 1, que fossem desafiadoras, motivadoras e que fossem ao encontro dos objetivos de intervenção, previamente estabelecidos. Foi necessária a constante procura de dinâmicas de grupo e sua adaptação, consoante as características do grupo e objetivos a serem trabalhados.

Outra das limitações está relacionada com a falta de assiduidade às intervenções por parte das crianças que fizeram parte dos estudos de caso individuais, não sendo possível trabalhar as competências com a frequência e primor desejadas.

Por último, o facto de as crianças e jovens acompanhados beneficiarem de, em média, apenas uma hora de intervenção por semana, verificou ser uma limitação, dado os resultados de uma intervenção intensiva mostram ser mais eficazes, conseguindo maiores e melhores resultados. No entanto, dada a conjuntura atual do país e todas as dificuldades económicas, sociais e culturais por que passam as famílias, não permitem uma maior frequência das crianças e jovens nas intervenções. Apesar de tudo, e embora sejam reduzidas, as intervenções são uma mais-valia para o desenvolvimento global e progressão destas crianças/jovens.

Todas as dificuldades e limitações sentidas representaram acima de tudo o adquirir de novas aprendizagens e competências, ao nível do desenvolvimento do espírito crítico, da capacidade de adaptação, da resolução de problemas, da capacidade de trabalho em equipa, da criatividade e perspicácia. Neste sentido, foi possível ultrapassar as barreiras e obstáculos que foram surgindo, atingindo-se as expectativas e objetivos inicialmente estabelecidos, através do esforço e dedicação da estagiária e pelo apoio e acompanhamento prestados pelos técnicos da instituição, em especial das orientadoras de estágio.

7. Atividades Complementares

Seguidamente serão expostas as atividades que complementaram o estágio, realizadas na instituição de acolhimento, quer por solicitação quer por iniciativa própria. Assim, salientar-se-ão ações como: (1) estruturação e elaboração de um projeto de intervenção; (2) observação participada de sessões de Intervenção Psicomotora junto de uma criança com DAE; (3) observação de sessões de Terapia da Fala; (4) observação participada de sessões de Terapia Ocupacional; (5) observação de consultas de Neuropediatria; (6) participação em diversas ações de formação; (7) apresentação de temas diversos em reuniões com a orientadora de estágios curriculares e em reuniões de equipa (8) colaboração com a instituição na comemoração do mês da consciencialização das DAE.

7.1. Projeto Sarilhos do Amarelo na PHDA

O projeto “Sarilhos do Amarelo na PHDA” insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, realizado no CADIn e resulta de uma parceria com a estagiária de Neuropediatria, por iniciativa própria.

Neste sentido, o projeto nasce da necessidade de uma intervenção em contexto clínico junto de crianças com PHDA, com o objetivo de o facultar à instituição, contribuindo assim para futuros estudos nesta área.

Baseado no projeto original de Pedro Rosário, José Carlos Nuñez e Júlio González-Pienda (2007), pretende intervir nas funções executivas e promover competências de autonomia e autorregulação na criança do pré-escolar ao primeiro ciclo, com vista ao sucesso escolar destas crianças.

Em anexo (ANEXO H) encontra-se o projeto integral bem como as suas atividades, adaptadas e ajustadas ao perfil e características das crianças com PHDA.

7.2. Intervenção Psicomotora nas DAE

O Pe. tem oito anos e está a frequentar o 2º ano de escolaridade, pela segunda vez. Tem diagnosticada uma DAE da Leitura e da Escrita (dislexia e disortografia) e uma PHDA do tipo combinado ou misto, diagnosticadas em dezembro de 2012. Foi acompanhado entre 12 de novembro e 20 de junho, em intervenção psicopedagógica com uma TSEER, ao longo de 24 sessões.

O apoio teve a frequência semanal, sendo o principal objetivo intervir em três áreas: (1) conhecimento das letras, consciência fonológica e princípio alfabético, (2) linguagem

escrita recetiva (leitura), nomeadamente na fluência da leitura e na capacidade de interpretação e reconto de textos e (3) linguagem escrita expressiva, de forma particular no conhecimento das regras ortográficas e na capacidade de expressão escrita.

Para tal, foram realizadas diversas atividades que incidiram principalmente no conhecimento das letras e na consciência fonológica, uma vez que estas áreas têm um papel fundamental na aprendizagem da leitura e da escrita, tendo sido trabalhada a discriminação auditiva e a unidade do fonema na consciência fonológica, nas várias tarefas (i.e., segmentação, síntese, identificação e manipulação). As áreas da fluência de leitura, vocabulário, compreensão e expressão escrita foram também trabalhadas.

Ao longo das sessões, foi possível fazer-se uma observação participada, sendo proposto pontualmente, por parte da Técnica responsável pelo caso, que a estagiária planeasse atividades para as sessões. Deste modo, foram construídas 5 atividades, realizadas ao longo de várias sessões: (1) dominó para trabalhar os grupos consonantais; (2) loto para a distinção entre os sons “D” e “T”; (3) cartas para os sons “Nh” e “Lh”; (4) jogo de tabuleiro para identificar as vogais nasais e orais no início, meio e fim das palavras; e (5) um jogo de tabuleiro para trabalhar a consciência fonológica.

7.3. Terapia da Fala

Em Terapia da Fala foram seguidas sete crianças, tendo a estagiária apenas realizado observação das sessões, acompanhando os dois terapeutas da fala. As referidas crianças eram do género masculino, com idades compreendidas entre os dois e os nove anos. Todas frequentavam o Jardim de Infância à exceção da mais velha que já estava no Ensino Básico e da mais nova ainda estava em casa, ao cuidado dos pais.

Na tabela que se segue, estão discriminados com mais pormenor os aspetos básicos de cada criança observada, nomeadamente o diagnóstico, as principais áreas de intervenção e periodicidade da mesma.

Tabela 9 - Casos observados em Terapia da Fala

Identificação da Criança	Idade	Perturbação	Áreas de Intervenção	Acompanhamento
Sa.	5	Perturbação Articulatoria Mista	Fala	1x semana
Da.	3	Perturbação da Comunicação	Comunicação; Linguagem	1x semana
Raf.	5	Perturbação da Comunicação	Comunicação; Linguagem	1x semana
Ra.	2	Perturbação da Comunicação	Comunicação	Quinzenal
Gu.	9	Perturbação da Comunicação	Comunicação; Linguagem	Quinzenal
Dan.	6	Perturbação da Comunicação	Comunicação; Linguagem	1x semana
An.	2	Perturbação da Comunicação	Comunicação	3x semana

Como é possível observar, os acompanhamentos variavam entre três vezes por semana a sessões quinzenais, dependendo de cada caso e das suas particularidades e necessidades.

Relativamente ao diagnóstico, uma das crianças apresentava uma Perturbação Articulatoria Mista, ou seja a criança apresentava dificuldades na produção dos sons da fala, pelo uso sistemático incorreto dos órgãos articuladores envolvidos na produção de fonemas. Estas alterações podem ser caracterizadas por substituição, omissão e/ou distorção de um fonema, bem como em simplificações de grupos consonânticos. As

restantes crianças, por estarem diagnosticadas com PEA, apresentavam uma Perturbação da Comunicação que se caracteriza por dificuldades na capacidade do sujeito comunicar e de se relacionar com os outros.

Através da observação das sessões de Terapia da Fala, foi possível identificar os principais objetivos a serem trabalhados com as diferentes perturbações. Assim, no que concerne às tarefas realizadas com o Sa., estas tinham como finalidade melhorar a inteligibilidade do discurso, promovendo a discriminação auditiva dos diferentes traços envolvidos nos pares de sons afetados e corrigindo a produção articulatória dos sons alvo através da reeducação dos articuladores envolvidos.

Por outro lado, os objetivos estabelecidos para as crianças com Perturbação de Comunicação subdividiam-se em 2 áreas, a comunicação não-verbal e a comunicação verbal (linguagem). Quanto à primeira área, deve focar-se em duas componentes, a compreensão e a expressão/utilização da comunicação não-verbal. Os objetivos centrais da compreensão diziam respeito à compreensão das expressões faciais do outro como resposta à comunicação com ou sem verbalizações associadas. A componente de expressão/utilização pretende que a criança partilhe a atenção através do apontar, utilize o sorriso social como intenção comunicativa, estabeleça contacto ocular quando faz pedidos ou dá respostas, utilize as expressões faciais como resposta ao reforço positivo ou negativo, associada ou não a verbalizações.

No que respeita ao desenvolvimento da comunicação verbal, os objetivos foram definidos de acordo com as diferentes áreas da linguagem, a semântica e a morfossintaxe. Assim, desenvolveram-se atividades, para estimular as competências de identificação/nomeação de objetos pela função, compreensão de noções de quantidade, organização de imagens por categorias, nomear categorias semânticas, aumento do léxico no que respeita ao uso de palavras de conteúdo e função. Existiam ainda tarefas em que a criança devia compreender as diferenças de género e número e fazer concordâncias, compreender instruções em que se recorre aos pronomes pessoais e possessivos e utilizá-los de forma funcional, compreender e responder a perguntas do tipo “Quem?”, “O quê?” e “Onde?”, bem como compreender e construir frases negativas simples.

As sessões com o Raf., bem como com o An., foram desenvolvidas numa espécie de jogo livre, devido à idade das crianças e pelas características que o seu estágio de desenvolvimento engloba. Desta forma, através deste estilo de intervenção e dos interesses da criança, o terapeuta procurou estimular e desenvolver as capacidades sociais e comunicativas da mesma.

É de salientar que as crianças começaram a ser seguidas pela estagiária em diferentes alturas do ano letivo, tendo esta começado por observar inicialmente 4 crianças, terminando as observações a acompanhar 6 crianças.

As observações terminaram a 22 de fevereiro, devido ao início dos estágios de 2º semestre, por parte dos alunos de 3º ano de Terapia da Fala. A intervenção com o An. foi interrompida a meio de janeiro, por opção dos pais e a do Sa. terminou a meio de fevereiro, por dificuldades económicas na família.

7.4. Terapia Ocupacional

Em Terapia Ocupacional, foi observado ao longo de 15 sessões, um jovem com 15 anos, com PEA, que frequentava o 8º ano de escolaridade. O Ri. já era seguido pelo CADIn desde setembro de 2003 e desde setembro de 2008 na consulta de Terapia Ocupacional. O acompanhamento decorreu semanalmente, tendo-se iniciado no final de outubro e interrompido a 27 de março, pela saída do jovem da instituição por questões pessoais.

Este era um caso que, pelas suas características pessoais e pelo seu percurso terapêutico, beneficiaria de uma intervenção tendo em vista a autonomia. No período de tempo que decorreu a observação, foi dado maior ênfase às competências de comunicação expressiva e recetiva, tornando a linguagem mais ajustada e funcional, utilizando para tal atividades com uma componente mais lúdica. Desta forma, foi dada a possibilidade à estagiária que dinamizasse as sessões, com o objetivo de proporcionar novas experiências e momentos de aprendizagem, através de jogos e atividades prazerosas para o jovem.

Das 15 sessões assistidas, as três primeiras foram de observação, para conhecer o jovem e iniciar a relação terapêutica, percebendo ainda as suas áreas fortes e fracas. As duas últimas sessões foram dadas pela Terapeuta Ocupacional, visto que se soube que o jovem iria terminar a intervenção no CADIn e era necessário prepará-lo para tal.

As sessões dinamizadas pela estagiária incidiram em atividades que pretendiam fomentar a relação interpessoal em contexto lúdico, promover o raciocínio lógico e matemático, a perceção visual, a memória, o cumprimento de regras, a comunicação verbal e não-verbal, trabalhando ainda a leitura e conceitos de cultura geral. Como materiais, foram utilizados jogos como o Uno, o Sudoku, o Quem-é-Quem e o Party & Co, tendo estes sido adaptados com o intuito de manter o nível de exigência e desafio equiparado ao nível de motivação e interesse do jovem, indo ao encontro das suas características e necessidades. Foram ainda realizadas tarefas em que era necessário chegar a uma solução através de pistas escritas, tarefas em que o jovem tinha de ler uma história e recontá-la e tarefas em que era necessário prestar atenção a uma determinada imagem e completá-la.

7.5. Consultas de Neuropediatria

Ao longo do ano letivo, foi possível assistir a algumas consultas de dois dos Neuropediatras da instituição. Assim, foram assistidas 5 primeiras consultas e 6 consultas de seguimento, perfazendo um total de 11 consultas de desenvolvimento e neurologia.

Em todas as consultas, principalmente naquelas em que a criança é vista pela primeira vez, é recolhida a história clínica e outros dados relevantes de cada criança. Este protocolo inclui: a anamnese, a partir da qual se obtém informação dos pais acerca da história familiar, antecedentes perinatais, desenvolvimento psicomotor, interação social e comportamento; a observação da criança; e o exame neurológico, que engloba a verificação de somatometrias, dismorfias e outras alterações do sistema neurológico.

As crianças observadas tinham idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos, sendo três do género feminino. Relativamente às queixas dos pais, estas estavam mais relacionadas com irrequietude, dificuldades escolares, mau comportamento, distração e problemas de sociabilização.

Das crianças que já vinham sendo acompanhadas pelos Neuropediatras, duas estavam diagnosticadas com PHDA, duas com problemas de comportamento, uma com PEA de nível 1 e uma com DAE. Das crianças observadas pela primeira vez, duas apresentavam comportamentos de irrequietude e desatenção e três manifestavam sinais de alerta para possíveis perturbações de ansiedade, de personalidade e de socialização.

No final de cada consulta e consoante as características das crianças e queixas dos pais, eram dadas estratégias e recomendações. A maior parte das famílias teve a indicação de incentivar a criança a participar em desportos e atividades com os pares, em que a aprendizagem seja realizada de forma horizontal e a supervisão seja feita verticalmente. Para a maior parte das crianças que estavam a ser medicadas, foi sugerido um ajusto na medicação, normalmente para diminuir a sua dosagem.

7.6. Workshops e Atividades Formativas

Relativamente à participação em momentos de formação, foi possível ao longo do estágio curricular assistir a 9 formações, perfazendo um total de 54 horas.

Como é possível observar na tabela em baixo, 3 foram conferências, 4 *workshops*, 1 formação e 1 ação de sensibilização num agrupamento de escolas da zona. Todas as atividades formativas foram organizadas e dinamizadas pelos profissionais do CADIn.

Foi dado apoio logístico nas 3 Conferências DESEnvolvimento, do Ciclo de Conferências CADIn, assim como toda a ajuda necessária à organização dos espaços e dos materiais a serem utilizados, como no *workshop* "Avaliação e Intervenção na Caligrafia".

Nestas ocasiões foi possível atualizar os conhecimentos teóricos, contactar com diferentes práticas de intervenção (e.g., conhecer novas atividades, estratégias e materiais de intervenção) e aspetos de avaliação. Tornou-se portanto enriquecedor a possibilidade de contactar com profissionais de larga experiência e saber o que facilitou o cruzar da teoria com a prática. Esta experiência foi uma mais-valia tanto na vida presente como futura da estagiária.

Tabela 10 - Workshops e Atividades Formativas Assistidas

Data	Tema	Responsável
25 janeiro 2014	1ª Conferência Desenvolvimento "Idade Precoce"	CADIn
20 fevereiro 2014	XIV Curso de Formação "Infância... Adolescência... Percursos... Quando a árvore esconde a floresta"	Aparece e CADIn
12 março 2014	<i>Workshop</i> "Avaliação e Intervenção na Leitura"	Leonor Ribeiro
22 março 2014	2ª Conferência Desenvolvimento "Idade escolar"	CADIn
09 abril 2014	<i>Workshop</i> "Avaliação e Intervenção na Caligrafia"	Leonor Ribeiro
12 abril 2014	<i>Workshop</i> "PHDA: Intervenção Centrada na Criança"	Joana Horta, Margarida Pereira e Carolina Viana
24 maio 2014	3ª Conferência Desenvolvimento "Adolescência e Transição para a Vida Adulta"	CADIn
04 junho 2014	Ação de Sensibilização no Agrupamento de Escolas de Alvide "DAE da leitura – Dislexia"	Leonor Ribeiro
25 junho 2014	<i>Workshop</i> "Materiais de Intervenção para Promover a Consciência Fonológica"	Leonor Ribeiro e Susana Mateus

7.7. Apresentações

Ao longo do ano letivo, foram expostas diversas apresentações em reuniões de equipa, em reuniões de coordenação de estágios e em reuniões com a orientadora de estágio. Em anexo (ANEXO I) encontram-se algumas das apresentações realizadas.

Em reuniões de equipa apresentou-se, em colaboração com a estagiária de Mestrado de Neuropsicologia, o projeto "Sarilhos do Amarelo na PHDA". Todas as estagiárias de Mestrado acolhidas pela instituição realizaram ainda uma apresentação reflexiva sobre o percurso e aprendizagens realizados no CADIn.

No que respeita às apresentações realizadas em reuniões de coordenação de estágio, os temas abordados foram: projeto "Sarilhos do Amarelo" (em parceria com a estagiária de Mestrado de Neuropsicologia), estudos de caso, Griffiths, e PEA vs PEL.

Em reuniões com a orientadora local foram apresentadas as revisões de literatura referentes à PEA, tais como: Conceito e Características, Metodologias de Intervenção, Instrumentos de Avaliação, Métodos de Leitura, DSM-IV vs DSM-V, Intervenção Psicomotora, e PEA vs PEL.

7.8. Mês de Conscientização das DAE

A estagiária em colaboração com a mestrandia em Neuropsicologia, após sugestão da equipa do CADIn, participou na celebração do mês da conscientização das DAE, construindo material de sensibilização para o efeito, tornando possível simular as dificuldades apresentadas e sentidas por esta população (ANEXO J).

Ainda neste contexto foram dinamizados dois jogos na sala de espera da instituição: o “Safari dos Sons” indicado para estimular a consciência fonológica e o “SuperTmatik Quiz Dislexia e Disortografia” pensado para trabalhar memória, percepção e capacidade de concentração em crianças com dislexia e disortografia.

V. Conclusão

Foram sendo apresentadas e caracterizadas as experiências vivenciadas e os resultados alcançados durante a realização das atividades de aprofundamento de competências profissionais, no CADIn. Assim, dada a conclusão do presente relatório, será exposto e refletido todo o processo do ponto de vista pessoal e profissional.

Quanto aos ganhos do ponto de vista teórico, foi possível aprofundar conhecimentos ao nível das PEA e da atuação e papel preponderante da Psicomotricidade junto desta população com características tão próprias. Foi dada a possibilidade de conhecer o funcionamento de uma IPSS com condições materiais e humanas excelentes, a dinâmica de uma equipa multidisciplinar com a possibilidade de participar ativamente e, progressivamente, de forma autónoma em processos de observação, avaliação, discussão de resultados e criação de materiais específicos para intervenções, assim como perceber de que forma a Psicomotricidade, enquanto área profissional, pode contribuir para o desenvolvimento global e específico dos seus utentes.

As dúvidas e incertezas que foram surgindo e a busca incessante de respostas e alternativas às mesmas, proporcionou uma aprendizagem ativa e constante, estimulando a capacidade de pesquisa, de reflexão e pensamento crítico, de adaptação e criatividade, essenciais à intervenção do psicomotricista.

Salienta-se como aspeto essencial a integração numa equipa multidisciplinar, pelo contacto com os diferentes técnicos de áreas distintas, que proporcionou troca de experiências, conhecimentos e estratégias de intervenção, de forma a potenciar o desenvolvimento harmonioso e global das crianças e jovens acompanhados. A estagiária foi acolhida desde o primeiro momento como parte integrante da equipa, o que facilitou toda a aprendizagem e permitiu que, desde o início, se sentisse confiante das suas capacidades profissionais e académicas, de trabalho, pesquisa, resolução de problemas e criatividade, entendendo ser capaz de desenvolver um trabalho positivo e válido na instituição de acolhimento.

As condições físicas e interpessoais encontradas afiguraram-se como ingredientes essenciais para um bom desenvolvimento profissional e académico, o que contribuiu para a prossecução dos objetivos propostos nos diferentes domínios.

A prática e o contacto com diferentes problemáticas e abordagens/modalidades de intervenção permitiram a consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica, assim como descobrir e desenvolver novas competências pessoais e profissionais. Foi especialmente indispensável que o trabalho na instituição não se tenha restringido apenas ao acompanhamento de crianças com PEA em sessões individuais de Intervenção Psicomotora, mas também em ser-lhe permitido o acompanhamento de utentes de várias faixas etárias, em vários contextos/modalidades de intervenção, com as mais variadas problemáticas e necessidades. Foi igualmente importante observar o trabalho realizado por outros profissionais de saúde, tais como Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais e Neuropediatras. Este aspeto abriu, ainda mais, o leque de conhecimentos e experiências enriquecedoras para todo o percurso pessoal, académico e profissional da estagiária.

Uma das aprendizagens mais importantes foi o valorizar as pequenas conquistas das crianças, que se mostram grandes vitórias para elas próprias e para as suas famílias. Foi indispensável respeitar os tempos, ritmos e perfis de cada criança e, partindo dos seus interesses e capacidades, criar um ambiente envolvente prazeroso, estruturado e securizante, de modo a intervir sobre as suas dificuldades e limitações com vista a que o

seu desenvolvimento ocorresse de forma mais harmoniosa possível. É necessário intervir nas dificuldades evidenciadas nas PEA, sem nunca descuidar o perfil e a individualidade de cada sujeito, que manifesta de forma singular as suas características e necessidades e que apresenta um estilo de aprendizagem próprio.

O contacto com os pais dos utentes permitiu averiguar as necessidades e preocupações face à criança/jovem, assim como ir verificando os progressos e evoluções positivas das crianças, que parecem ter um impacto direto no bem-estar do seio familiar.

Embora não tenha chegado a ser implementado, o projeto “Sarilhos do Amarelo na PHDA”, realizado em conjunto com a estagiária de Neuropsicologia, foi também bastante enriquecedor, uma vez que foi necessário desenvolver trabalho de equipa, ampliando a capacidade para saber ouvir e partilhar ideias e opiniões.

A participação na vida da instituição mostrou-se de uma riqueza humana elevada, uma vez que facilmente se “veste a sua camisola”, se defendem os mesmos ideais e se procuram soluções em conjunto pois nunca foi sentido a discriminação ou desvalorização por parte dos elementos da equipa de trabalho em relação à estagiária.

Finalmente é importante salientar a dificuldade sentida ao nível do trabalho de revisão bibliográfica no âmbito da Intervenção Psicomotora nas PEA. Assim, seria fundamental a realização de mais trabalhos de investigação nesta área, o desenvolvimento de estudos de validação de instrumentos de avaliação psicomotora para esta população e ainda a documentação de estratégias específicas do âmbito da Intervenção Psicomotora ao nível das PEA.

O balanço é bastante positivo, tendo sido uma experiência extremamente enriquecedora e gratificante, recheada de conquistas pessoais e profissionais, de esforço, dedicação e empenho à instituição e, em especial, aos seus utentes. Este percurso fez aumentar o sentimento de segurança, confiança nas capacidades, de trabalho realizado e de aquisição de competências essenciais para enfrentar os desafios pessoais e profissionais do futuro.

Em jeito de conclusão, e contextualizando as palavras de Reinhold Niebuhr, é importante reconhecer que as PEA são uma perturbação do desenvolvimento, e que por isso condicionam a participação do sujeito na sociedade, trazendo-lhe limitações e incapacidades que irão persistir durante toda a vida. No entanto, perante todas as dificuldades do sujeito, é necessário ajudá-lo e à sua família, tentando criar alternativas, minimizando as suas áreas fracas e potencializando as suas áreas fortes, de forma a conseguirem contornar as suas limitações, aumentando a sua autonomia, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

VI. Referências Bibliográficas

- Allman, T. (2010). *Autism*. Farmington Hills: Lucent Books
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade – Jogos Facilitadores de Aprendizagem*. Viseu: Psicosoma.
- Amante, A. (s.d.). *Psicomotricidade*. Retirado a 15 de maio de 2012 de <http://www.profala.com/artpsicomotricidade1.htm>.
- Amaral, D. G., Schumann, C. M., & Nordahl, C. W. (2008). Neuroanatomy of autism. *Trends in Neurosciences*, 31, 137-135.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association [APA] (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.^a edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Aniceto, H., Cordeiro, S., & Freitas, D. (2009). *Relatório de Estágio em Perturbações do Espectro do Autismo* (Parte I – Dossier Teórico). Faculdade de Motricidade Humana, Cruz Quebrada.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Arslan, E., Durmuşoğlu-Saltati, N., & Yilmaz, H. (2011). Social Skills and Emotional and Behavioral Traits of Preschool Children. *Social Behavior and Personality*, 39(9), 1281-1288.
- Assumpção Jr, F., & Pimentel, A. (2000). Autismo Infantil. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 22(1), 37-39.
- Attwood, T. (2010). *A Síndrome de Asperger*. Lisboa: Verbo.
- Attwood, T. (2008). An Overview of Autism Spectrum Disorders. In K. D. Buron, & P. Wolfberg, (Eds.), *Learners on the Autism Spectrum: preparing highly qualified educators* (pp. 19-43). Kansas: Autism Asperger Publishing Co.
- Autism Connect. (2012). Methods and Strategies: Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH). *Autism Connect: autism research, education and advocacy*. Retirado a 10 de junho de 2014 de <http://www.autismconnectmd.org/education/methods/teach.html>.
- Autism Speak. (2012). Floortime (DIR). *Autism speaks*. Retirado a 23 de maio de 2014 de <http://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/floortime-dir>.
- Autism Speak. (2010). How is Autism Treated?. *Autism Speaks*. Retirado a 10 de junho de 2014, de http://www.autismspeaks.org/docs/family_services_docs/100day2/Treatment_Version_2_0.pdf.
- Azambuja, M. (2005). *O Autismo infantil na psicomotricidade* (Pós-Graduação em Psicomotricidade), Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro.

- Baker, J. (2003). *Social Skills training for Children and Adolescents with Asperger Syndrome and Social-communication Problems*. Shawnee Mission, KS: Autism Asperger Publishing Company.
- Bal, E., Harden, E., Lamb, D., Vaughan Van Hecke, A., Denver, J., & Porges, S. (2010). Emotion Recognition in Children with Autism Spectrum Disorders: Relations to Eye Gaze and Autonomic State. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 358-370.
- Baptista, N., Monteiro, C., Silva, M., Santos, F., & Sousa, I. (2011). *Programa de Promoção de Competências Sociais: Intervenção em grupo com alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico*. Retirado a 7 de abril de 2012, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0239.pdf>.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness, an Essay on Autism and Theory of Mind*. London: MIT Press.
- Bartholomeu, D., Carvalho, L., Silva, M., Miguel, F., & Machado, A. (2011). Aceitação e rejeição entre pares e habilidades sociais em universitários. *Estudos de Psicologia*, 16(2), 155-162.
- Bishop, D. (2010). Overlaps Between Autism and Language Impairment: Phenomimicry or Shared Etiology?. *Behavior Genetics*, 40, pp. 618-629.
- Bishop, D. (2003). Autism and specific language impairment: categorical distinction or continuum?. *Novartis Foundation Symposium*, 251, 213-234.
- Bishop, D., & Norbury, C. (2002). Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: a study using standardised diagnostic instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 917-929.
- Bosa, C. (2001). As Relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(2), 281-287.
- Bosa, C., & Callias, M. (2000). Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 167-177.
- Boutinaud, J. (2010). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* (2ªed.). Paris : In Press Editora.
- Branco, M. (2010). *João dos Santos: Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Brandão, M.T. (2007). As disfunções motoras como indicadores precoces das perturbações do espectro do Autismo. In J. Barreiros, R. Cordovil, & S. Carvalheiro, (Eds.), *Desenvolvimento Motor da Criança* (pp. 219-226). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Breinbauer, C. (2006). Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular. *Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*, 11, 00-00.
- CADIn. (2005). A psicomotricidade no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – CADIn. *A psicomotricidade*, 5, 77-85.
- CADIn. (2011). *Declaração de Princípios e Políticas do CADIn*. Documento Interno do CADIn. Cascais.

- CADIn. (2013a). *Estatutos do CADIn - Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil*. Documento Interno do CADIn. Cascais.
- CADIn. (2013b). Novo Serviço de Triagem no CADIn. *Caixa de Aquarelas*, (15), 1-12.
- CADIn. (2014a). *O Que é a Bolsa Social*. Retirado a 4 de abril de 2014 de www.cadin.net/o-que-e-a-bolsa-social.
- CADIn. (2014b). *O Que Fazemos*. Retirado a 4 de abril de 2014 de www.cadin.net/o-que-fazemos.
- CADIn (2014c). *Projetos*. Retirado a 4 de abril de 2014 de <http://www.cadin.net/projetos>.
- CADIn. (2014d). *Quem Somos*. Retirado a 4 de abril de 2014 de www.cadin.net.
- Camargo, S., & Rispoli, M. (2013). Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. *Revista Educação Especial*, 26(47), 639-650.
- Campbell, C., Davarya, S., Elsabbagh, M., Madden, L., & Fombonne, E. (2011). Prevalence and the Controversy. In J. Matson, & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 17-24). New York: Springer.
- Campos, J. (2011). Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(2), 512-516.
- Cappadocia, M., & Weiss, J. (2011). Review of social skills training groups for youth with Asperger Syndrome and High Functioning Autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 70-78.
- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em contexto hospitalar. *A Psicomotricidade*, 6, 73-79.
- Charman, T. (2008). Autism spectrum disorders. *Psychiatry*, 7(8), 331-334.
- Conti-Ramsden, G., Simkin, Z., & Botting, N. (2006). The prevalence of autistic spectrum disorders in adolescents with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 621-628.
- Cornelsen, S. (2007). *Uma criança autista e a sua trajetória na inclusão escolar por meio da psicomotricidade relacional* (Tese de Mestrado em Educação). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança, Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Countryman, J. (2008). Social Skills Groups for Asperger's Disorder and Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified. *Psychiatry*, 42-47.
- Crawford, A., & Manassis, K. (2011). Anxiety, social skills, friendship quality, and peer victimization: An integrated model. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 924-931.
- Cumine, V., Dunlop, J., & Stevenson, G. (2010a). *Asperger syndrome: a practical guide for teachers* (2nd ed.). London: Routledge.

- Cumine, V., Dunlop, J., & Stevenson, G. (2010b). *Autism in the early years: a practical guide*. London: David Fulton.
- Cunha, N., & Rodrigues, M. (2010). O desenvolvimento de competências psicossociais como fator de proteção ao desenvolvimento infantil. *Estudos interdisciplinares em Psicologia*, 1(2), 235-248.
- Czermainski, F., Bosa, C., & Salles, J. (2013). Funções Executivas em Crianças e Adolescentes com Transtorno do Espectro do Autismo: Uma Revisão. *Psico*, 44(4), 518-525.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2011). Entrevista sobre o campo das habilidades sociais no Brasil: Entrevistados por Manolio & Ferreira. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 537-550.
- DGIDC. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com Perturbações do Espectro do Autismo - Normas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação e DGIDC.
- Diener, E., & Fujita, F. (1997). Social Comparisons na Subjective Well-being. In B. Bunnk & R. Gibbons (Eds.). *Health, coping, and well-being: perspectives from social comparison theory* (329-357). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.
- Dunn, M. (2006). *Social Skills Program for Children with Pervasive Developmental Disorders, Including High-functioning Autism and Asperger Syndrome, and Their Typical Peers*. Shawnee Mission, KS: Autism Asperger Publishing Company.
- Fajão, W., Carneiro, G., Bruni, A., Montiel, J., & Bartholomeu, D. (2010). Aplicação de um tratamento de habilidades sociais em crianças do ensino fundamental. *Encontro: Revista de Psicologia*, 3(19), 69-89.
- Falkenbach, A., Diesel, D., & Oliveira, L. (2010). O jogo da criança autista nas sessões de psicomotricidade relacional. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 31(2), 203-214.
- Ferguson, Y., Kasser, T., & Jahng, S. (2011). Differences in Life Satisfaction and School Satisfaction Among Adolescents From Three Nations: The Role of Perceived Autonomy Support. *Journal of Research on Adolescence*, 21(3), 649-661.
- Filipe, C. N. (2012). *Autismo: Conceitos, Mitos e Preconceitos*. Lisboa: Verbo.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora - Significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (3ªed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2009). Para uma teoria da perfectabilidade psicomotora: algumas implicações para a intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade* (12), 9-52.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa. Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa. Âncora Editora.

- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-8.
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford UK: Blackwell.
- Frith, U., & Frith, C. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *The Royal Society*, 358(1431), 459-473.
- Gabriels, R., & Hill, D. (2007). *Growing Up with Autism*. Neew York: The Guilford Press.
- Gadla, C., Tuchman, R., & Rotta, N. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80(2 Sup I), S83-S94.
- Gantman, A., Kapp, S. K., Orenski, K., & Laugeson, E. A. (2012). Social Skills Training for Young Adults with High-Functioning Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1094-1103.
- Gibbs, V., Aldridge, F., Chandler, F., Witzlsperger, E., & Smith, K. (2012). Brief Report: An Exploratory Study Comparing Diagnostic Outcomes for Autism Spectrum Disorders Under DSM-IV-TR with the Proposed DSM-5 Revision. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1750-1756.
- Gillberg, C. (2011). Diagnostic Systems. In J. Matson, & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 17-24). New York: Springer.
- Gonçalves, M. (2011). *Alunos com perturbações do espectro do autismo: utilização do sistema PECS para promover o desenvolvimento comunicativo* (Tese de Mestrado em Educação Especial). Escola Superior de Educação de Lisboa, Lisboa.
- Green, G., Taylor, B., Luce, S., & Krantz, P. (2012). Applied Behavior Analysis. *Autism speaks*. Retirado a 13 de junho de 2014 de <http://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/applied-behavior-analysis-aba>.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (2007). *Reaching beyond Autism*. Retirado a 3 de fevereiro de 2014 de <http://www.icdl.com/dirFloortime/overview/>.
- Griffith, E., Pennington, B., & Wehnerq, E. (1999). Executive functions in young children with autism. *Child development*, 817-832.
- Healing Thresholds. (2010). Autism Therapy: picture exchange communication system (PECS). *Healing thresholds*. Retirado a 13 de junho de 2014 de <http://autism.healingthresholds.com/therapy/picture-exchange-communication-system-pecs>.
- Healing Thresholds. (2009). Autism Therapy: applied behavior analysis (ABA). *Healing thresholds*. Retirado a 20 de junho de 2014 de <http://autism.healingthresholds.com/therapy/applied-behavior-analysis-aba>.
- Helverschou, S., Bakken, T., & Martinsen, H. (2011). Psychiatric Disorders in People with Autism Spectrum Disorders: Phenomenology and Recognition. In J. Matson, & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 17-24). New York: Springer.

- Herbert, M. (2008). Treatment - Guided research: Helping people now with humility, respect and boldness. *Autism Advocate - Autism Society of America*, 1, 8-14.
- Hess, E. (2013). DIR®/Floortime™: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. *International Journal of Child Health and Human Development*, 6(3), 00-00.
- Hill, E. L. (2004). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental Review*, 24, 189-233.
- Hooker, C., Verosky, S., Germine, L., Knight, R., & D'Esposito, M. (2008). Mentalizing about emotion and its relationship to empathy. *Social cognitive and affective neuroscience*, 3, 204-217.
- Horn, S. (2011). Dir/Floortime Model: using relationship-based intervention to increase social-emotional functioning in children with autism. *Research Papers*, 67, 1-29.
- Irwin, J., MacSween, J., & Kems, K. (2011). History and Evolution of the Autism Spectrum disorders. In J. Matson, & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 3-16). New York: Springer.
- Jordan, R. (2000). *Educação de crianças e jovens com autismo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional – Ministério da Educação.
- Kenyon, P., Kenyon, S., & Miguel, C. (2002). Análise do Comportamento Aplicada (ABA) – Um modelo para a educação especial. In W. Camargos (Ed.), *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º. Milénio*, (p.148-154). Brasília: CORDE Edições.
- Klin (2006). Autism and Asperger Syndrome: An overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 3-11.
- Kumamoto, L. (1989). Autismo – Uma abordagem psicomotora. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 5(2), 231-238.
- Kurita, H. (2011). How to deal with the transition from Pervasive Developmental Disorders in DSM-IV to Autism Spectrum Disorder in DSM-V. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65, 609-610.
- Kuusikko, S., Haapsamo, H., Jansson-Verkasalo, E., Hurtig, T., Mattila, M.-L., Ebeling, H., ... Moilanen, I. (2009). Emotion Recognition in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 938-945.
- Lear, K. (2004). *Ajude-nos a aprender - um programa de treinamento em ABA (Análise do Comportamento Aplicada) em ritmo auto-estabelecido*. Retirado a 16 de maio de 2014 de <http://pt.scribd.com/doc/32334159/Manual-ABA>.
- Leite, S. S. (s.d.). FVA03 - CADIn.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., . . . Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 849-861.
- Li, X., Zoua, H., & Brown, W. T. (2012). Genes associated with autism spectrum disorder. *Brain Research Bulletin*, 88, 543-552.

- Lièvre, B., & Staes, L. (2012). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent e de l'adulte – Notions et applications pédagogiques* (6^aed.). Bruxelles: de boeck.
- Lima, C.B. (2012). As Perturbações do Espectro do Autismo: Diagnóstico. In C.B. Lima (Ed.), *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção*, (pp. 1-11). Lisboa: Lidel.
- Lind, S., & Williams, D. (2011). Behavioural, Biopsychosocial, and Cognitive Models of Autism Spectrum Disorders. In J. Matson, & P. Sturmey (Eds.), *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 17-24). New York: Springer.
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003a). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, 10, 11-22.
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003b). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). *ADOS-2: Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Lousada, A.J., (2004). Perturbações da comunicação e da linguagem nas crianças com Autismo. *O Professor*, 88, 55-64.
- Luiz, D., Barnard, A., Knoesen, M., Kotras, N., Horrocks, S., McAliden, P., Challis, D. & O'Connell, R. (2007). *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths- Extensão Revista dos 2 aos 8 anos*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Machado, M. (2001). *Educação e terapia da criança autista – Uma abordagem pela via corporal* (Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Mangenot, L. (2012). *Illustration d'une prise en charge psychomotrice en groupe pour un enfant porteur d'autisme* (Diplôme d'Etat de Psychomotricité). Université Paul Sabatier, Toulouse.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca, & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Psicomotricidade e Hiperactividade. In M. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes* (179-214). Lisboa: Trilhos Editora.
- Martone, M., & Santos-Carvalho, L. (2012). Uma Revisão dos Artigos Publicados no Journal of Applied Behavior Analysis (JABA) sobre Comportamento Verbal e Autismo entre 2008 e 2012. *Revista Perspectivas*, 3(2), 073-086.
- Mastangelo, S. (2009). Harnessing the power of play - Opportunities for children with autism spectrum disorders. *Teaching Exceptional Children*, 42(1), 34-44.
- Matson, J. L., & Nebel-Schwalm, M. S. (2007). Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder children: An overview. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), 341-352.

- Mello, A. M. (2003). *Autismo - Guia Prático*. São Paulo: Coordenação Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Militerni, R., Bravaccio, C., Falco, C., Fico, C., & Palermo, M. (2002). Repetitive behaviors in autistic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 210-218.
- Mitchell, K., Regehr, K., Reaume, J., & Feldman, M. (2010). Group Social Skills Training for Adolescents with Asperger Syndrome or High Functioning Autism. *Journal on Developmental Disabilities*, 16(2), 52-63.
- Mizael, T., Aiello, A. (2013). Revisão de Estudos Sobre o Picture Exchange Communication System (PECS) Para o Ensino de Linguagem a Indivíduos com Autismo e Outras Dificuldades de Fala. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 19(4), 623-636.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & Menezes, M. T. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), S77-S84.
- Myles, B.S., Bock, S.J., & Simpson, R.L. (2001). *Asperger Syndrome Diagnostic Scale Examiner's Manual*. Austin, TX: PRO-ED.
- NAIA (2014). *Núcleo de Adolescência e Idade Adulta*. Documento Interno do CADIn. Cascais.
- NIE (2014). *Núcleo de Idade Escolar*. Documento Interno do CADIn. Cascais.
- NIMH. (2011). *A parent's guide to autism spectrum disorder*. Retirado a 9 de março de 2014 de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/a-parents-guide-to-autism-spectrum-disorder/parent-guide-to-autism.pdf>.
- NIPE (2014). *Núcleo de Infância e Pré-Escolar*. Documento Interno do CADIn. Cascais.
- Oliveira, G. (2010). *Avaliação Psicomotora – à luz da psicologia e da psicopedagogia*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Oliveira, G. (2006). Autismo: história, clínica e diagnóstico. *Diversidades*, 4(14), 19-26.
- Onofre, P. S. (2004). *A criança... e a sua psicomotricidade: uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Ortega, J., Obispo, J. (2007). *Manual de Psicomotricidad (Teoría, Exploración, Programación y Práctica)*. Madrid: Ediciones La Tierra Hoy
- Overcash, A., Horton, C., & Bondy, A. (2010). The picture exchange communication system - helping individuals gain functional communication. *Autism Advocate*, 3, 21-24.
- Ozonoff, S., Rogers, S., & Hendren, R. (2003). *Perturbações do Espectro do Autismo – Perspectivas da Investigação Actual*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peixoto, F., Martins, M. A., Pereira, M., Amaral, V., & Pedro, I. (2001). Os grupos de adolescentes na escola: percepções intra e intergrupais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 079-093.
- Pereira, E. (1996). *Autismo: do conceito à pessoa*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

- Pereira, M. (2005). *Autismo, uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.
- Pinho, S. (2013). *Acolhimento de Estágios 2013/14*. Documento Interno do CADIn. Cascais.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Provost, B., Heimerl, S., & Lopez, B. (2007). Levels of Gross and Fine Motor Development in Young Children with autism spectrum disorders. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27(3), 21-36.
- Pyramid Educational Consultants. (2012). Picture Exchange Communication System. *Pyramid educational consultants*. Retirado a 13 de Junho de 2014 de <http://www.pecsusa.com/pecs.php>.
- Reichow, B., Steiner, A., & Volkmar, F. (2012). Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD) (Review). *Evidence-Based Child Health*, 7, 266-315.
- Riaño, B. S. (2002). *Estrategias Psicomotoras*. México: Editorial Limusa.
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(2), 114-119.
- Rodríguez, J., & Llinares, M. (2008). *Recursos y Estrategias en psicomotricidad*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rosa, L., & Holzmann, M. (2008). O que é a Psicomotricidade Relacional na escola. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 31(8), 133-142.
- Rosário, P., Núñez, J. C., & González-Pienda, J. A. (2007). *Auto-regulação em crianças sub-10: Projecto Sarilhos do Amarelo*. Porto: Porto Editora.
- Rump, K., Giovannelli, J., Minshew, N., & Strauss, M. (2009). The Development of Emotion Recognition in Individuals With Autism. *Child Development*, 80(5), 1434-1447.
- Rutter M., LeCouteur, A., & Lord, C. (2003). *ADI-R: Autism Diagnostic Interview - Revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Sánchez, L., & Buitrago, C. (2008). *La psicomotricidade n la escuela (de 0 a 16 años)*. Madrid: Cie Inversiones Editoriales Dossat 2000.
- Sassano, M. (2003). La escuela: un nuevo escenario para la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 77-98.
- Schroeder, J. H., Desrocher, M., Bebko, J. M., & Cappadocia, C. (2010). The neurobiology of autism: Theoretical applications. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 555-564.

- Seixas, T. (2006). *Autismo: A visão psicomotora - uma revisão bibliográfica do autismo na Psicomotricidade* (Pós-Graduação em Psicomotricidade). Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro.
- Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com Autismo - compreender e tratar perturbações do espectro do Autismo*. Porto: Porto Editora.
- Silva, P., Eira, C., Pombo, J., Silva, A., Silva, L., Martins, F., . . . Roncon, P. (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo D.I.R. *Análise Psicológica*, 1(XXI), 31-39.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929.
- Smith, M., Montagne, B., Perrett, D., Gill, M., & Gallagher, L. (2010). Detecting subtle facial emotion recognition deficits in high-functioning Autism using dynamic stimuli of varying intensities. *Neuropsychologia*, 48, 2777-2781.
- Sousa, D. (2007). *Psicomotricidade: Integração Pais, Crianças e Escola*. Fortaleza: Editora Livro Técnico.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland-II Adaptive Behavior Scales: Survey Forms Manual*. Circle Pines, MN: AGS Publishing.
- Spear, H., & Kulbok, P. (2004). Autonomy and Adolescence: A Concept Analysis. *Public Health Nursing*, 21(2), 144-152.
- Staples, K., & Reid, G. (2010). Fundamental movement skills and autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 209-217.
- Stichter, J., Herzog, M., Visovsky, K., Schmidt, C., Randolph, J., Schultz, T., & Gage, N. (2010). Social Competence Intervention for Youth with Asperger Syndrome and High-functioning Autism: An Initial Investigation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1067-1079.
- TEACCH Autism Program, (2014). TEACCH Approach. *University of North Carolina School of Medicine*. Retirado a 8 de junho de 2014 de <http://teacch.com/about-us/what-is-teacch>.
- Telmo, I. (2006). *Formautismo: Manual de formação em autismo para professores e famílias*. Lisboa: APPDA-Lisboa.
- The Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders, (2012). What is DIRFloortime?. *The Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders*. Retirado a 8 de Junho de 2014 de <http://www.icdl.com/DIRFloortime.shtml>.
- The National Autistic Society (2014). Social skills in young children. *The National Autistic Society*. Retirado a 6 de junho de 2014 de <http://www.autism.org.uk/living-with-autism/communicating-and-interacting/social-skills/social-skills-in-young-children.aspx>.
- Thrum, A., Soorya, L., & Wagner, A. (2007). Evaluation and testing for autism. In E. Hollander & E. Anagnostou (Eds.), *Clinical manual for the treatment of autism* (pp. 27-50). Washington: American Psychiatric Publishing.

- Tracy, J., Robins, R., Schriber, R., & Solomon, M. (2011). Is Emotion Recognition Impaired in Individuals with Autism Spectrum Disorders? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 102-109.
- Veague, H. (2010). *Autism*. New York: Infobase Publishing.
- Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Vidigal, M. (2005). Núcleo de Terapia Intensiva. In M. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 43-69). Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M.J., & Guapo, M.T. (2003). A equipa terapêutica: como tratar. In M.J. Vidigal, & M.T. Guapo, (Eds.), *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo: uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*, (pp. 183-234). Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M.J., & Guapo, M.T. (1997). Intervenção terapêutica no autismo e nas psicoses precoces. *Análise Psicológica*, 2, 207-219.
- Vieira, J.P. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas*, 3(11), 64-68.
- Volkmar, F. (2012). Autism spectrum or autistic disorders: implications of DSM-5 for research and practice. *Neuropsychiatry*, 2(3), 177-179.
- Watling, R., Deitz, J., & White, O. (2001). Comparison of sensory profile scores of young children with and without autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 55, 416-423.
- Whitby, P., Ogilvie, C., & Mancil, G. (2012). A Framework for Teaching Social Skills to Students with Asperger Syndrome in the General Education Classroom. *Journal on Developmental Disabilities*, 18(1), 62-72.
- Whyatt, C., & Craig, C. (2012). Motor skills in children aged 7-10 years, diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(9), 1799-1809.
- Wieder, S., & Greenspan, S. (2003). Climbing the symbolic ladder in the DIR model through Floortime/Interactive play. *Autism. Special Issue on Play*, 7, 425-435.
- Zafeiriou, D. I., Ververi., A., & Vargiami, E. (2007). Childhood autism and associated comorbidities. *Brain & Development*, 29, 257-272.
- Zuddas, A. (2013). Autism assessment tools in the transition from DSM-IV to DSM-V. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22, 325-327.

Anexos

(Os anexos do relatório encontram-se em suporte digital)