

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI**  
**Departamento de Educação Especial**

**O AUTISMO E O**  
**ATRASO GLOBAL DE DESENVOLVIMENTO**  
**UM ESTUDO DE CASO**

**António Miguel Correia**

**Porto**  
**2012/2013**

**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI**

**Departamento de Educação Especial**

**O AUTISMO E O  
ATRASO GLOBAL DE DESENVOLVIMENTO  
UM ESTUDO DE CASO**

Módulo Curricular: **Seminário de Investigação**

Docente: **Professora Doutora Isabel Cunha**

Discente: **António Miguel Correia**

**Porto**

**2012/2013**

**Título:** O autismo e o atraso global de desenvolvimento – um estudo de caso

**Autor:** António Miguel Barbosa Correia

**Email:** [amiguelcorreia@gmail.com](mailto:amiguelcorreia@gmail.com)

**Orientadora:** Maria Isabel Santo de Miranda Cunha

**Curso:** Pós-Graduação em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor

**Conclusão:** Julho de 2013

**Resumo:** O autismo e a relação com o atraso de desenvolvimento, mormente os aspetos ligados à linguagem, cognição, motricidade e relacionamento social constituem o tema deste trabalho.

Em termos metodológicos, utilizamos o estudo de caso único. O participante é uma criança em idade pré-escolar diagnosticada com autismo e atraso global de desenvolvimento e a usufruir de apoio de educação especial, bem como de psicoterapia, terapia da fala e terapia ocupacional. Para o efeito, recorreremos à análise de documentos e relatórios, especialmente médicos e psicológicos, bem como à aferição do perfil intra-individual com recurso ao PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisto) e cruzando este com resultados de outros testes (ITPA, Portage, Escala de Reynell, PAFFS), com o fim de propor atividades de intervenção, não só em contexto escolar, mas também em contexto familiar e social.

Este trabalho sublinha a importância da articulação de conhecimentos e práticas entre a família, o educador e outros agentes, como sejam psicólogos e terapeutas, em ordem à promoção do desenvolvimento da criança autista e, conseqüentemente, à sua autêntica inclusão.

**Palavras-chave:** Autismo; Atraso Global de Desenvolvimento; Intervenção Precoce, Linguagem; Cognição; PEP-R – Perfil Psicoeducacional Revisto; Escola, Família.

---

**Abstract:** Autism and the relation with the developmental retardation, mostly the aspects related to language, cognition, motor functions and the social interaction are the topics of this work.

In methodological terms, we use the single case study. The participant is a child in pre-scholar age, diagnosed with autism and global developmental retardation and having special educational support, as well as psychotherapy, speech therapy and occupational therapy. In methodological terms, we analyzed medical and psychological documents and reports, also measured the intra-individual profile using PEP-R (Psycho Educational Profile Revised) and we compared it with the results of other tests (ITPA, Portage, Reynell scale, PAFFS), in order to propose intervention activities, not just in scholar environment, but also in familiar and social circumstances.

This work emphasizes the importance of coordination of knowledge and practices among the family, the teacher and other staff, such as psychologists and therapists in order to promote the development of the autistic child and therefore his authentic inclusion.

**Keywords:** Autism; Global Delay Development; Early Intervention; Language; Cognition; PEP-R – Revised Psycho-educational Profile; School; Family.

## **AGRADECIMENTOS:**

Ao “Pedro” e a todos que com ele trabalham e convivem que me despertaram para a área da Educação Especial.

À Professora Doutora Isabel Cunha pela disponibilidade, cordialidade e sabedoria.

A todos os docentes da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti que tive o privilégio de contactar e conviver, que contribuíram de forma inexcedível para o meu enriquecimento académico, profissional e humano.

Às minhas estimadas colegas do curso de Pós-Graduação, em especial à minha amiga Carla Marques, minha parceira de grupo, sempre disponível para ajudar.

À minha esposa Carla Maia, pela paciência e apoio.

Aos meus maravilhosos filhos Miguel e Rodrigo, fontes de inspiração que me motivam a ir avante, a nível profissional e humano.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
Capítulo I – Espectro do Autismo .....	11
1.2. Definição de Perturbação de Espectro do Autismo (PEA).....	14
1.3. Epidemiologia.....	17
1.4. Etiologia.....	17
1.5. Características do Autismo.....	19
1.6. Diagnóstico e Avaliação.....	21
1.6.1. Autismo clássico ou síndrome de Kanner .....	23
1.6.2. Síndrome de Asperger .....	24
1.6.3. Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.....	24
1.6.4. Síndrome de Rett .....	25
1.6.5. Autismo atípico.....	26
1.6.6. O DSM 5.....	26
1.7. Autismo e Linguagem .....	27
1.8. Autismo e motricidade.....	29
Capítulo 2 – Modelos de intervenção .....	30
2.1. Modelos de intervenção de natureza psicanalítica.....	30
2.2. Modelo de intervenção de natureza construtivista e desenvolvimentista.....	32
2.3. Modelos de intervenção de natureza comportamental .....	32
2.4. Modelos de intervenção de natureza cognitiva.....	33
2.5. Modelos de intervenção de natureza cognitiva-comportamental .....	33
2.5.1. Modelo Teacch ( <i>Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children</i> ).....	34
2.5.2. Programa Portage .....	35
2.5.3. Modelo Son-Rise ( <i>Son-Rise Program</i> ).....	36
2.5.4. Modelo ABA ( <i>Applied Behavior Analysis</i> ) .....	38
2.5.5. Modelo PECS ( <i>Picture Exchange Communication System</i> ).....	38
2.5.6. Modelo DIR ( <i>Developmental, Individual Difference, Relationship – based/Floortime</i> )..	39
Capítulo 3 – A Família e a Escola .....	40

3.1. A criança com PEA na idade pré-escolar e a importância da intervenção precoce.....	40
3.2. A família face ao autismo .....	41
3.3. A escola face ao autismo.....	43
PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA.....	47
Capítulo 4 - Metodologia.....	47
4.1. Estudo de caso.....	47
4.2. Testes utilizados .....	49
4.2.1. PEP-R .....	49
4.2.2. ITPA .....	53
4.2.3. Portage .....	54
4.2.4. Escala de Desenvolvimento da Linguagem de Reynell.....	55
4.2.5. PAFFS - Prova de Avaliação Fonológica em Formatos Silábicos.....	56
Capítulo 5 – Caracterização da realidade pedagógica .....	57
5.1. Caracterização do meio.....	57
5.2. Caracterização da escola/instituição.....	58
5.3. Caracterização da turma/grupo .....	58
5.4. Caracterização da família .....	60
5.5. Caracterização da criança.....	60
Capítulo 6 – Determinação das Necessidades Especiais.....	65
6.1. Apresentação e análise dos resultados.....	65
6.2. Perfil Intra-individual.....	77
6.3. Plano de intervenção pedagógica .....	78
Capítulo 7 – Propostas de intervenção .....	83
7.1. Proposta de Intervenção (motricidade fina) .....	83
7.2. Proposta de Intervenção (imitação).....	84
7.3. Proposta de Intervenção (coordenação óculo-manual) .....	85
7.4. Proposta de Intervenção (realização cognitiva).....	86
7.5. Proposta de Intervenção (cognição verbal) .....	88
7.6. Proposta de Intervenção (relacionamento) .....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	92
ANEXOS .....	106

Anexo 1 – Ficha da Anamnese	
Anexo 2 – Relatório de Avaliação do Projeto de Intervenção Precoce de Matosinhos/FPCEP	
Anexo 3 – Relatório Circunstanciado 2010-2011	
Anexo 4 – Relatório Terapia da Fala	
Anexo 5 – Consulta de Pediatria (06.06.2012)	
Anexo 6 – Consulta Pediatria – Perturbação do Espectro do Autismo	
Anexo 7 – Relatório APPC - Associação do Porto de Paralisia Cerebral	
Anexo 8 – Relatório APPDA – Norte	
Anexo 9 – PEP-R	
Anexo 10 – ITPA	
Anexo 11 – Portage – Cognição	
Anexo 12 – Portage - Motricidade	
Anexo 13 – Escala de Desenvolvimento da Linguagem de Reynall	
Anexo 14 – PAFFS	

## **Índice de Figuras:**

Figura 1 – Perfil de Comportamento (PEP-R) .....	64
Figura 2 – Área da Imitação (PEP-R) .....	64
Figura 3 – Área da Motricidade Fina (PEP-R) .....	65
Figura 4 – Área da Realização Cognitiva (PEP-R) .....	66
Figura 5 – Área da Cognição Verbal (PEP-R) .....	67
Figura 6 – Área da Coordenação Óculo-Manual (PEP-R) .....	67
Figura 7 – Área da Percepção (PEP-R) .....	68
Figura 8 – Área da Motricidade Global (PEP-R) .....	68
Figura 9 – Perfil de Desenvolvimento (PEP-R) .....	69
Figura 10 – Perfil das Aptidões (ITPA) .....	72
Figura 11 – Perfil Intra-individual (PEP-R) .....	76
Figura 12 – Exercício de motricidade fina .....	82
Figura 13 – Esquema explicativo dos elementos do RPG .....	83
Figura 14 – Simetrias .....	84
Figura 15 – Sebran (Jogo da Memória) .....	85
Figura 16 – Papunet (Jogo do Dominó) .....	85
Figura 17 – Papunet (Puzzle) .....	86
Figura 18 – Personagens do Capuchinho Vermelho .....	87

## **Índice de Tabelas:**

Tabela 1 – Desvios em relação à média da pontuação típica de cada subteste (ITPA) ..	70
--	----

## **ABREVIATURAS:**

**APA** – American Psychiatric Association

**APPDA** – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

**CIF-CJ** - Classificação Internacional da Funcionalidade - Crianças e Jovens

**DSM** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**ITPA** – Illinois Test of Psycholinguistic Abilities

**NEE** – Necessidades Educativas Especiais

**PAFFS** – Prova de Avaliação Fonológica em Formatos Silábicos

**PEA** – Perturbação do Espectro do Autismo

**PEI** – Plano Educativo Individual

**PEP-R** – Psycho Educational Profile Revised

**PP** – Programa Portage

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

## **INTRODUÇÃO**

Em função da abordagem, o autismo assume diversos sentidos. De acordo com Leboyer (cit. por Santos e Santos, 2012) “*o autismo é um distúrbio de desenvolvimento a tal ponto complexo que nenhum modelo, nenhuma abordagem clínica, metodológica ou terapêutica poderia, por si mesmo, abranger a verdade*”. A própria história da formulação e significado do conceito “autismo” evidencia essa complexidade.

A complexidade dos distúrbios do espectro do autismo constituem um tema apaixonante, dentro e fora da comunidade científica, mas de estudo complexo, pois cada autista é um mundo em si mesmo, que necessita de auxílio para sair da sua fortaleza, como diria Bettelheim (1977).

Filmes como *Rain Man* ou *Son-Rise* ou personalidades como Temple Grandin (professora universitária americana, cujo trabalho na área do comportamento animal já mereceu um filme) trouxeram para o grande público um tema que tem suscitado interesse em várias áreas do saber, desde a sua postulação como síndrome, nos anos quarenta.

O autismo é hoje considerado como uma perturbação global do desenvolvimento, onde a esfera da linguagem e da sociabilidade está particularmente afetada. Nós, enquanto educadores e elementos responsáveis numa escola inclusiva temos de estar preparados para o acompanhamento de crianças autistas, tendo como principal objetivo a sua real integração e o desenvolvimento das suas capacidades, para que consigam ser, o mais possível, cidadãos de pleno direito.

Por isso, consideramos importante estudar esta problemática, não só através dos contributos teóricos de diversos autores, mas também com a análise de um caso real, com vista a entender melhor este assunto e a contribuir, modestissimamente, para encontrar as melhores soluções para tentar ultrapassar as barreiras que obstam o desenvolvimento da pessoa com espectro de autismo, mormente no domínio da socialização e no domínio académico.

O nosso trabalho é constituído por uma parte teórica e uma parte prática.

Na primeira abordaremos a temática da PEA, história, etiologia, diagnóstico e avaliação, modelos de intervenção, a relação do autismo com a linguagem e a motricidade, e a importância da intervenção precoce, especialmente nos contextos escolar e familiar.

Na segunda parte, iremos proceder à análise de um estudo de caso, uma criança diagnosticada com PEA e atraso global de desenvolvimento. Para isto, iremos caracterizar a realidade pedagógica (meio, escola, família, indivíduo), aferir as áreas fortes, emergentes e fracas a partir da aplicação dos testes PER-R (Perfil Psicoeducacional Revisto) e Portage e outros testes vocacionados para a área psicolinguística (ITPA, escala de Reynell e PAFFS). Traçado o perfil intra-individual do nosso sujeito de estudo, proporemos um plano de intervenção que poderá ser concretizado por algumas atividades que visam desenvolver as suas capacidades mais comprometidas.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **Capítulo I – Espectro do Autismo**

#### **1.1. Perspectiva histórica do Espectro do Autismo**

Etimologicamente, o termo *autista* deriva do grego *autos*, que significa próprio/eu e de *ismo*, que traduz um estado ou orientação. Assim, o autismo é uma *orientação para o eu*, ou seja, a condição ou estado de alguém que aparenta estar invulgarmente absorvido em si próprio.

A primeira experiência registada sobre um menino com características do espectro de autismo data de 1800, a qual descreve relações médico-pedagógicas entre o médico francês Jean Itard e um menino encontrado nas florestas do sul da França. Esta criança, encontrada nua e coberta de cicatrizes, nos bosques de Aveyron no ano de 1798, convivia com uma alcateia de lobos, isolado dos seres humanos, e ficou conhecido como *Victor de Aveyron*. Este apresentava traços autistas, tais como: estereotípias, dificuldades na interação social e ausência de imaginação (Itard, 2011; Marques, 2000; Frith, 1993).

Plouller ao estudar doentes esquizofrénicos, em 1906, introduz o adjetivo *autista* na literatura psiquiátrica. Um ano depois, o médico suíço Eugen Bleuler cria o termo autismo para designar “o ensinamento psicótico do sujeito no seu mundo interior”, ou seja, a perda de contacto com a realidade, devido à grande dificuldade ou impossibilidade ou de comunicação interpessoal. (Oliveira, 2009)

Anos antes das publicações de Leo Kanner, a psicanalista austríaca Mélanie Klein, descreveu o caso de uma menina que quatro anos de idade que apresentava um quadro sugestivo de autismo, que se tratava de um caso distinto das crianças psicóticas, das quais tratava. (Klein, 1960). Em 1930, Klein realizou

a primeira observação clínica conhecida a uma criança autista, mesmo sem a criança em questão ter sido designada como “autista”. (Frayssinet, 2012)

Todavia, atribui-se ao psiquiatra americano Kanner as primeiras descrições do Autismo, em 1943, no seu artigo, “Autistic Disturbances of Affective Contact” (“Distúrbios Autísticos de Contacto Afetivo”), identificou a síndrome a partir da observação clínica de 11 crianças que, para ele, diferiam de todos os quadros já descritos pela psiquiatria, o qual denominou de Autismo Infantil Precoce. (Santos e Santos, 2012)

Aarons e Gittens (1992) consideram que o termo “autista” causou confusão no início por estar associado ao afastamento existente na fantasia, sintoma dos esquizofrénicos.

Kanner descreveu os autistas como tendo dificuldades em desenvolver relacionamentos (dificuldades de interação com pessoas, manifestar mais interesse em objetos do que em pessoas), atraso na aquisição de linguagem, uso da linguagem falada de forma não comunicativa (não conseguem usar as palavras numa conversação adequada), ecolalia retardada, inversão pronominal (a criança substitui o “eu” pelo “tu” – Pais: Tu queres uma bolacha? Criança: Tu queres uma bolacha), atividades repetitivas e estereotipadas, manutenção do ambiente circundante inalterado (as crianças são contrárias a alterações no seu meio ambiente), boa memória para toras, aparência física normal. (Aarons e Gittens, 1992). Mais tarde, Kanner reduziu este conjunto a dois aspetos: a manutenção do “*sameless*” e o isolamento. (Pereira, 1999)

Outro nome incontornável, no que diz respeito ao autismo, é Hans Asperger. O psiquiatra e pediatra austríaco apresentou o seu trabalho à comunidade científica através de um artigo com o título “Die Autistischen Pshychopathen im Kindesalter”, em 1943. Apesar de trabalharem em locais muito distantes entre si, Kanner em Baltimore (Estados Unidos da América) e Asperger em Viena (Áustria), ambos escolherem o termo *autismo* para designar a perturbação que estudaram (Pereira, 1999). Kanner enfatiza a *solidão autista* e a *insistência obsessiva em repetição (sameless)*, mas ambos destacam distúrbios no contacto social, estereotipias e habilidades especiais em situações específicas (Frith, 1993). Parece claro que isto espelha a convicção que a característica mais

importante nesta perturbação é o problema social, mormente o isolamento social ou “perturbação do contacto” de natureza afetiva (Pereira, 1998) que vai persistir para lá da infância.

Ambos os autores faziam uma distinção entre a esquizofrenia e o autismo com base em três aspetos fundamentais: a possibilidade de melhoria dos seus pacientes; a ausência de alucinações; e o facto de estas crianças apresentar um desenvolvimento perturbado desde os primeiros anos de vida, ao contrário de apresentarem um declínio das suas capacidades após um período inicial de um desenvolvimento normal, típico da esquizofrenia. (Oliveira, 2009).

O isolamento social levou Bruno Bettelheim a falar em “fortaleza vazia”, uma espécie de muro que o autista constrói para manter fora dele os horrores que o habitam (Bettelheim, 1977). Para este psicólogo, o autismo é essencialmente uma perturbação da capacidade de “sair de si” e explorar o mundo. A criança tem que desenvolver a sua autoconfiança por forma, a que se sinta suficientemente segura para “sair de si” para o mundo, e entrar nele como participante ativo. Bettelheim referia que os pais destas crianças com autismo inibiam o desenvolvimento deste sentimento, por parte da criança. Esta ideia está na base da sua teoria das “mães frigorífico” (1967), defendendo a ideia de que as crianças se tornavam autistas como uma resposta adaptativa a um ambiente ameaçador e não carinhoso por parte da mãe. (Roque e Oliveira, 2004).

Em 1968, Margaret Malher, na sua obra *Psicose Infantil* introduz a distinção entre “*autismo como síndrome*” e o “*retrato como defesa temporária*” relativamente a um estado psicológico resultante de experiência de separação em relação à mãe. (Frayssinet, 2012)

O professor Michael Rutter contribuiu consideravelmente para o conhecimento do autismo. No início dos anos 70, elencou um conjunto de critérios que deveriam ser observados numa criança para que esta fosse considerada autista. Para Rutter verificou a existência de variações a nível da inteligência e sugeriu que o quociente de inteligência era tão relevante para crianças autistas como para as ditas normais. Isto foi importante porque mostrou que nem todas as crianças autista tinham um QI normal, como defendia Kanner. (Aarons e Gittens, 1992)

Elizabeth Newson da Universidade de Nottingham alargou os critérios de Rutter, quando este se referia a “*atraso e desvio no desenvolvimento a linguagem*” ela refere “dificuldades em todos os tipos de comunicação” o que inclui expressão facial e gestual. Todas estas interpretações sobre o autismo mostraram que esta perturbação não era invariável e de fácil catalogação como outras (daquelas que ou se tem ou se não tem), mas era um espectro de dificuldades com certos tipos de possíveis sintomas. (Aarons e Gittens, 1992)

Em 1979, Lorna Wing realizou um estudo epidemiológico que permitiu concluir que todas as crianças diagnosticadas com autismo apresentavam uma tríade de características muito específicas: dificuldade de comunicação, quase incapacidade de interação social e redução do poder de utilização da capacidade imaginativa e da fantasia da criança. A estes três sintomas deu-se o nome de “Tríade de Lorna Wing” (Marques, 2000). Como escreve Jordan (2000:12):

*“É esta tríade que define o que é comum a todas elas, consistindo em dificuldades em três áreas do desenvolvimento mas nenhuma dessas áreas, isoladamente e por si só, se pode assumir como reveladora de “autismo”. É a tríade, no seu conjunto, que indica se a criança estará, ou não, a seguir um padrão de desenvolvimento anómalo e, no caso de se registar uma deficiência numa das áreas a penas, ela poderá radicar numa causa completamente diferente.”*

Deve-se também a esta médica psiquiatra inglesa o reconhecimento internacional da síndrome de Asperger. Juntamente com a médica Judith Gould, em 1979, Wing esteve na origem da criação da expressão “espectro autista” e de propostas de diagnóstico e tratamento dos autistas, sem esquecer o papel dos pais, tendo mesmo contribuído a criação das organizações de pais.

## **1.2. Definição de Perturbação de Espectro do Autismo (PEA)**

Deixou de ser considerado uma doença, a PEA passou a ser referenciado como uma síndrome, isto é, um conjunto de sintomas independentemente da etiologia que os diferencie, tornando-se mais abrangente, sendo a forma mais conhecida e mais frequente de um grupo de perturbações globais do desenvolvimento.

Estas são um grupo de transtornos ou perturbações caracterizadas por alterações qualitativas em diferentes áreas. De acordo com Marques (2000: 25), o autismo “pode ser definido como uma condição ou estado de alguém que aparenta estar invulgarmente absorvido em si próprio.” Na verdade, o autismo é uma deficiência que afeta a comunicação e a interação com as outras pessoas mas também com o mundo. Deste modo, Pereira (1999) considera a PEA como uma “desordem no qual uma criança jovem não pode desenvolver relações sociais normais, se comporta de modo compulsivo e ritualista, e geralmente não desenvolve inteligência normal”.

Segundo Steyn e Le Couteur (cit. por Caldéron et al, 2012), o autismo tem essencialmente três características: a primeira refere-se às dificuldades de interação social, onde as crianças mostram pouco interesse pelos seus pares, evidenciam um leque limitado de expressões faciais e pouco ou nulo contacto invisual, compartilhando pouco as emoções com os outros. A segunda característica sugere atraso na expressão e compreensão da linguagem, utilizando muitas vezes palavras sem sentido, ecolalia e linguagem estereotipada. A terceira característica refere-se aos comportamentos e interesses estereotipados, que incluem interesses incomuns e circunscritos, preferência por objetos pouco comuns e adesão a rituais não funcionais. O autismo caracteriza-se por um conjunto de características: a "Tríade de Lorna Wing" que consiste em desvios:

1. Na comunicação:

- Alterações na compreensão e utilização da comunicação não verbal (expressão facial, entoação, mímica, etc.);
- Discurso repetitivo, muitas vezes não comunicativo;
- Repetição automática das palavras e frases do interlocutor (ecolália), muitas vezes fora de contexto, inviabilizando a comunicação.

2. Na interação social:

- Indiferença ou isolamento. Muitas vezes parecem muito afectuosos (aproximam-se das pessoas, abraçam-nas, etc.) mas na realidade

adoptam estes comportamentos independentemente da pessoa, lugar ou situação.

- Incapacidade de estabelecer e/ou manter o contacto ocular - induz ao relacionamento deficiente com o outro, o que implica uma diminuição da capacidade de imitação, crucial para a aprendizagem.

### 3. No uso da imaginação:

- Grande redução da capacidade imaginativa:
  - Atividades estereotipadas e repetitivas que os impedem de interagir adequadamente.
  - Podem constituir aspetos perturbadores para estes indivíduos as mudanças de rotina como a mudança de casa, da disposição dos móveis ou até mesmo do percurso.
  - Não brincam criativamente, chegando a passar horas a explorar um objeto específico. Crianças com inteligência mais desenvolvida podem fixar-se por determinados assuntos invulgares na sua faixa etária.

em 1978, Michael Rutter propôs uma definição do autismo com base em quatro critérios: 1) atraso e desvio sociais não só como função de atraso mental; 2) problemas de comunicação, novamente, não exclusivamente como consequência de atraso mental; 3) comportamentos estranhos, tais como movimentos estereotipados; e 4) início antes dos 30 meses de idade. (Klin, 2006)

Assim, o autismo pode ser considerado uma desordem neurológica que provoca um atraso de desenvolvimento que interfere com o desenvolvimento normal do raciocínio, das interações sociais e das capacidades de comunicação, que aparece normalmente no início da infância. (American Autism Association<sup>1</sup>). Cada um dos atrasos pode ocorrer em diferentes níveis de gravidade e pode determinar problemas na aprendizagem sérios e pode conduzir a graves problemas comportamentais.

---

<sup>1</sup> «A childhood-onset developmental disorder, autism is essentially defined by a triad of deficits in social reciprocity, communication, and repetitive behaviors or interests, each of which can occur at different levels of severity. » In <http://www.myautism.org/what-is-autism>.

A definição de Rutter e os contributos de outros investigadores influenciaram a definição de autismo no DSM-III, em 1980, quando o autismo foi reconhecido como sendo uma das Perturbações Globais de Desenvolvimento. Este termo reflete a ideia que diversas áreas de funcionamento são afetadas pelo autismo.

### **1.3. Epidemiologia**

O primeiro estudo epidemiológico sobre o autismo foi realizado por Victor Lotter, em 1966 (Klin, 2006). Desde dessa altura foram muitos os estudos realizados sobre a percentagem de pessoas com a PEA. O autismo não é uma doença rara. Para uns, a prevalência do espectro completo de autismo é de 7 crianças por 10.000 segundo estudos realizados depois de 1989, mas a passagem do DSM III para o IV indica-nos a prevalência de 10 por 10.000 indivíduos (Frayssinet, 2012). O autismo clássico terá uma prevalência de 5 em cada 10.000 indivíduos. No entanto, estudos mais recentes apontam para uma prevalência do espectro do autismo de 90 a 120 por 10 mil indivíduos (Fombonne, 2012).

Quanto à distribuição por sexo, o autismo é muito mais comum no sexo masculino do que no sexo feminino, sendo tipicamente relatadas razões de 8:1 no Síndrome de Asperger e 5:1 no Autismo Clássico. (Benson, 2008) Para Frayssinet (2012), a ocorrência da síndrome de Asperger é de 7,1 por 10.000 crianças e de 4 rapazes para 1 rapariga.

Certo é que a prevalência do autismo é imune a qualquer classe social, cultura ou ideologia. (Dyches et al., 2001)

### **1.4. Etiologia**

O autismo não é uma doença única, mas uma perturbação de desenvolvimento complexo, com etiologias múltiplas e diferenciados graus de

gravidade. (Gadia et al., 2004). Como nos afiança Pereira (1998): “*A temática da causalidade ou da etiologia é uma questão complexa, controversa e sempre incompleta, quando se entrecruzam aspectos de natureza biológica e psicológica.*” Assim, este autor considera que para melhor compreensão desta problemática, é importante considerar diferentes tipos de etiologias.

Nos anos 70, Hingtgen e Bryson (cit. por Pereira, 1998) organizam as diversas teorias da causalidade do autismo, em três tipos essenciais: teorias não-orgânicas (ou experienciais); teorias orgânico-experienciais, e teorias orgânicas. As primeiras enfatizam e destacam os factores psicológicos como determinantes do processo psicopatológico, resultado das interações do organismo com o meio-ambiente. Isto significa que assumem que, ao longo da gestação e no início do seu nascimento, a criança é normal mas, por uma "deficiência relacional", muitas vezes provinda dos pais, em particular a mãe, como figura central à construção de vínculos afetivos, podem surgir comportamentos inadaptados.

As segundas teorias podem assumir algumas especificidades. Em algumas destas teorias, certas crianças são percebidas como tendo lesões orgânicas apenas, e nas restantes teorias podem ser biologicamente normais. Outras consideram a criança autista como biologicamente deficiente, e os pais, não sendo "culpados", têm de dar um apoio relacional específico à sua criança "vulnerável".

Por último, as teorias "orgânicas puras" consideram basicamente que o autismo é a expressão de uma anormalidade biológica.

As causas não são inteiramente conhecidas ou podem ser de diversa índole. No entanto, podemos afirmar, tendo presente os estudos mais recentes, que estamos perante uma deficiência de origem biológica que afeta o desenvolvimento do cérebro. O autismo, como assevera Marques (2000:59), “*resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, que afectam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual e a capacidade de estabelecer relações.*” Uta Frith, na sua obra *Autism: Explaining the Enigma* demonstra não só a complexidade do autismo bem como a sua origem biológica. A autora alemã fala em lesões cerebrais, disfunções fisiológicas,

defeitos genéticos, disfunções imunológicas, infecções virais, entre outras causas orgânicas. (Frith, 1993)

Para Caldéron et al. (2012), os factores etiológicos são de índole neurobiológica. Geralmente consideram-se três possíveis explicações de ordem neurobiológicas do espectro do autismo: a primeira provém de alterações no desenvolvimento do lóbulo temporal que provocam sintomas semelhantes às lesões cerebrais. A segunda tem a ver com a morte seletiva de células ao nível do cerebelo. A terceira refere-se a alterações nos circuitos fronte estriados que ocasionam sintomas neurológicos semelhantes às discerCIAS, distonias, transtornos na marcha, assimetrias faciais e outros problemas psicomotores, os quais apresentam similitude com comportamentos estereotipados dos autistas.

Cohen e Bolton (1994, cit. Marques 2000) são autores da Teoria do Patamar Comum, onde associam as causas neurobiológicas ao atraso mental presente na maior parte dos autistas.

Independentemente das todas as teorias parece ser consensual na comunidade científica que o diagnóstico do autismo só é possível realizar após os 18 meses de vida ou mais. Até aí a criança parece ser perfeitamente normal (Nielsen, 1999). Também, atualmente está absolutamente afastada qualquer “culpa” dos pais pelo autismo dos seus filhos.

## **1.5. Características do Autismo**

Sendo uma síndrome, o autismo caracteriza-se pela presença simultânea de alterações nas áreas já supracitadas. Com este conjunto de características é possível múltiplas combinações, sendo muito comum encontrarmos crianças com PEA com comportamentos completamente diferentes.

As características e sintomas também podem variar ao longo da vida, os sintomas podem ser diferentes em distintas fases da vida, o que não quer dizer que houve alteração no diagnóstico ou que a criança ficou curada da sua perturbação. Segundo alguns autores, o autismo, de uma forma geral, caracteriza-se por:

*“desinteresse por pessoas e objetos que o rodeiam, fixação a objetos simples ou complexos, com “jogos” ritualizados e repetidos (luzes, água) com uma manipulação sempre idêntica. A relação interpessoal tem características peculiares: não fixa o olhar nas pessoas, não participa nas atividades em grupo. Existe uma falta de reação ante o desaparecimento dos pais e não interage com eles as habituais práticas afetivas.” (Gibert et al., 1983: 292-293).*

Vejam as principais características (Oliveira, 2009):

- Dificuldade em decodificar expressões ou emoções (próprias ou no outro);
- Interesses repetitivos e estereotipados;
- Rituais compulsivos;
- Resistência à mudança;
- Dificuldade em expressar as suas necessidades;
- Associação inadequada e excessiva a objetos;
- Maneirismos motores estereotipados e repetitivos;
- Alheamento;
- Hiperatividade ou extrema passividade;
- Comportamentos auto e hétero agressivos;
- Choros e risos sem fundamento aparente;
- Necessidade de se auto – estimular;
- Sem linguagem falada;
- Ecolália;
- Discurso na 2ª ou na 3ª pessoa;
- Linguagem idiossincrática (significados próprios);
- Linguagem rebuscada;
- Hiper reatividade;
- Hipo reatividade;
- Reatividade flutuante.

Nem todas estas características podem estar presente num indivíduo autista, evidenciando apenas algumas delas. Além disso, os sintomas podem variar conforme o avançar da idade e podem adoptar diversas combinações,

também pela estimulação e pela intervenção terapêutica e educacional, sem que isto signifique a cura da doença.

## **1.6. Diagnóstico e Avaliação**

A obtenção de um diagnóstico exige a necessidade de vários objectivos, sendo um deles, nomeadamente identificar os sujeitos que correm determinados riscos. Ora, tal como refere Rebelo: *“a despistagem tem, geralmente, características globais, de levantamento e localização das situações, com o intuito principal de tomar medidas preventivas. Posteriormente, e apoiando-se na fase anterior, o diagnóstico torna-se mais específico”* (1993: 140). Para isso é preciso identificar sintomas e definir tipos, seleccionar instrumentos adequados para medir os fenómenos, no sentido de identificar a causa (caso seja possível), avaliar a sua extensão e intensidade.

Para Torres e Fernández a avaliação *“deve começar pela recolha de informação de carácter desenvolvimental, educativo, médico e social”* (2001: 31), de forma a realizar a anamnese. Na verdade, conhecer a história de vida da criança no processo de diagnóstico é essencial: *“tal como acontece com outras condições clínicas, a história é o componente mais crítico e é o mais respeitado. Os médicos mais avisados sabem que os testes são apenas aproximações à realidade que é a experiência da vida real de cada indivíduo* (Shaywitz, 2008: 148).

Atualmente são dois os principais instrumentos de diagnóstico para o espectro de autismo: a *CID 10*, Classificação Internacional de Doenças da responsabilidade da Organização Mundial de Saúde, e o *DSM IV – TR*, da autoria da Associação Americana de Psiquiatria

Os critérios para da diagnóstico do autismo, segundo a *CID – 10* (1992) são pelo menos 8 dos 16 itens especificados e devem ser satisfeitos e manifestados durante os três primeiros anos de vida do indivíduo:

- A. Dificuldades marcantes na interação social recíproca, manifestando pelo menos três dos seguintes cinco itens:

1. Dificuldade em usar, adequadamente, o contacto ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social;
2. Dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo;
3. Raramente procura conforto ou afeição noutras pessoas em tempos de tensão ou ansiedade, e/ou oferece conforto ou afeição a outras pessoas que apresentem ansiedade ou infelicidade;
4. Ausência de partilha de satisfação em relação a ter prazer com a felicidade de outras pessoas e/ou de procura espontânea em partilhar as suas próprias satisfações através de envolvimento com outras pessoas;
5. Falta de reciprocidade social e emocional.

B. Dificuldade marcantes na comunicação:

1. Ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes;
2. Diminuição de ações imaginativas e de imitação social;
3. Pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos;
4. Pouca flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais;
5. Ausência de resposta emocional a ações verbais e não verbais de outras pessoas;
6. Pouca utilização das variações na cadência ou ênfase para refletir a modulação comunicativa;
7. Ausência de gestos para enfatizar ou facilitar a compreensão na comunicação oral.

C. Padrões restritivos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestando pelo menos dois dos próximos seis itens:

1. Obsessão por padrões estereotipados e restritos de interesse;
2. Apego específico a objetos incomuns;
3. Fidelidade aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais específicos;
4. Hábitos motores estereotipados e repetitivos;

5. Obsessão por elementos não funcionais ou objetos parciais do material de recreação;
6. Ansiedade em relação a mudanças de pequenos detalhes não funcionais do ambiente.

O DSM-IV caracteriza a criança com autismo como alguém que padece de graves défices em diversas áreas: desenvolvimento da linguagem, vinculação aos pais, cuidados pessoais, interação com os pares, atenção ao seu redor, entre outras (Wahlberg e Jordan, 2001).

Nesta época, na décima revisão, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) adota o termo Perturbações Globais de Desenvolvimento. (Klin, 2006)

Também no DSM-IV-TR, os Perturbações do Espectro do Autismo estão incluídos nos Perturbações Globais de Desenvolvimento.

O DSM-IV-TR (APA, 2002) considera que as Perturbações Globais do Desenvolvimento têm cinco diagnósticos específicos: Perturbação Autista (PA), Síndrome de Asperger (SA), Síndrome da Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e Perturbações Globais do Desenvolvimento sem outra especificação. (Pereira, 1998)

### **1.6.1. Autismo clássico ou síndrome de Kanner**

É a Perturbação global de Desenvolvimento que se manifesta gradualmente desde os primeiros anos, levando a uma situação deficitária grave e irreversível. Descrita em 1943 por L. Kanner como *psicose* infantil, envolve as seguintes características básicas: dificuldade de comunicação (verbal e não-verbal) e de estabelecer relações afetivas “virando-se” para si mesmo, indiferente ao meio exterior; rotinas comportamentais rígidas (estereotípias – balanceamentos, movimentos repetitivos com as mãos) com incapacidade de as alterar; recurso à ritualização das mais diversas atividades. São por vezes muito

hábeis no desempenho de tarefas que não envolvem competências sociais. (Pestana e Páscoa, 1998)

Ao longo da história e da evolução das investigações tornou-se evidente a existência de outras variantes ao “Autismo de Kanner”, surgindo a noção da existência de um “espectro” que partilhando numerosos aspetos da síndrome central. Deste modo, o grupo composto pelo distúrbio autista e pelos restantes formas de autismo passou a ser designado por “Perturbações do Espectro do Autismo” (Marques, 2000) ou “Perturbação Autista” (APA, 2002).

### **1.6.2. Síndrome de Asperger**

Ambos caracterizam-se por distúrbios a nível da comunicação, interação social e organização perceptiva. No entanto, enquanto o autismo clássico há défices no desenvolvimento da linguagem (alguns não têm linguagem não-verbal) e atraso mental, na síndrome de Asperger existe apenas dificuldades ligeiras de linguagem ou formas peculiares do uso linguístico e o nível cognitivo está próximo do normal ou até acima do normal. Os portadores da síndrome de Asperger podem atenuar as suas dificuldades pelo avançar da idade e através de várias estratégias para adaptação ao mundo social. (Dow e Mehring, 2001)

### **1.6.3. Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância**

A Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância (Síndrome de Heller), segundo o CID-10, é uma Perturbação Global do Desenvolvimento caracterizado pela presença de um período de desenvolvimento completamente normal antes da ocorrência da perturbação, sendo que este período é seguido de uma perda manifesta das capacidades anteriormente adquiridas em várias áreas do desenvolvimento no período de alguns meses. A estas manifestações estão associados à perda global do interesse com relação ao ambiente, condutas motoras estereotipadas, repetitivas e maneirismos e de uma alteração do tipo autista da interação social e da comunicação. Em alguns casos, a ocorrência do

transtorno pode ser relacionada com uma encefalopatia. O diagnóstico, contudo, deve tomar por base as evidências de anomalias do comportamento. O critério para o diagnóstico básico é que deve haver perdas pelo menos em duas destas cinco áreas:

a) a linguagem expressiva e receptiva – a criança deixa de nomear objetos, perde a capacidade de juntar as palavras, etc. Ou compreensiva – não compreende mais pequenas ordens, perde a capacidade de reconhecer objetos, etc;

b) competências sociais e adaptativas – pode não reconhecer pessoas familiares, perde o interesse de brincar com os pais ou com crianças, deixa de dizer adeus, mostra-se incapaz de utilizar a colher ou de beber pelo copo, perde a capacidade de tirar as meias e os sapatos, etc.;

c) controle de esfíncteres vesicais e/ou anais – perde a capacidade de controlar as fezes e a urina;

d) jogo – perde o interesse em brincar de faz-de-conta, de bater palmas, mostra-se incapaz de utilizar os brinquedos de forma funcional e incontingente, etc

e) destrezas motoras – deixa de correr ou de andar, perde a capacidade de utilizar o lápis no papel, mostra-se incapaz de fazer pinça fina, etc.

Algum tempo depois de instalada a regressão psicomotora, as crianças passam a apresentar alterações comportamentais muito semelhantes às encontradas no autismo (é como se esta perturbação se tratasse de um autismo de início tardio). Assim, evitam o contacto ocular e podem resistir ou mostrar desagrado ao serem tocados. (Palha, s/d)

#### **1.6.4. Síndrome de Rett**

Andreas Rett identificou, em 1966, uma condição caracterizada por deterioração neuromotora em crianças do sexo feminino, quadro clínico bastante singular, acompanhado por hiperamonemia, tendo-o descrito como uma “Atrofia Cerebral Associada à Hiperamonemia” (Schwartzman, 2003). Compromete progressivamente as funções motora e intelectual, e provoca distúrbios de

comportamento e dependência. No caso típico, a menina desenvolve de forma aparentemente normal entre 8 a 18 meses de idade, depois começa a mudar seu padrão de desenvolvimento. O crescimento craniano, até então normal, demonstra clara tendência para o desenvolvimento mais lento, ocorrendo microcefalia adquirida.

Aos poucos, deixa de manipular objetos e surgem movimentos estereotipados das mãos (contorções, aperto, bater de palmas, levar as mãos à boca, lavar as mãos e esfregá-las), culminando na perda das habilidades manuais e estagnação do desenvolvimento neuropsicomotor.

#### **1.6.5. Autismo atípico**

O autismo atípico ou a Perturbação de Desenvolvimento Sem Outra Especificação é diagnosticado quando todos os critérios de autismo anteriores não são satisfeitos (por exemplo, quando a idade de início é após os 3 anos, ou quando os sintomas são aparentes em apenas duas das três principais domínios de diagnóstico. (Barthélémy et al., 2007)

É devido a este diagnóstico diferencial que o Autismo se encontra integrado dentro de um espectro e não se define como uma perturbação única em si mesma (Assumpção Jr. & Pimentel, 2000).

#### **1.6.6. O DSM 5**

Até à presente data não nos foi possível aceder à versão integral do novo Manual de Diagnóstico da APA – o DSM 5, uma vez que é muito recente. Foi apenas publicado no pretérito mês de Maio nos EUA.

Todavia, podemos adiantar que há algumas diferenças em relação à edição que o precede. A primeira é a ideia que os diversos “autismos” do DSM IV sejam englobados numa única designação - Perturbação de Espectro de Autismo

(*Autism Spectrum Disorder*), mas com diferentes graus de gravidade dos sintomas em dois domínios principais que caracterizam o autismo:

- 1) Défice na comunicação e interação sociais;
- 2) Comportamentos repetitivos, interesses e atividades restritos.

Estas duas características são fundamentais para diagnosticar o autismo. Quando apenas a primeira se manifesta não podemos falar em autismo, mas em “Perturbação da Comunicação Social” (*Social Communication Disorder*). (APA, 2013)

Crê-se que estas mudanças vão permitir ainda mais a identificação precoce, isto é, reconhecer o autismo de forma mais rápida nas crianças em idade pré-escolar.

## **1.7. Autismo e Linguagem**

A aparição da linguagem numa criança autista ocorre em circunstâncias muito diversas, tal como acontece como uma criança sem a perturbação. A aquisição da linguagem por parte das crianças com autismo é retardada, e quando se desenvolve caracteriza-se por anomalias específicas, processos de simplificação como repetição de palavras (ecolália) e troca de pronomes. Podemos também assistir àquilo a que G. Arnold chama de ecolália retardada, quando a criança repete horas ou dias depois, aquilo que o adulto proferiu. Isto acontece muitas vezes no que concerne aos anúncios publicitários da televisão, que são repetidamente repetidos por algumas crianças com perturbação do espectro do autismo. (Viveiros, 2008: 28)

Assim as alterações da atenção compartilhada no autismo, somadas às alterações a nível afetivo, resultam em alterações na compreensão das intenções comunicativas dos outros, bem como em alterações nos jogos de imitação, o que traz consequências para o desenvolvimento da linguagem verbal. Um comprometimento nesta fase da intersubjetividade secundária levará, invariavelmente, a um comprometimento na construção dos símbolos e, conseqüentemente, na aquisição da linguagem. Tanto as dificuldades afectivas e

de atenção são fundamentais para que a criança consiga compreender um determinado símbolo. (Oliveira, 2009: 64)

A fala de uma criança autista apresenta algumas particularidades: ora a elocução é lenta, mas irregular e recortada, com uma forte acentuação numa das sílabas, ora é rápida e irregular, ou monótona como se fosse uma ladainha. Tanto a elocução como o timbre irregular gera, por vezes, uma fala irreal, que é mais um solilóquio do que um instrumento de diálogo. (Viveiros, 2008: 29)

As palavras utilizadas pelas crianças com autismo são pouco numerosas, muitas vezes pouco adequadas, já que uma palavra pode ser empregue no lugar de outra, por vezes usam uma palavra cuja consonância é semelhante à palavra que acaba de ser emitida previamente. Os jogos verbais são relativamente raros.

Quando assistimos ao início do desenvolvimento da linguagem num indivíduo com autismo, esta não se caracteriza por ter uma intencionalidade e/ou valor comunicacional absoluto, porque simplesmente repete aquilo que acabou de ouvir. As crianças que desenvolvem a linguagem verbal além de apresentarem frequentemente ecolália demonstram uma maneira peculiar de usar e interpretar a linguagem que é restrita a uma situação. (Raposo, s/d: 8) A inversão de pronomes, característica nos indivíduos com autismo, é um problema linguístico, não havendo qualquer evidência científica que haja um significado inconsciente tal como a falta de consciência do *eu*. (Raposo, s/d: 9)

As maiores dificuldades para estas crianças prendem-se com aspectos pragmáticos e com a estrutura de narrativa. Limitações de compreensão sobre como as pessoas usam a linguagem para obter algo e na interpretação de narrativas impedem, muitas vezes, o sujeito autista de compreender, iniciar e manter a conversação. A falta de habilidades de pré-comunicação é também patente na dificuldade em variar as suas expressões para conseguirem certos objectos e coordenar diferentes tipos de expressões tais como as faciais, movimentos das mãos, corporais e oculares. (Raposo, s/d: 10)

As maiores dificuldades de linguagem que uma criança com autismo enfrenta estão relacionadas com os aspectos pragmáticos e com a estruturação da narrativa. Limitações de compreensão de como as pessoas usam a linguagem para obterem algo e na interpretação de narrativas, impedem o sujeito autista de

compreender, enunciar e manter uma conversação. (Campelo et al, 2009:599) Há predominância de funções comunicativas não focalizadas e de protesto. (Campelo et al, 2009:600)

## **1.8. Autismo e motricidade**

Durante vários anos, devido aos estudos de Kanner, considerou-se que os autistas possuíam um desenvolvimento motor que não destoava dos indivíduos normais. Contudo, estudos recentes de Maurer e Damásio (1982) mostraram que os autistas atingiam pontuações menores, quando comparado com indivíduos normais da mesma idade, nos seguintes indicadores: composição corporal, força de apreensão nas mãos, força e flexibilidade abdominal, especialmente para a flexão de corpo. Em tarefas que requeriam atitudes de integração corporal, em atividades de imitação corporal também ficaram aquém do desempenho realizado por indivíduos normais com a mesma idade cronológica, o que para Damásio e Maurer se explica por existirem dificuldades com tarefas complexas de coordenação motora. (Miranda, 2011: 36)

Os distúrbios da motricidade constituem a evidência do envolvimento do sistema nervoso central. (Gaetner, 1981 cit. Miranda, 2011: 36) Por vezes notam-se discinesias da boca e extremidades ou sinergias involuntárias complexas envolvendo a cabeça e os membros. Nas extremidades distónicas observam-se outros tipos de movimento involuntários, alguns involuntários rítmicos (tipo tiques), outros não rítmicos como a atetose. (Gauderer, 1993, cit. Miranda, 2011: 37)

A nível da motricidade global, os movimentos podem ser pobres ou lentos quanto à execução. O arranque do gesto pode ser mais demorado. A descoordenação motora é frequente, mas não atinge todas as crianças autistas, podendo algumas destas ser, particularmente, ágeis.

No que concerne à motricidade fina a manipulação precisa dos objetos pode ser afetada. A lateralidade estabelece-se tardiamente, embora nesta aptidão se verifiquem aptidões particulares. (Miranda, 2011:37)

## **Capítulo 2 – Modelos de intervenção**

### **2.1. Modelos de intervenção de natureza psicanalítica**

Para muitos psicanalistas, o autismo decorre da falha de reconhecimento recíproco entre a mãe e o bebê, devido à depressão da mãe que interfere com a sua capacidade para cuidar e se envolver emocionalmente com a criança. (Dória et al, 2006:4)

Durante as últimas semanas de gravidez até às primeiras pós parto verifica-se na mulher um aumento da sensibilidade o que favorece a sua identificação com o bebê e o atender das suas necessidades. Nesta fase a mãe precisa da ajuda do marido para realizar certas tarefas, que ela não pode levar a cabo devido ao tempo que o tratamento do filho lhe ocupa. Durante este período a mãe encontra-se num estado psicológico especial, denominado por Winnicott de “preocupação materna primária”, no qual a mãe se dedica integralmente à criança, tornando-se, mãe e bebê, uma díade, estado fundamental para o desenvolvimento da criança. Durante esta fase transitória podem ocorrer problemas quando a mãe não consegue suportar o que é que o bebê sente, quando ela torna o filho como prolongamento dela própria podendo levar à falência da função materna. (Dória et al, 2006:5)

Lacan (cit. por Dória et al, 2006:5) destaca outro momento essencial para a constituição psiquiátrica da criança, que ocorre entre o sexto décimo oitavo mês. Trata-se da fase do espelho, durante a qual a criança estabelece progressivamente uma diferença entre o seu corpo e o mundo exterior.

Durante o desenvolvimento da criança a função do pai é muito importante, porque é o elemento que desvia a libido da mãe para outros alvos que não a criança e tem por função controlar a “loucura” materna, ajudando a estabelecer uma distancia entre a mãe e o bebê, necessária para que a criança se desenvolva enquanto sujeito psíquico. (Dória et al, 2006:5)

Os pais quando chegam a um centro de tratamento com o seu filho autista manifestam as suas dúvidas e angústias e desejam saber o que é possível fazer para curar o filho.

A terapia não vai ser um interrogatório, já que os psicanalistas não estão preocupados em atribuir sentido a todos os comportamentos da criança autista. O processo de tratamento envolve tanto a criança como os pais, já que para os psicanalistas o autismo é visto como resultado de uma falha na função paterna e materna. O sujeito autista não se reconhece como sujeito autónomo o que lhe provoca stress e sofrimento. O psicanalista tem, assim, como objetivo fazer com que a criança possa vir a ser um sujeito com individualidade, libertando-a da posição em que se encontrava, em que era completamente sufocado pelo desejo do outro, o que lhe impedia o surgimento dos seus próprios desejos. Para que isto seja possível o analista tem também de trabalhar com os pais, para que estes aprendam a desempenhar corretamente as suas funções parentais. (Dória et al, 2006:6-8)

O tratamento de enfoque na psicanálise foi sendo abandonado, contudo continua a ser bastante praticado em França, como ficou patente na reportagem publicada a dois de abril de 2012, na News Magazine<sup>2</sup>. Ultimamente pais de crianças autistas criaram associações independentes que tentaram convencer a opinião pública a romper com a psicanálise, e a aproximar-se dos tratamentos “behavioristas” que prevalecem nas outras áreas do globo. Em consequência desse esforço houve a aprovação de uma lei emanada do ministério da saúde que colocava seriamente em questão o uso da psicanálise no tratamento do autismo.

A psicoterapia psicanalista procurava instaurar a ordem no caos através da reconstrução do mundo afetivo, que se caracterizava até então por uma grande fragmentação e por uma desordenação da estrutura básica. Este modelo é de aplicação bastante complexa, pois pressupõe a existência de inúmeros pré-requisitos cognitivos que nem sempre estão presentes.

---

<sup>2</sup> *France's autism treatment 'shame'*. News Magazine, revista da BBC. In: <http://www.bbc.co.uk/news/magazine-17583123>.

## **2.2. Modelo de intervenção de natureza construtivista e desenvolvimentista**

Este modelo enfatiza a importância das crenças enquanto fatores determinantes do comportamento e das atitudes parentais, baseando-se em paradigmas e metodologias de intervenção diferentes das abordagens racionalistas, estando mais direcionados à metacognição e à construção. (Pereira, 2005:47)

Dentro deste modelo podemos ter a intervenção construtivista na doença crónica, desenvolvido por Hilton Davies. Este autor desenvolveu um modelo de intervenção para pais de crianças portadoras de doença crónica, centralizado na adaptação dos pais à doença. O diagnóstico de uma doença crónica faz com que os progenitores passem por vários estádios emocionais. Para que os pais consigam ultrapassar as dificuldades Davies preconiza um plano onde a comunicação terapêutica, centrada nas capacidades e na autonomia dos pais, em articulação com o pessoal técnico especializado, é muito importante.

O modelo de intervenção transaccional defende que o desenvolvimento da criança resulta de um processo dinâmico que envolve tanto a criança, como a família e o meio. Este tipo de intervenção tem como objetivo a redefinição do código familiar e implica três ações (remediativa, de redefinição e de reeducação), para que os pais consigam alterar a forma como compreendem o desenvolvimento da criança. (Pereira, 2005:48)

## **2.3. Modelos de intervenção de natureza comportamental**

A história das terapias comportamentais aplicadas ao tratamento do autismo já é longa. Os cientistas iniciadores da prática clínica e educativa comportamental foram Wolpe (1952), Eysenck (1959,1960) e Skinner (1938). Mas é a Skinner e aos seus colaboradores (Lindsley, Skinner e Salamon, 1953) que se deve o termo modificação do comportamento. Para Skinner, sendo o comportamento controlado pelas suas consequências, trata-se mais a pesquisar

as variáveis que o mantêm e reestruturar o meio, do que de compreender o seu modo de aquisição (Joyce-Moniz, 2005, cit por Gonçalves, 2011:41).

A modificação do comportamento inclui muitas técnicas diferentes, todas amplamente ligadas com princípios e estratégias experimentais relacionados aos mecanismos de aprendizagem e em busca de um propósito de tratamento clínico e de aperfeiçoamento pedagógico.

Lovass foi o pioneiro da intervenção comportamental autista. Nessa altura – década de 1960 – entendia-se que a intervenção comportamental poderia ajudar a melhorar as capacidades das pessoas com autismo e auxiliá-las a adquirir competências complexas como a linguagem, autonomia, e competências sociais. O programa dever-se-ia iniciar com comportamentos mais simples progredindo gradualmente para comportamentos mais complexos.

As críticas mais frequentes a este tipo de intervenção incidem sobre a fraca generalização das competências apreendidas, quando inseridas noutros contextos e sobre a fraca participação parental. (Pereira, 2005:47)

## **2.4. Modelos de intervenção de natureza cognitiva**

Esta abordagem pretende a alteração das crenças erradas, o que envolve uma atividade de reflexão profunda. O modelo cognitivo pretende fazer com que os pais alterem as suas crenças incorretas substituindo-as por pensamentos alternativos, mais adaptados à realidade. Reconhece aos pais a capacidade de conceber formas alternativas de pensar, mas não se reconhece, de forma efectiva uma autonomia na construção de alternativas, pois a construção desta estão muito mais dependentes da racionalidade do terapeuta.

## **2.5. Modelos de intervenção de natureza cognitiva-comportamental**

Este modelo de intervenção aplica técnicas de natureza cognitiva e comportamental, para que o efeito terapêutico seja mais eficaz.

Os modelos de tratamento abrangentes para crianças com autismo também podem ser divididos em quatro categorias: intervenções comportamentais individuais conduzidas por adultos, intervenções individuais conduzidas por crianças, intervenções em grupo e intervenções inclusivas. (Gabbard, 2007: 97)

As modalidades mais usadas no tratamento do autismo são as que se baseiam nas teorias da análise comportamental aplicada, conduzidas por adultos. O uso do tratamento de análise comportamental aplicada no autismo concentra-se no desenvolvimento da atenção da criança para a tarefa em questão e na aquisição de habilidades específicas.

Para se iniciar uma intervenção é necessário conhecer as dificuldades de aprendizagem que a criança autista manifesta e o impacto destas sobre o desenvolvimento, para se programarem um conjunto de atividades que visem alterar esse panorama.

### **2.5.1. Modelo Teacch**

Este método foi criado na década de sessenta do século passado por Eric Schopler, como uma abordagem psicanalítica baseada em relacionamentos para tratar crianças com autismo e seus pais. No início da década seguinte Schopler mudou para uma abordagem mais baseada em competências. (Gabbard, 2007: 103)

O projeto TEACHH pretende promover competências adaptativas e necessárias para uma vida independente, modificando o ambiente para que este se adapte às necessidades das crianças com PEA.

É um modelo de intervenção generalista e transdisciplinar, que respeita as características de cada criança, adaptando-se a elas, envolve a família e todos aqueles que intervêm no processo educativo, diminuir as dificuldades a nível da linguagem receptiva, aumenta as possibilidades de comunicação e permite diversidade de contextos.

O programa TEACHH tem por objetivos facilitar a aprendizagem a partir do arranjo ambiental, ensino estruturado e comunicação alternativa, promover a adaptação de cada indivíduo, apoiado pelos terapeutas pais enquanto co-terapeutas, tornando-o mais apto e capaz de lidar com as diferentes realidades. Aposta fortemente na avaliação contínua quer da sua aplicação quer das competências que a criança vai adquirindo. Cada terapeuta terá de ter formação em diferentes áreas como: avaliação da criança em diferentes situações, ensino estruturado, aquisição de competências sociais, como ensinar capacitando as crianças nas áreas de independência e linguagem, desenvolvimento das competências de recreação. (Kwee, 2006:37)

Este modelo preconiza a organização da sala de aula em cinco áreas distintas: área de acolhimento, onde se realiza o acolhimento e o planeamento das atividades (este planeamento é importante, já que as crianças autistas têm dificuldades em lidar com as alterações da rotina, necessitando desta para se sentirem mais seguras), área de aprender, onde se realiza o treino individualizado das competências de cada um, área de brincar, para a estimulação psicomotora e relaxamento, área do computador e área de trabalho, destinada ao trabalho individual de acordo com o plano diário.

Os resultados deste tipo de intervenção, criada no Estado da Carolina do Norte, têm sido bastante satisfatórios, quer no desenvolvimento da linguagem, quer no desenvolvimento das competências sociais.

### **2.5.2. Programa Portage**

O Programa Portage (PP) é um programa de intervenção precoce destinado principalmente às crianças NEE e seus familiares (Osborne e Corness, 2007: 418). Este método teve origem na Universidade de Wisconsin (EUA) em 1969 com o objectivo de responder às exigências das alterações ocorridas na época à legislação referente às Necessidades Educativas Especiais que preconizavam a criação de programas inovadores para o desenvolvimento infantil e que fossem facilmente generalizáveis.

Como refere Pinto (1995: 71):

*O PP é um programa educacional domiciliário que tem como objectivo apoiar os pais de crianças com NEE, com base num modelo de interação, que vai ajudá-los no ensino de novas capacidades e no controlo de problemas que interferem no processo de aprendizagem. Este objectivo é levado a cabo através de visitas domiciliárias por técnicos, que podem ser de diferentes formações de base.*

Os técnicos que se deslocam ao domicílio são sobretudo agentes de orientação e não tanto interventores directos no processo de apoio aos pais.

O Programa Portage insere-se na ideia que os modelos de intervenção não devem basear-se exclusivamente em avaliações pontuais ou em medições de quocientes desenvolvimentais, mas devem evoluir para um visão interativa e integradora, que acompanhe as alterações á rotina e todas as outras modificações a nível dos contextos da criança. (Bairrão, 1994).

Este programa pressupõe quatro atividades básica: visitas domiciliárias realizadas por um visitador domiciliário, elaboração escrita de atividades de ensino semanais para cada criança e respetivos pais, ensino e registo dessas atividades a realizar pelos pais, supervisão semanal dos visitadores domiciliários. Os visitadores domiciliários têm de ter formação especializada. (Felgueiras e Brandão, s/d:39)

Este programa tem por objetivo dotar os pais de competências necessários para ajudar a desenvolver nos filhos o máximo de competências possível. Parece, contudo, atribuir aos pais uma função demasiado pedagógica para a qual nem sempre estarão preparados. (Pereira, 2005: 49)

### **2.5.3. Modelo Son-Rise (Son-Rise Program)**

O programa Son Rise foi criado pela família Kaufman, na década de 70, que a braços com um filho diagnosticado com autismo se viu forçada a intervir terapêuticamente para que este ultrapassasse as suas dificuldades e atingisse o melhor das suas capacidades. O seu filho chama-se Rauf Kaufman, sendo hoje o principal rosto do método Son-Rise, em todo o mundo. Ele próprio relata a sua experiência:

*Recusando-se a aceitar a visão antiga do autismo como uma terrível catástrofe, meus pais surgiram com a ideia radical que o meu autismo era uma oportunidade - uma grande oportunidade, na verdade - para tentar chegar a uma criança perdida atrás de uma espessa nuvem nebulosa. Eu era uma oportunidade de fazer a grandeza de algo comumente como inquestionavelmente triste e trágico. Esta perspectiva, aliada a uma paixão implacável por parte dos meus pais, me permitiu passar por uma metamorfose espetacular e sair da casca do meu autismo sem um traço de minha antiga condição. (Raun Kaufman em Kaufman, 1994, xiii)<sup>3</sup>*

Este programa intensivo oferece uma abordagem educacional prática e abrangente centrada na criança autista. Assim o início do programa ocorre com a uma avaliação da criança, tomando consciência dos interesses da criança, para então se poder iniciar a interação.

O primeiro passo tem de ser ir até ao mundo da criança, para depois se iniciar a construção de pontes até ao nosso mundo. O adulto terá de encarar a criança como um ser único e não como alguém que deva ser consertado, procurando a melhor forma de estabelecer um relacionamento capaz. Este tipo de intervenção deve ser individualizada para que a criança reconheça o adulto/terapeuta como alguém confiável e que lhe confere segurança.

A criança é quem guia o processo, fazendo com que ela explore a si mesma e ao mundo e se vá sentindo cada vez mais motivada a explorar e a se desenvolver. Numa fase inicial o adulto (pai e/ou terapeuta) não deve estar focado em desenvolver competências em particular, mas sim em estabelecer uma ligação com a criança, para que esta se sinta segura e inicie o processo de relacionamento emocional com outro ser. Cada conquista feita pelo autista deve ser convenientemente celebrada, por muito pequena que seja. Deve-se encarar cada comportamento da criança como sendo o melhor que ela consegue fazer. O terapeuta deve ser extremamente flexível e estar presente de corpo e alma em cada atividade, sendo criativo e estando disponível. (Kaufman, 1994)

O pai/terapeuta deve fazer uso dos três “E’s” – Energia, Excitação (emoção) e Entusiasmo, e estar muito focado na vinculação inicial, não solicitando algo que a criança ainda não consiga dar resposta. (Kaufman, 1994)

---

<sup>3</sup> “Refusing to accept the age-old view of autism as a terrible catastrophe, my parents came up the radical idea that my autism was a chance – a great opportunity, in fact – to try to reach a child lost behind a thick, hazy cloud. I was a chance to make greatness out of something commonly as unquestionably sad and tragic. This perspective, combined with a passionate relentlessness on the part of my parents, enabled me to undergo a spectacular metamorphosis and emerge from the shell of my autism without a trace of my former condition” (Raun Kaufman in Kaufman, 1994, xiii)

Os pais têm um papel muito importante na implementação deste programa. Porque este tipo de intervenção não ocorre só com o terapeuta; ele terá de ser levada a cabo, de uma forma articulada, em casa da criança, onde a estimulação tem de continuar a existir para que os progressos sejam mais significativos. Como cada criança autista é um mundo em si própria os progressos de cada criança divergem quando comparados com os de outras crianças. A persistência e o amor são ingredientes indispensáveis para o sucesso na aplicação deste programa.

#### **2.5.4. Modelo ABA (Applied Behavior Analysis)**

Este método de tratamento comportamental que envolve o ensino intensivo e individualizado das competências necessárias para que o indivíduo possa adquirir independência e a melhor qualidade de vida possível. Tentam-se desenvolver comportamentos sociais adequados (contacto visual, comunicação funcional), pré-requisitos para a leitura, escrita e matemática e atividades da vida diárias como a higiene pessoal. Pretende-se também a diminuição de comportamentos desajustados como as lesões auto-infligidas, os movimentos estereotipados e o comportamento mais agressivo.

A aplicação deste método em crianças autistas baseia-se em várias etapas: avaliação inicial, definição de objetivos a serem alcançados, elaboração de programas, ensino intensivo e avaliação do progresso. Estas etapas podem ser agrupadas em duas fases distintas; a primeira em que se faz a avaliação (conhecer as competências iniciais do indivíduo) e a segunda fase em que se realiza a intervenção. Com base nas aptidões iniciais do indivíduo são estabelecidas, pelo terapeuta em articulação com os pais, os objetivos a alcançar. (Ribeiro, 2010)

#### **2.5.5. Modelo PECS (Picture Exchange Communication System)**

É um sistema alternativo e aumentativo de comunicação, onde os usuários aprendem a comunicar usando a troca de figuras. Este modelo proporciona progressos nas habilidades de comunicação, apresentam maior independência,

redução de comportamentos inadequados e melhora na abordagem social e interação (incluindo interação com colegas). O método PECS pode ser utilizado com crianças autistas. Embora se deva estimular a linguagem oral numa criança com autismo este método pode proporcionar uma forma inicial de comunicação e ser o primeiro passo para o desenvolvimento de um sistema efetivo comunicacional. (Charlop-Christy et al., 2002: 214)

Na utilização deste método é preciso ter a noção que sempre que a criança utiliza um certa imagem para realizar uma solicitação qualquer, esse pedido deve ser imediatamente atendido.

#### **2.5.6. Modelo DIR (Developmental, Individual Difference, Relationship – based /*Floortime*)**

O modelo Floor-time é um programa de intervenção desenvolvido nos EUA por Greenspan e seus colaboradores. É um modelo de intervenção intensivo, baseado na relação entre os níveis funcionais de desenvolvimento emocional, diferenças individuais e relação/afeto. Os seus princípios básicos são: seguir a criança, entrar na atividade de cada individuo no seu desenvolvimento emocional e nos seus interesses, abrir e fechar o círculo de comunicação, criar um ambiente de jogo, aumentar os círculos e competências de comunicação, interagir criando obstáculos e alargar a gama de experiências interativas da criança.

O centro deste programa é a criança, tentando-se ajudá-la a interagir com o meio e a ter um desenvolvimento integral, seguindo-se os interesses de cada individuo, interagindo sempre com ele. (Goldstein, 2010)

## **Capítulo 3 – A Família e a Escola**

### **3.1. A criança com PEA na idade pré-escolar e a importância da intervenção precoce**

Parece evidente o papel crucial da intervenção precoce, antecedido de um bom diagnóstico. Este deve ser realizado o mais depressa possível, pois melhores serão os resultados. Se possível uma criança autista deverá ser identificada antes dos três anos de idade.

O tipo, a forma, a intensidade, o sujeito que leva essa intervenção a cabo, o momento em que acontece e a focalização acertada nos problemas, é a receita para o sucesso. Este depende de um vasto conjunto de elementos de entre os quais nenhum pode ser negligenciado.

É imperioso actuar sobre os sintomas iniciais do autismo para evitar que estes se tornem irreversíveis e mais difíceis de tratar (Correia, 1991). Por outras palavras é importante estar atenta se a criança se isola, não comunica ou utiliza ecolália, se não dirige o olhar, se apresenta apatia exacerbada ou estereotipias, entre outros sinais. Caso a criança apresente esses sintomas, os cuidadores da criança deverão consultar o médico ou o psicólogo.

A intervenção precoce no autismo, bem como em outras patologias materializa a ideia que a escola, não é uma instituição com um papel “remediativo”, mas com um importante um papel de prevenção, na esteira da escola inclusiva que para a UNESCO (1994) é uma “escola preventiva” e que assume uma importância primordial no mundo hodierno. (Torgesen, 1998)<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> School-based preventive efforts should be engineered to maintain growth in critical word reading skills at roughly normal levels throughout the early elementary school period. Although adequate development of these skills in first grade does not guarantee that children will continue to maintain normal growth in second grade without extra help, to the extent that we allow children to fall seriously behind at any point during early elementary school, we are moving to a “remedial” rather than a “preventive” model of intervention. (Torgesen, 1998: 1)

### **3.2. A família face ao autismo**

A família é o contexto mais importante para o crescimento físico, psicológico e social da criança. É assim o substrato estável que permite a que cada indivíduo cresça em harmonia de modo a que consiga exercer, na plenitude, a sua cidadania.

Segundo a perspetiva ecológica do desenvolvimento humano, a família é entendida como um sistema em que os seus diferentes membros podem estar agrupados em distintos subsistemas, funcionando de acordo com regras e formas de comunicação específicas. Deste modo qualquer alteração no comportamento de um dos seus membros implica alterações no comportamento dos outros e, mesmo no próprio grupo, como um todo. (Brofenbrenner, 1979, cit. Pereira, 2005: 12)

A criança é o ponto fulcral dentro do ambiente familiar e o seu desenvolvimento depende, fortemente, do contexto onde está inserida. Devido à importância assumida pela criança no ambiente familiar, pode-se avaliar o impacto que o nascimento de uma criança com problemas de desenvolvimento pode trazer ao seio da família. O nascimento de uma criança deficiente simboliza, para os pais, a perda do bebé idealizado, o que acarreta um aumento do stress familiar, que terá implicações na dinâmica da própria família. Perante o nascimento de um filho com problemas os pais passam por uma sequência de fases de comportamento, que começam, normalmente, com atitudes de apatia, incredulidade, sensação de desapontamento e de perda, alterações físicas e emocionais até que as expectativas vão desaparecendo, embora de forma dolorosa. (Pereira, 2005: 15) Mas como refere Siegel (2008:183):

*“Antes de os pais de uma criança com autismo serem pais dessa criança, eram um casal. Antes de se conhecerem, eram pessoas com as suas identidades próprias. No processo de dar respostas às múltiplas exigências de educar uma criança autista, é muito possível que marido e mulher se percam um do outro e que cada um deles comece a perder a sua identidade separada da criança”.*

Perante o nascimento de uma criança com problemas de desenvolvimento, os pais experimentam um conjunto de sentimentos como desilusão, raiva, angústia, depressão, enquanto se regista o reajustamento familiar à chegada do novo membro. Para Glat (2002), por mais harmoniosa que seja a família, é inevitável uma crise (Serra, 2010: 45). Os progenitores destas crianças diagnosticadas com perturbações do espectro do autismo não fogem à regra. Aquando do diagnóstico eles experimentam uma sensação de perda, pois a criança sonhada/desejada não mais existe, obrigando a uma reorganização do ambiente psíquico de forma a ter em conta as necessidades especiais da criança autista. (Marques, 2000:114)

O autismo, segundo alguns autores, é a perturbação do desenvolvimento que mais dificuldades e dúvidas acarretam para os pais, pois é uma perturbação ao nível da relação social e da comunicação, conduzindo a uma grande desequilíbrio na relação entre pais e filhos e conseqüente angústia dos progenitores.

Num primeiro momento, após a confirmação do diagnóstico, os pais passam por um momento de choque e podem ficar num estado de depressão, caracterizado por uma diminuição da autoestima e uma visão negativa de si próprio. Por vezes após o diagnóstico ocorre um período de negação, ou porque as manifestações da perturbação não sejam completamente visíveis ou por “fuga” devido ao temor que o futuro lhes inspira, o que pode levar ao não cumprimento das indicações terapêuticas. (Pereira, 2005: 17)

Por vezes assiste-se à perda de identidade dos membros da família e a focalização dessa identidade na pessoa autista (Glat, 2004, Serra, 2010: 44)

A culpabilização pela qual muitos pais passam, e que durante algum tempo foi mesmo indicada pelos terapeutas, leva à superproteção das crianças por parte dos progenitores. A vergonha que por vezes sentem leva ao isolamento social.

Com o passar do tempo os pais vão aceitando o diagnóstico e adaptando-se à problemática da criança. Assim, passado o período de luto simbólico, a forma como a família se posicionará perante o problema pode ser determinante para o desenvolvimento do filho.

Com a chegada da idade de entrar na escola a família encontra o outro espaço de índole social com o qual divide a responsabilidade de educar. A articulação entre a família e a escola é particularmente enfatizada na Declaração de Salamanca, onde a educação inclusiva é pedra basilar.

### **3.3. A escola face ao autismo**

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela ONU, em 2006, cita que é dever de todos os Estados signatários, garantir que:

- a) As pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional geral com base na sua deficiência e que as crianças com deficiência não sejam excluídas do ensino fundamental gratuito e obrigatório, com base na sua deficiência;*
- b) As pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino fundamental inclusivo, de qualidade e gratuito, em igualdade de condições com as demais pessoas na comunidade em que vivem (ONU, 2006, Art.24.2).*

Educar é desenvolver, pois a “*educação deve ter por objetivo o pleno desabrochamento da personalidade humana e o reforço do respeito dos direitos e das liberdades fundamentais*” (Artigo 26º da Declaração Universal dos Direitos do Homem).

A criança portadora de deficiência ou de perturbações tem o direito de estar incluída na escola e ver as suas necessidades educativas atendidas.

Os objetivos educativos têm de estar centrados na criança, fazendo com que ela atinja as suas potencialidades que se poderão concretizar em aspectos como: comportar-se de acordo com as normas aceites, adquirir o máximo de independência possível, melhorar a compreensão da linguagem, adquirir hábitos de trabalho e aumentar a capacidade de concentração, adquirir destrezas académicas e ocupacionais, jogar e ocupar o tempo livre de forma adequada. (Parerira, 2005:20)

Para se estabelecerem as metas a atingir pela criança com perturbação no espectro de autismo é necessário conhecer muito bem as suas potencialidades,

ter a noção dos padrões de desenvolvimento normal e estabelecer metas realista para o seu desenvolvimento.

De acordo com a perspectiva de escola inclusiva, cada escola deveria estar preparada para receber e promover a educação das crianças com perturbações no espectro do autismo. A instituição escolar deve ser um espaço aberto a toda a diversidade de alunos, onde cada criança consiga encontrar resposta à sua diferença e às suas necessidades, atingindo o máximo das suas capacidades.

Sabe-se que uma organização do espaço coerente e pouco mutável, ajudam a criança autista que, normalmente têm dificuldade de orientação espacial, dando-lhe segurança e ajudam-na a situar-se.

As dificuldades de orientação espacial de uma criança podem ser atenuadas com um boa organização espacial da sala, para isso devem-se ter em consideração vários aspetos na organização espacial do ambiente escolar (Pereira,2005:21):

- Sala ampla;
- Instalações sanitárias próximas da sala;
- Iluminação adequada;
- Decoração sóbria de modo a não provocar muitas distrações;
- A organização de uma forma natural das áreas da sala;
- Áreas de trabalho próximas das estantes ou armários, para permitir o fácil acesso a estes;
- Paredes sem decoração para evitar distrações.
- Sentar a criança longe da janela;
- Mobiliário adequado;
- Áreas de jogo e de atividades lúdicas longe das saídas;
- Organizar os materiais de acordo com o grau de compreensão do aluno;
- Uso de figuras, códigos de cores, fotográficas para o aluno identificar de forma autónoma os materiais.

Outra preocupação por parte do professor deve ser a programação cuidada das atividades. Estas devem ser afixadas na sala de aula para haver uma rotina

melhor implementada e pouco espaço para surpresas, o que faz aumentar a sensação de segurança da criança autista.

As instruções dadas pelo professor devem ter em conta o grau de desenvolvimento do aluno. A instrução verbal implica que o aluno a compreenda minimamente, estas instruções podem ser acompanhadas por gestos ou reforços multissensoriais para facilitarem a sua interpretação. O professor deve tentar encontrar reforços positivos, já que nem sempre as crianças autistas compreendem os elogios.

Poderá haver a necessidade de se realizar um PEI. Para isso há que avaliar as necessidades educativas do aluno, selecionar e organizar em conformidade os conteúdos. Mas o plano não deve ser um documento estanque há que ser reavaliado algum tempo após a sua implementação.

A estruturação do PEI deve envolver todos os professores, que devem selecionar do currículo base as áreas, metas e objetivos que o aluno deve atingir, partindo do estudo prévio do discente. A implementação do plano deve ser muito cuidadosa, iniciando-se no último passo em que a criança foi bem-sucedida, reforçando positivamente cada conquista. Só se deve passar para uma nova atividade quando a anterior foi concluída com sucesso de forma autónoma.

O professor deve usar a arma mais eficaz rumo ao sucesso educativo – a paciência aliada à persistência – partindo dos saberes que a criança já possui, fazendo com que atinja níveis de desenvolvimento que a criança não atingiria por si só. No caso das crianças autistas será muito importante que se promovam aprendizagens a nível da aquisição da linguagem e outras habilidades sociais como os autocuidados, além de intervir na redução dos comportamentos inadaptados.

A comunidade educativa tem um papel decisivo nesta promoção, embora o professores e em particular o professor de educação especial tenha uma responsabilidade mais direta no processo.

O trabalho com um aluno autista pode ser do mais exigente possível, sendo, muitas vezes necessário acabar com os preconceitos que cada educador possui, contudo, tal como nos afiança Riviére:

*Esta tarefa educativa é provavelmente a experiência mais comovedora e radical que pode ter o professor. Esta relação põe à prova, mais do que nenhuma outra, os recursos e as habilidades do educador. Como ajudar os autistas a aproximarem-se de um mundo de significados e de relações humanas significativas? Que meios podemos empregar para ajudá-los a comunicar, atrair sua atenção e interesse pelo mundo de pessoas para retirá-las do seu mundo ritualizado, inflexível e fechado em si mesmo?” (Riviére,1984, cit. por Cavaco, 2009:121*

## PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA

### Capítulo 4 - Metodologia

#### 4.1. Estudo de caso

O estudo de caso, um dos métodos mais comuns na investigação qualitativa consiste num “*exame detalhado de uma situação, sujeito ou acontecimento*”. (Aires, 2011: 21), numa “*observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico*” (Merriam, cit. por Bodgan e Biklen, 1994: 91) e por isso reveste-se sempre de uma “dimensão particularista”, tal como descreve João Pedro da Ponte:

*Um estudo de caso visa conhecer uma entidade bem definida como uma pessoa, uma instituição, um curso, uma disciplina, um sistema educativo, uma política ou qualquer outra unidade social. O seu objetivo é compreender em profundidade o “como” e os “porquês” dessa entidade, evidenciando a sua identidade e características próprias, nomeadamente nos aspectos que interessam ao pesquisador. (Ponte, 2006: 2)*

O estudo de caso é a metodologia mais correta para a descrição da densa realidade que se pretende indagar e refletir. Este método pode não permitir generalizações, mas potencia juízos de transferibilidade, uma vez que assenta nas interações entre investigador e contexto e outros factos que possam surgir na investigação, facilita a comunicação entre os participantes, levando ao intercâmbio de percepções. (Aires, 2007: 22). Além disso, no decorrer da investigação, pode-se verificar que o caso estudado não se constituía na situação que se pensava estudar, podendo assim não ter adesão à teoria inicialmente proposta (Yin, 2001 cit. por Cesar, 2005).

O estudo de caso é a metodologia mais aconselhável porque ela permite confrontar o investigador com a complexidade da situação que analisa, em virtude que querer responder ao “como?” e ao “porquê” que isso acarreta. Na verdade, o

estudo de caso tem sempre uma forte componente empírica, de trabalho de campo e de análise documental, e por isso, um forte cunho descritivo, pois deve tentar “*ser o tanto quanto possível completo no sentido de tomar em consideração todos os aspectos que, no quadro da abordagem adoptada, são importantes para a sua compreensão*”. (Ponte, 2006:7).

Com a nossa escolha temos como objetivo principal a análise pormenorizada de um sujeito, concebendo-o como um fim em si mesmo, como um caso único e, conseqüentemente, impeditivo de excessivas generalizações, mas ainda assim podendo ter “um profundo alcance analítico, interrogando a situação, confrontando-a com outras situações já conhecidas e com as teorias existentes” (Ponte, 2006: 8).

A amostra do nosso estudo é uma criança diagnosticada com atraso global de desenvolvimento e PEA, de cinco anos de idade, a frequentar o jardim de infância, como aluno NEE e a usufruir, fora do contexto escolar, de terapia da fala, terapia ocupacional e psicoterapia. Todo o trabalho tentará dar resposta à seguinte questão de partida: “**Como desenvolver as competências psicomotoras e comunicacionais numa criança com PEA e atraso global de desenvolvimento?**”. Sendo certo que qualquer pergunta de partida é uma pergunta aberta, sem respostas pré concebidas ou com a possibilidade de respostas diferenciadas. (Quivy e Campenhoudt, 1998: 41)

O objectivo geral é conhecer melhor a PEA, sua etiologia, características, tipificações e as dificuldades que ela implica em termos sociais, emocionais e académicos. Os objectivos específicos são: abordar as relações da PEA com as áreas da linguagem, cognição e motricidade; saber traçar o perfil intra-individual de determinado indivíduo no sentido da concretização de propostas de intervenção.

Para esta empresa necessitaremos de caracterizar o indivíduo inserido no contexto familiar, escolar e social.

Recorremos a uma bateria de testes para aferir as áreas fortes, emergentes e fracas com vista a constituição do perfil intra-individual. Utilizaremos como teste principal o PEP-R (Perfil Psicoeducacional Revisto) de

Schopler e seus colaboradores complementados por outros testes que descrevemos mais abaixo.

De seguida elaboraremos um plano de intervenção e exemplos concretos de atividades que podem ser desenvolvidas a fim de desenvolver a criança nas dimensões que revelem maior défice.

## **4.2. Testes utilizados**

### **4.2.1. PEP-R**

O Perfil Psicoeducacional Revisto (PEP-R) é um instrumento criado para identificar padrões de aprendizagem irregulares e idiossincráticos, destinado a crianças com autismo ou outros problemas a nível da comunicação e da interação social ao nível pré-escolar, a uma idade cronológica entre os 6 meses de vida até aos 7 anos. O PEP-R pode também fornecer informações úteis para crianças entre os 7 e os 12 anos se alguns das competências se situarem ao nível do pré-escolar. Para cada área, foi desenvolvida uma escala específica com tarefas a serem realizadas ou comportamentos a serem observados. (CDEDS, 1997)

Este instrumento surgiu nos anos 70 como resultado dos trabalhos ocorridos no Departamento de Projeto de Pesquisa em Psiquiatria Infantil, na Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos e baseia-se numa abordagem desenvolvimentista, ou seja, na ideia que as crianças podem mudar os seus comportamento e melhorar o seu desenvolvimento. (Leon e Bosa, 2005: 83)

Estes estudos permitiram elaborar o Programa Treatment and Education of Autistic and Communication Handicaped Children – TEACCH, oficializado em 1972.

Foi revisto em 1988, por sugestão dos membros da equipa TEACCH que utilizaram o PEP original durante as quase duas décadas. Foram adicionados itens para a idade pré-escolar, especialmente para o nível abaixo dos 2,5 anos, em resposta à ideia, que cada vez foi ganhando mais força, de incluir crianças

cada vez mais novas em programas que visassem a identificação mais precoce do autismo e outros distúrbios de desenvolvimento.

O PEP-R é uma ferramenta de avaliação que permite aferir o grau de desenvolvimento nas dimensões da motricidade global, motricidade fina, coordenação óculo-manual, percepção, imitação, cognição, comunicação verbal, através de uma Escala de Desenvolvimento, envolvendo um total de 131 itens, bem como as áreas relacionadas com o relacionamento, a afetividade, o brincar, o interesse pelos objetos materiais, respostas sensoriais e comunicação não-verbal, através de uma Escala de Comportamento, num total de 43 itens. Para cada uma destas áreas foi desenvolvida uma escala específica composta por tarefas a serem realizadas ou comportamentos a serem observados. (Schopler, et al. 1994: 19-21, 31-32)

A área da imitação é composta de 16 itens, que através de atividades corporais, de manipulação de objetos e de linguagem permitem verificar a capacidade de imitar por parte do examinando. A imitação é especialmente importante quando abordamos o autismo, uma vez que tem implicações para a comunicação e sociabilidade.

A área da coordenação visuo-motora diz respeito à coordenação olho-mão e motricidade fina, que são fundamentais para o desenvolvimento da leitura e escrita.

Já a área da percepção é composta de 15 itens que testam o funcionamento das capacidades sensoriais (visual e auditiva), necessárias para que a criança possa selecionar e organizar um estímulo recebido.

As áreas da coordenação motora fina e ampla avaliam, através de 16 e 18 itens respetivamente, habilidades que são pré-requisitos para as atividades de vida diária como, por exemplo, subir escadas, comer com talheres, colocar uma tampa na caneta.

Por fim as áreas da performance cognitiva e da cognição verbal, intimamente relacionadas no desenvolvimento do pensamento e da linguagem - são avaliadas através de 26 e 27 itens, respetivamente, envolvendo habilidades, por exemplo, para contar e nomear letras do alfabeto, de imitação, de compreensão de conceitos, etc. (Leon e Bosa, 2005: 83)

Os materiais de avaliação incluem um conjunto de materiais pedagógicos apresentados à criança como atividades estruturadas de brincar como encaixes de madeira coloridos, livro de imagens, fantoches, objetos com suas respectivas fotografias, bolinhas de sabão, massinha de modelar, bola e materiais gráficos (papel, giz). As instruções apelam a uma linguagem mínima, uma vez que as dificuldades da linguagem são características do autismo e dos atrasos de desenvolvimento, (Schopler, et al. 1994: 20), procurando evitar as instruções estandardizadas e segundo um procedimento hierárquico:

- Instrução verbal: utilizar uma linguagem simples para guiar a criança;
- Gestos e sinais não-verbais para solicitar uma tarefa;
- Demonstração da forma como se deve realizar a atividade; e
- Condução física da criança durante a atividade: guiar as mãos e ajudá-lo com o material. (Schopler, et al. 1994: 30-31)

O avaliador observa, avalia e anota a resposta da criança durante o teste. Cada item de desenvolvimento pode ser avaliado como: **sucesso** (S), **emergente** (E) ou **insucesso** (I), enquanto os itens de comportamento devem ser avaliados como: **apropriado** (A), **moderado** (M) ou **severo** (S). (Schopler, et al. 1994: 31-33)

O protocolo do PEP-R compreende a folha de síntese, dez folhas de cotação e a folha de pontuação. (ver ANEXO 9)

Na folha de síntese anota-se dos dados da criança (sexo, idade, ano de escolaridade, etc.), data do teste e nome do examinador e as observações relativas ao aspecto físico, limitações funcionais, comportamento e comunicação espontânea. No alto desta página, o examinador registra o total obtido em cada uma das sete áreas de desenvolvimento e nos quatro domínios de desenvolvimento.

As folhas de cotação (1-10) servem para anotar o desempenho da criança em cada item. O examinador escreve A (apropriado), M (moderado) ou S (severo) nas colunas da escala de comportamento; e S (sucesso), E (emergente) ou I (insucesso) nas colunas da escala de desenvolvimento. No caso de a criança ser demasiado jovem para cumprir um item, deve colocar-se NA (não aplicável). (Schopler, et al. 1994: 32-33)

A folha de pontuação serve para minimizar os erros e elaborar o cálculo do score final que será depois registado na folha de síntese, o perfil de desenvolvimento e perfil do comportamento.

O examinador deve começar por estabelecer o total dos scores, para cada uma das folhas de cotação, nos casos previstos na base de cada coluna. Os totais parciais devem depois ser transferidos para as grelhas correspondentes na folha de pontuação. Os resultados inscritos nas colunas “Total” nesta folha devem ser registados no caso correspondente no alto da folha de síntese. Nesta folha, a penúltima linha da grelha de desenvolvimento está reservada ao score de desenvolvimento, obtido da soma dos S (Sucesso) e E (Emergente) de todos os itens de desenvolvimento. O perfil do desenvolvimento resulta do número total dessas cotações em cada domínio de desenvolvimento a que deve corresponder uma idade desenvolvimental. (ver Figura 9) Assim, é possível a avaliação de desenvolvimento e comportamental, de acordo com critérios proporcionados pelo instrumento. (Schopler, et al. 1994: 34)

Após obtido a idade de desenvolvimento, o examinador pode calcular o quociente de desenvolvimento (Q.D.) dividindo a idade de desenvolvimento pela idade cronológica e multiplicando o resultado por 100 ( $ID/IC \times 100$ ). Este Q.D. pode ser uma alternativa ou complemento ao quociente de inteligência, mas é um meio para medir a diferença entre os desempenhos correspondentes à idade cronológica da criança e o seu funcionamento real. (Schopler, et al. 1994: 120)

Relativamente ao perfil de comportamento, o examinador deve enegrecer o número de anéis correspondente ao número total de cotações “Severa” (S) para cada um dos domínios do comportamento (ver Figura 1), do centro para a periferia. Em seguida, deve-se sombrear o número de anéis correspondentes ao total de cotações “moderada” (M), do centro para o exterior. (Schopler, et al. 1994: 35)

De facto, o perfil (comportamental e de desenvolvimento) resultante deste instrumento de avaliação permite identificar as competências emergentes, características comportamentais das crianças s avaliadas, bem como os seus eventuais desequilíbrios psico-motores.

Os testes e escalas criados por Schopler não permitem apenas avaliar o grau de autismo e as capacidades “emergentes” das crianças, pois possibilitam uma compreensão dinâmica do handicap:

*Importa considerar todos os handicaps sob três pontos de vista: as causas, as consequências do défice em termos de insuficiência funcional e o carácter relativo do handicap, segundo o contexto físico e social no qual o sujeito evolui. Assim podem surgir novas potencialidades, importando favorecê-las e adaptá-las ao meio. (Vidigal e Guapo, 2003: 225)*

Este instrumento tem o objetivo de servir de alicerce à elaboração de um plano de intervenção no que diz respeito ao processo de ensino-aprendizagem junto da criança autista ou com outras perturbações na área da comunicação e da interação social e não para numa lógica psicométrica, tal como nos afiança Raymond Leblanc e Ghislain Magfrotte no início da edição francesa do PEP-R:

*O PEP-R não foi construído numa óptica psicométrica clássica, mas mais como uma tela flexível de avaliação do processo aprendizagem/ensino. Outra das atividades foram escolhidas pelo seu interesse e sua capacidade de estimular a participação ativa da criança, o PEP-R facilita a identificação das “competências emergentes” da criança. É através da análise das emergências do sujeito que o avaliador poderá desenvolver os objetivos educativos prioritários do programa educativo individualizado. (Schopler et al., 1994: Avant-propos)<sup>5</sup>*

#### **4.2.2. ITPA**

O ITPA é o Teste das Capacidades Psicolinguísticas de Ilinóis (*Illinois Test of Psycholinguistic Abilities*) e avalia as funções psicolinguísticas envolvidas no processo comunicacional, designadamente as operações de codificação, categorização e associação (Kirk e McCarthy, 1961). Os processos de descodificação são definidos como o somatório total dos hábitos exigidos para obter significado quer de estímulos linguísticos, quer dos auditivos quer dos visuais; os processos de categorização ou de codificação seriam “o somatório total dos hábitos exigidos para se exprimirem a si próprios em palavras ou

---

<sup>5</sup> Le PEP-R n'a pas été construit dans une optique psychométrique classique, mais davantage comme un canevas flexible d'évaluation du processus apprentissage-enseignement. Outre que les activités ont été choisies pour leur intérêt et leur capacité à stimuler la participation active de l'enfant, le PEP-R facilite l'identification des “compétences émergents” de l'enfant. C'est par une analyse des émergences du sujet que l'évaluateur pourra développer les objectifs éducatifs prioritaires du programme éducatif individualisé.

gestos”; finalmente, os processos associativos estavam definidos como “o somatório total dos hábitos exigidos para manipular internamente símbolos linguísticos” (Hermelin e O’Connor, 1970: 69-70).

Segundo Osgood (1957a, 1957b), em cujo modelo psicolinguístico se baseia este teste que compreendia três dimensões (níveis de organização, processos psicolinguísticos e canais de comunicação), um teste com estas variáveis permitiria distinguir os défices de codificação, descodificação ou de associação como distintos uns dos outros, podendo reflectir impedimentos nas organizações semântica e estrutural. Dentro dos processos psicolinguísticos avalia o processo recetivo, o de associação ou organização e o expressivo.

O teste tem dois níveis de organização: O representativo e o automático sequencial. No representativo, o teste pretende atingir actividades mediacionais, e a compreensão do significado e dos símbolos linguísticos. No nível automático sequencial, são testadas a retenção de sequências e as cadeias de hábitos automáticos. No nível representativo as tarefas de descodificação, pretendem ver a compreensão de palavras ou figuras. Os processos associativos são testados, verificando se as crianças podem relacionar uma palavra ou figura com outra; a codificação é então entendida como a expressão de ideias em palavras e gestos. A codificação e a associação são testadas em todos os canais. (ver ANEXO 10)

#### **4.2.3. Portage**

Para iniciar o programa, o examinador recorre a uma Lista de Registo de Comportamento em ordem a avaliar o nível de desenvolvimento da criança. Este instrumento é constituído por 619 comportamentos organizados em seis áreas de desenvolvimento: Estimulação do Bebê, Socialização, Linguagem, Autonomia, Cognição e Desenvolvimento Motor. Cada área está sequenciada por idades ou níveis de desenvolvimento.

A cada item de registo de comportamento, o PP fornece sugestões de pelo menos três actividades (fichas de actividades), de forma a desenvolver áreas específicas da criança.

Para o presente trabalho e com vista a responder melhor às exigências no nosso sujeito de estudo, utilizamos duas das cinco áreas que podem ser avaliadas pelos testes do PP: a Cognição e o Desenvolvimento Motor. (ver ANEXOS 11 e 12)

#### **4.2.4. Escala de Desenvolvimento da Linguagem de Reynell**

A Escala de Desenvolvimento da Linguagem de Reynell (*Reynell Developmental Language Scales Record Form*), de autoria de Joan K. Reynell, é uma avaliação largamente utilizada para a identificação de atrasos na fala e na linguagem, por médicos, terapeutas, psicólogos e investigadores. A sua primeira edição, em versão experimental, ocorreu em 1969, tendo sido revista em 1977 e 1985. Ela fornece uma avaliação dos principais recursos de linguagem, tendo sido revista melhorada e recentemente padronizada através da sua aplicação a mil e duzentas crianças entre os dois anos e os sete anos e cinco meses, no reino Unido.

As alterações realizadas na última edição tiveram por base as pesquisas mais recentes sobre a aquisição da linguagem e os indicadores de comprometimento da linguagem.

Este teste possui duas escalas distintas: uma explora os aspectos de compreensão da criança de um vocabulário selecionado e questões gramaticais (escala de compreensão), e outra examina a produção das mesmas características de linguagem por parte da criança (escala de produção). Para além de permitir avaliar as crianças com dificuldades em termos de linguagem, fornece algumas orientações básicas quanto a uma futura intervenção.

Ao longo do tempo esta escala foi uma das mais utilizadas pelos profissionais devido ao seu cariz prático, de se ter revelado de fácil aplicação suscitando uma cooperação espontâneas por parte das crianças, por ter sido padronizada através de estudos de larga escala e por permitir uma avaliação da linguagem tanto a nível da compreensão como da produção.

A escala de compreensão da linguagem foi sempre mais utilizada do que a de produção, já que esta se mostrou de aplicação mais difícil, daí a necessidade das revisões sucessivas que ocorreram. A avaliação da compreensão em crianças entre dois e três anos é muito importante para se aferir da possibilidade das crianças terem dificuldades de linguagem, ou terem, simplesmente um desenvolvimento mais tardio. (ver ANEXO 13). A utilização desta escala ajuda a identificar estas dificuldades, mais ou menos ocultas, e a delinear um programa de intervenção com o objetivo de minorar estas dificuldades linguísticas. (GL Assessment, 2011)

#### **4.2.5. PAFFS - Prova de Avaliação Fonológica em Formatos Silábicos**

Segundo Rosa Lima (2011: 40), *“a P.A.F.F.S. é composta por 62 itens, constituídos por outras tantas imagens que pretendem eliciar a produção de palavras.”* Como a autora refere, a opção de uma prova de nomeação de imagens, assume o objetivo de a resposta à questão ser clara; saber se a criança é capaz ou não de produzir a palavra correspondente à imagem apresentada. Perante um determinado estímulo (imagem, desenho), a criança deve proferir a palavra correspondente. O sujeito profere corretamente ou incorretamente. Neste último caso, o examinador deverá identificar o tipo de erro, podendo ser um erro de natureza articulatória ou fonológica.

Cada palavra pode ser proferida de forma espontânea pelo sujeito ou com a ajuda do examinador. Este pode dar pistas para que a criança identifique a imagem e diga a palavra correspondente (dirigido) ou pode dizer a palavra para o sujeito a repetir (repetição). Esta classificação permite não só avaliar a linguagem expressiva, mas também a linguagem compreensiva.

## **Capítulo 5 – Caracterização da realidade pedagógica**

### **5.1. Caracterização do meio**

A criança do nosso estudo habita em Ermesinde. Esta cidade está localizada a cerca de sete kms do Porto. Confronta com as freguesias de Alfena, Valongo, Baguim do Monte, Rio Tinto, Águas Santas e Folgosa. Apesar de ser a freguesia de menor dimensão do Concelho de Valongo, com a área de 7,4 km<sup>2</sup>, é a mais populosa, ultrapassando os 60.000 habitantes. Nesta cidade, moradias e prédios de vários andares distribuem-se por vales e encostas dos montes, em ruas com bastante declive.

O aumento da população deveu-se essencialmente às migrações do interior do país em busca de emprego e de melhores condições de vida e à fixação de camadas mais jovens que saíram da cidade do Porto para adquirirem habitações a melhor preço.

A agricultura que, no passado, desempenhou um papel relevante, devido ao solo fértil e de regadio, cultivando-se produtos hortícolas, o milho, o vinho e o linho, tem hoje um papel diminuto.

A pequena e média indústria, o comércio, serviços e transportes constituem as principais ocupações da população, dentro da cidade e nos arredores. É, principalmente, o Porto que continua a atrair a mão de obra ermesindense, para onde se deslocam todos os dias milhares de trabalhadores. A construção dum centro comercial junto à cidade trouxe uma grande oferta em termos de hipermercado, restauração, lojas e salas de cinema.

A cidade de Ermesinde é servida por uma vasta rede de vias de comunicação que lhe permitem fácil acesso a várias regiões do norte do país, levando a um crescimento populacional da cidade. A facilidade de transportes beneficiou Ermesinde, mas também contribuiu para que, em termos habitacionais,

crecesse duma maneira desordenada, com poucos espaços verdes e insuficientes infra-estruturas.

## **5.2. Caracterização da escola/instituição**

A criança frequenta o Jardim de infância do Carvalho, instituição que faz parte do Agrupamento Vertical de S. Lourenço – Ermesinde. Este Agrupamento é constituído por quatro Escolas do 1º Ciclo, quatro Jardins de infância e uma Escola EB 2,3.

A Escola EB 1/JI do Carvalho situa-se na Praceta Alberto Taborda, no centro da cidade de Ermesinde. Este estabelecimento de ensino, a funcionar desde 8 de dezembro de 1938, é um edifício de construção antiga, mas em bom estado de conservação, pois sofreu recentemente obras de beneficiação.

É uma escola que possui nove salas de aulas, doze casas de banho para alunos e quatro para professores, dois gabinetes, uma pequena sala de reprografia, duas arrecadações e um polivalente.

Numa das salas de aula funciona desde outubro de 2009 a Unidade de Ensino Estruturado, destinada ao atendimento de crianças com perturbações do espectro autista.

Recentemente foi construído de raiz um Jardins de infância no espaço do recreio, que comporta quatro salas de atividades, uma cantina e duas casas de banho com vários sanitários destinados a crianças, uma casa de banho para adultos, outra adaptada a crianças com deficiência motora e um espaço interior com banca de mudas e chuveiro. Possui também duas estruturas modulares destinadas às atividades de enriquecimento curricular do 1º Ciclo.

No exterior existe um espaço aberto, parcialmente pavimentado, destinado ao recreio e prática de jogos e/ou desporto, e algum espaço ajardinado.

## **5.3. Caracterização da turma/grupo**

O grupo é constituído por 25 crianças, sendo um grupo heterogéneo com 1 criança de 6 anos, 6 de 5 anos, 13 de 4 anos e 4 de 3 anos, 12 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Destas crianças, 9 fizeram parte do grupo no ano letivo anterior.

O nível sócio-económico das famílias é médio; as famílias são pouco numerosas, sendo a maioria das crianças filhos únicos; vivem todos com os pais, que são relativamente novos, situando-se a maioria na faixa etária dos 30-40 anos.

As famílias, de uma forma geral, são famílias estruturadas e alargadas, tendo os avós de retaguarda; há 2 famílias monoparentais, mas também apoiadas por familiares. No entanto, 21 destas crianças estão inscritas para almoçarem na escola, embora neste momento só 17 o estejam a fazer, e 4 no prolongamento; 8 crianças beneficiam de escalão A e uma de escalão B. As habilitações dos pais são na maioria 3º ciclo e secundário, havendo alguns com curso superior; apesar disto há um número significativo de desempregados, especialmente as mães; a ocupação dos tempos livres das crianças é a brincarem com os irmãos, a passearem no parque ou a verem televisão.

É um grupo heterogéneo quanto às idades e interesses. Entraram 15 crianças novas, havendo um número significativo que usa chupeta para dormir e dorme com os pais, apesar de ter quarto próprio. São crianças saudáveis, havendo 8 crianças que de uma forma geral dormem poucas horas (há mais crianças que referem programas de televisão que viram e que acabam tarde). Há crianças de 4 anos com um nível de desenvolvimento baixo, inferior às de 3 anos. Algumas não sabem pegar no lápis nem rasgar. A nível comportamental, de uma forma geral, são crianças irrequietas, com dificuldade de atenção e períodos de concentração muito curtos; raramente estão caladas e falam alto; algumas têm dificuldades na linguagem, tanto a nível de articulação como pobreza de vocabulário. Têm dificuldade em respeitar o outro e em ouvir, e muitas dificuldades em partilhar. No entanto, os mais velhos já adquiriram algumas regras de convivência em grupo, já aprenderam a partilhar os espaços e o material, já adquiriram capacidade de autonomia, tanto na sala como ao nível da

higiene pessoal. De uma forma geral, são protetores dos mais novos. Todos gostam de ouvir histórias e de cantar.

#### **5.4. Caracterização da família**

A família do Pedro (nome fictício) vive em Ermesinde (Valongo) e é constituída por quatro membros.

O pai do Pedro é professor e tem 38 anos de idade; a mãe é técnica superior de biblioteca e tem 37 anos. Ambos possuem cursos superiores, esta possui licenciatura e pós-graduação; aquele possui licenciatura e mestrado. São casados há mais de sete anos.

Pedro é o mais novo de dois rapazes. O seu irmão tem seis anos de idade e ingressará o 1.º ciclo no próximo ano letivo. Ambos frequentam o mesmo estabelecimento, embora em salas diferentes.

A relação é muito boa com pais e irmão. Além destes familiares, Pedro convive bastantes com os avós maternos. O seu avô materno costuma levar e buscar o Pedro e o seu irmão à escola, permanecendo com eles, muitas vezes, até os pais regressarem do trabalho. Também convive com alguma frequência com os avós paternos, alguns tios e primos.

#### **5.5. Caracterização da criança**

O Pedro nasceu em 9 de julho de 2008 no Hospital da Venerável Irmandade da Nossa Senhora da Lapa (Porto), com o peso de 3230 gramas e 51,5 cm de altura. Nasceu de parto normal e dentro do tempo previsto. (ver ANEXO 1) O seu nascimento foi desejado, embora mais cedo que o previsto, pois nasceu cerca de um ano e meio depois do seu irmão.

Fez amamentação materna até aos seis meses de idade, alimentando-se bem. Nesta altura foi introduzido o biberão que não agarrava bem pelo que foram introduzidas as papas lácteas na sua alimentação. A criança nunca usou a

chupeta. Mas ainda hoje mantém o hábito (o tique) de mamar a língua. Através de informação obtida pelos pais, a criança, desde muito cedo demonstrou uma apatia exagerada, não apresentando qualquer iniciativa ao nível da autonomia pessoal (vestuário, higiene e alimentação), não manifestava qualquer reação quando acordava, podendo ficar horas sem chamar o adulto ou não respondendo quando o chamam.

Além disso, a criança tinha o hábito de correr junto as paredes ou à volta de objetos (candeeiro de rua) e outras estereotípias ou rituais, tais como: bater com um talher repetidamente numa superfície dura (mesa ou chão), olhar para um objeto (brinquedo) durante muito tempo pegando-o frequentemente com as pontas dos dedos e mover repetidamente as mãos em frente ao rosto.

Através de um docente universitário do local de trabalho da mãe da criança, esta sinalizou a criança à equipa do Projeto de Intervenção Precoce de Matosinhos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

As três observações realizadas em 2010 (18 e 24 de março e 23 de junho), nesta instituição, demonstraram que a criança apresentava dificuldades acentuadas ao nível das interações sociais, na exploração de objetos do seu meio ambiente, assim como dificuldade em focar e dirigir a atenção. Na primeira sessão, a criança tinha 20 meses de idade. (ver ANEXO 2)

Considerando a necessidade uma intervenção específica, foi sugerido aos pais a inclusão do seu filho numa creche, com o apoio de Intervenção Precoce pelo Agrupamento da área de residência. Aconselhou-se o contacto com o Agrupamento de Vallis Longus (Valongo).

No ano letivo 2010/2011 foi efetuada a sua inscrição no Centro Social de Ermesinde, frequentando a valência de Creche, usufruindo de apoio de Intervenção Precoce a partir do mês de janeiro, por um período de duas horas semanais. Beneficiou de apoio pedagógico personalizado e de adequações curriculares individuais. O Relatório Circunstanciado realizado nesse ano letivo evidencia dificuldades ao nível da linguagem, interação social e autonomia, (ver ANEXO 3)

Frequentou este estabelecimento durante dois anos letivos, ao mesmo tempo que ia tendo sessões de terapia da fala.

No primeiro ano letivo (2010/2011) usufruiu de sessões de terapia da fala (uma sessão por semana de 45 minutos) pagas pelos pais, num consultório privado, sito em Ermesinde. No ano letivo seguinte, continuou a usufruir de terapia da fala, mas pagas pelo Sistema Nacional de Saúde, noutra estabelecimento da mesma localidade, três vezes por semana.

A terapeuta desta última instituição escreveu num relatório, datado de 31 de maio de 2012, que a criança possui um *“discurso maioritariamente caracterizado por palavras isoladas e/ou repetições frequentes de frases anteriormente ditas pelo adulto (ecolália). Algumas dessas produções articulatórias apresentam processos fonéticos e fonológicos que já deveriam encontrar-se extintos, sendo o seu discurso em algumas situações imperceptível.”* O mesmo relatório, referindo-se à motricidade fina considera que a criança *“apresenta dificuldades em realizar a correta preensão, não é capaz de respeitar os limites da imagem nas atividades para pintar e não apresenta iniciativa para mudar de cores.”* (ver ANEXO 4)

De acordo com um relatório médico, datado de 6 de junho de 2012, *“apresenta um atraso no seu desenvolvimento psicomotor, marcado por dificuldades notórias da sua interação e integração social, perturbação da atenção e apatia generalizada, falta de iniciativa e perturbação de identificação de objetos e imagens”*. O mesmo relatório refere a existência de Perturbações Específicas de Linguagem. (ver ANEXO 5)

Atualmente a criança está a ser acompanhado em consulta hospitalar (Hospital de S. João), pela Dra. Alda Mira Coelho, a qual efetuou um relatório clínico em 9 de outubro de 2012, onde menciona que *“o menino apresenta Perturbação global de desenvolvimento com ligeiro atraso de desenvolvimento (linguagem e grafomotricidade) associado a características de síndrome de Asperger em estudo. Revela dificuldades nas competências sociais, ansiedade perante situações novas e tendência para comportamentos repetitivos, ecolália e dificuldades na autorregulação”*. Menciona, ainda, a necessidade da criança beneficiar de terapia da fala e terapia ocupacional. (ver ANEXO 6)

Em junho de 2012, por boas referências por parte de amigos, os pais inscreveram o menino no Centro de Paralisia Cerebral do Porto.

Apesar de ser uma instituição vocacionada para outras patologias, o objetivo dos pais era que o filho usufrísse de outras valências para além da terapia da fala. O pedido foi aceite e o Pedro após avaliação psicológica, realizada a um de agosto de 2012, começou a usufruir, um mês depois, de sessões semanais de três valências: Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Psicoterapia.

A criança ainda vai usufruir destes serviços até final do presente ano letivo, ainda não se sabendo o encaminhamento da sua situação, mas sendo certo que sairá do Centro de Paralisia do Porto.

A psicóloga desta instituição, que leva a cabo sessões semanais de psicoterapia, aplicou a escala de inteligência de Wechsler (WPPSI-R) que demonstrou que, em termos globais, a criança encontra-se no Nível Muito Inferior, mas salientou a *“discrepância de resultados entre a área verbal (Muito Inferior) e de realização (Média Inferior).”* (ver ANEXO 7)

No dia 28 de fevereiro do presente ano, o menino foi alvo de uma consulta pela pedopsiquiatra Paula Pinto de Freitas, da delegação Norte da APPDA – Norte (Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e do Autismo), a qual diagnosticou *“atraso global de desenvolvimento e dificuldades específicas na área do desenvolvimento sócio-emocional que se manifestam mais na interação com pares, limitações no jogo simbólico e desenvolvimento psicomotor bem como na peculiaridade de estímulos visuais (ex.: correr junto à parede), que são compatíveis com diagnóstico de Perturbação do Espectro de Autismo (sem outra especificação).”* A mesma pedopsiquiatra propõe como intervenção a continuidade do apoio multidisciplinar (Psicologia, Terapia de Fala e Terapia Ocupacional) e também sessões de floor-time (metodologia DIR de S. Greenspan). (ver ANEXO 8)

No início deste ano letivo que terminou recentemente, o menino foi transferido para o Jardim de infância da Escola Básica do Carvalhal e a sua adaptação tem vindo a ser satisfatória.

Atualmente, apesar da menor frequência, ainda apresenta momentos de ausência mais ou menos prolongados, aliados a alguns hábitos motores estereotipados e repetitivos (movimentos inapropriados).

De acordo com dados recolhidos da avaliação da docente da turma, assim como dos relatórios médicos e testes realizados ao aluno, concluiu-se que o mesmo apresenta um déficit relativo às aprendizagens sociocognitivas, distúrbios no ritmo de aparecimento de habilidades físicas e linguísticas, assim como uma perturbação do funcionamento social, de causa emocional.

## **Capítulo 6 – Determinação das Necessidades Especiais**

### **6.1. Apresentação e análise dos resultados**

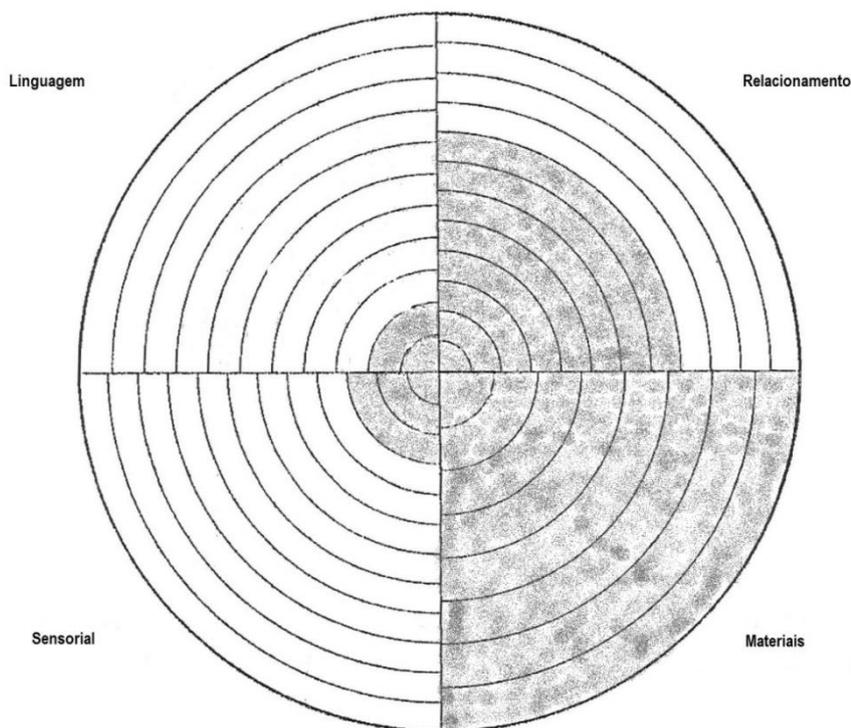
O sujeito da nossa análise tem no momento cinco anos de idade, no entanto, os testes PEP-R, Portage e PAFFS ocorreram há cerca de três meses, pelo que a idade que servirá de referência para o nosso estudo é 4 anos e 9 meses (57 meses). No entanto, utilizamos também outros dois testes realizados meses antes. O teste ITPA foi realizado em 19.02.2013 (idade de 4 anos e 7 meses) e a escala de Reynell foi aplicada em 16.12.2012, quando a criança tinha 4 anos e 4 meses.

Os dados da escala comportamental do PEP-R mostram que o desempenho de Pedro, ao nível da linguagem, é inferior àquilo que seria esperado para a sua idade. Sendo certo que dos dez itens correspondentes a este domínio, pela idade precoce do sujeito (menos de 5 anos de idade), só três são aplicáveis, sendo que só o balbúcio (item 162) está apropriado e os outros dois (163 – Uso de palavras e 171 – Comunicação espontânea) foram classificados como moderados. Também o desempenho ao nível dos materiais é fraco, pois nenhuns dos 8 itens foram classificados como “apropriado”. Todavia, todos eles foram classificados de moderados, o que evidencia potencialidades que devem ser trabalhadas aquando da intervenção.

No que diz respeito ao relacionamento, podemos afirmar que o sujeito apresenta um melhor desempenho, uma vez que dos doze itens, quatro foram avaliados como apropriados (54 – Espelho; 55 – Contacto Físico; 91 – Inicia interação social e 92 – Responde à voz do examinador) e os restantes como moderados. Pedro teve ainda um desempenho adequado nos itens: reação a contacto físico; contacto ocular; e, procurar ajuda do examinador (itens 55, 146 e 154 do relacionamento social do PEP-R). Isto evidencia potencialidades ao nível comunicativo e relacional, afastando-se do quadro habitual do autismo,

nomeadamente do autismo clássico ou de Kanner, onde a área comunicativa/relacional está fortemente comprometida. A área sensorial é a mais desenvolvida, pois dos doze itens, nove itens foram avaliados como apropriados e os restantes como moderados.

Nenhum item foi classificado como “severo”, o que revela que nenhuma área está gravemente comprometida.



**Figura 1 – Perfil de Comportamento (PEP-R)**

Contudo, a escala de desenvolvimento do PEP-R releva que há atrasos significativos em vários domínios. (ver ANEXO) Os mais preocupantes são os domínios da realização cognitiva, cognição verbal, coordenação óculo-manual, imitação e motricidade fina.

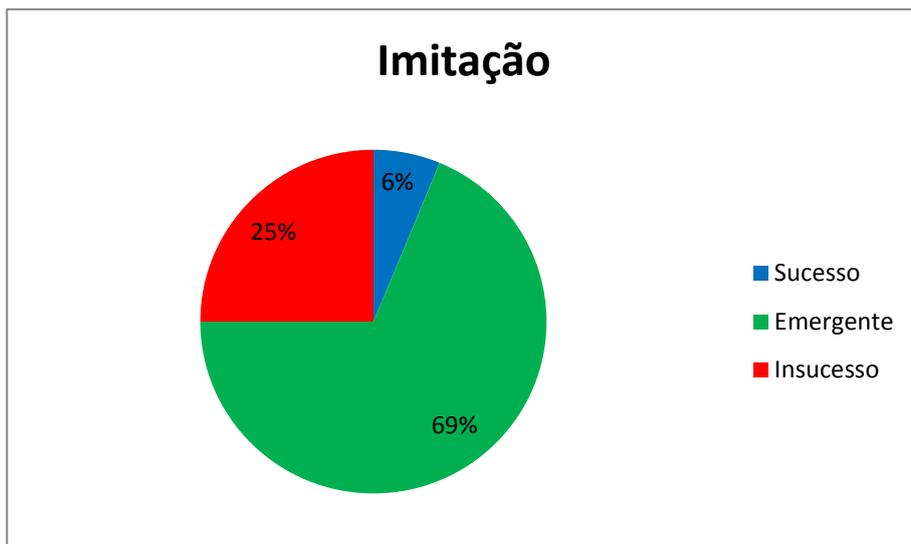


Figura 2 – Área da Imitação (PEP-R)

Na imitação, num total de dezasseis itens, só passou em um único (14 – Imita o som dos animais), onze são classificados de emergentes (69%) e quatro como “insucesso” (6 – Manipula o caleidoscópio; 15 – Imita ações com objetos; 102 – Repete 4 a 5 dígitos e 129 – Responde à imitação das suas próprias ações). A imitação parece ter como pré-requisito as áreas da atenção, sensorial e perceptual. Seu mau desempenho na imitação poderia ser atribuído principalmente a problemas de atenção, já que a avaliação desta área foi negativa tanto nos instrumentos quanto no relato dos pais.

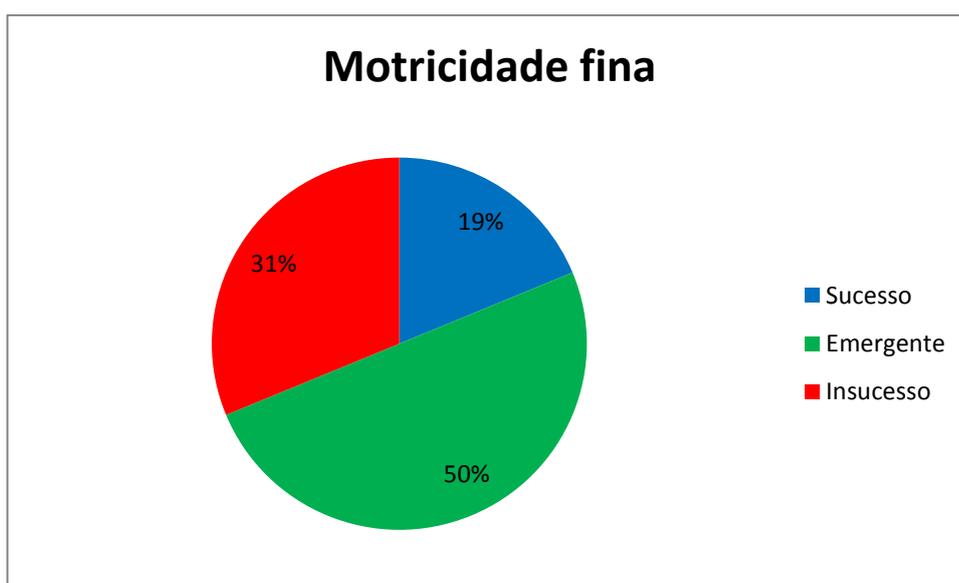


Figura 3 – Área da Motricidade Fina (PEP-R)

Na motricidade fina, dos dezasseis itens, só três foram classificados como “sucesso” (19%), oito como “emergentes” (50%) e cinco como “insucesso” (31%). Pedro teve os seguintes itens classificados como graves: 10 – Enterra um pauzinho; 12 – Faz uma tigela; 84 – Desenha um homem; 86 – Corta papel com uma tesoura; e 87 – Identifica e dá objetos.

O sujeito revela muitas dificuldades em manipular o lápis ou a caneta, ainda estando na fase da garatuja no que diz respeito à realização do desenho. Tanto no domínio da imitação como no domínio da motricidade fina, o Pedro não ultrapassa os três anos de idade desenvolvimental.

No que diz respeito à realização cognitiva, cognição verbal e à coordenação olho-mão, o desempenho é melhor, mas ainda longe daquilo que seria esperado para a sua idade. Nestes domínios, o sujeito tem uma idade desenvolvimental à volta dos três anos e meio.

Na realização cognitiva, dos vinte e seis, oito foram classificados como “sucesso” (31%), onze como “emergentes” (42%) e os restantes como “insucesso”. Foram classificados como “insucesso” os seguintes itens: 18 – Interação lúdica completa; 85 – Escreve o seu nome próprio; 88 – Identifica objetos pelo tacto; 96 – Dá 2 a 6 cubos; 110 – Mima a função dos objetos; 128 – Responde a instruções verbais; 140 – Lê e segue instruções.



**Figura 4 – Área da Realização Cognitiva (PEP-R)**

Na cognição verbal, o sujeito passou em nove itens (33%) num total de vinte e sete; sete foram classificados como “emergentes” (26%) e os restantes como “insucesso”.

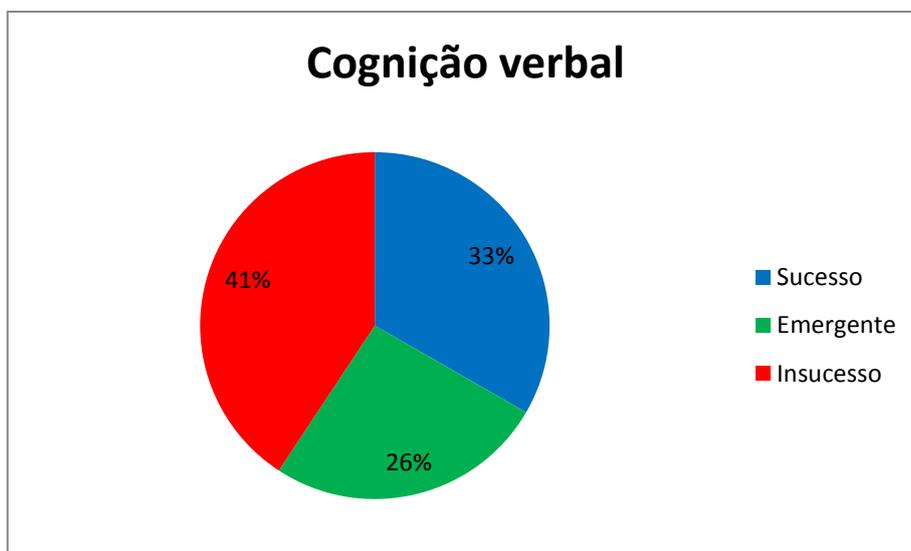


Figura 5 – Área da Cognição Verbal (PEP-R)

A coordenação óculo-manual apresenta uma grande percentagem de itens classificados como “insucesso” (47%), mas também uma percentagem elevada de itens classificados como “sucesso” (40%).

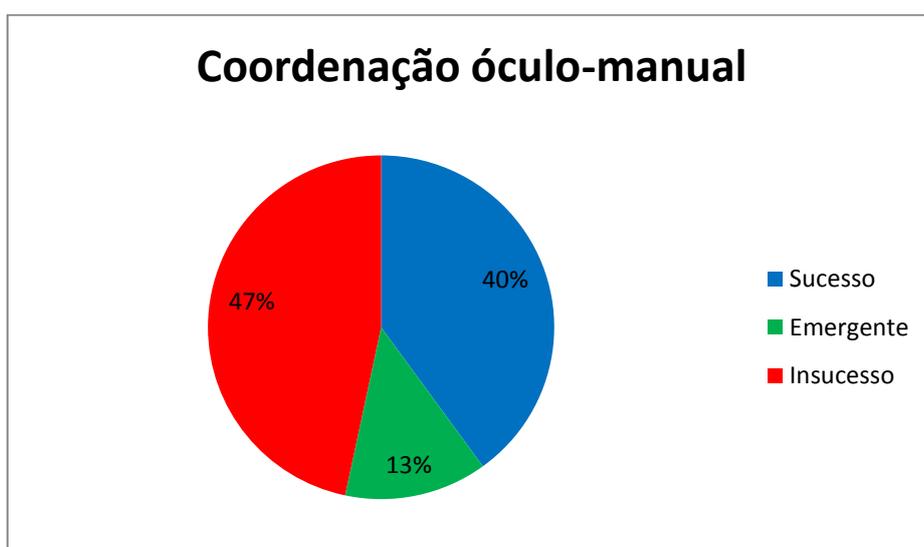


Figura 6 – Área da Coordenação Óculo-manual (PEP-R)

Apenas nas áreas da percepção e da motricidade global, o sujeito apresenta uma idade desenvolvimental correspondente à sua idade cronológica.

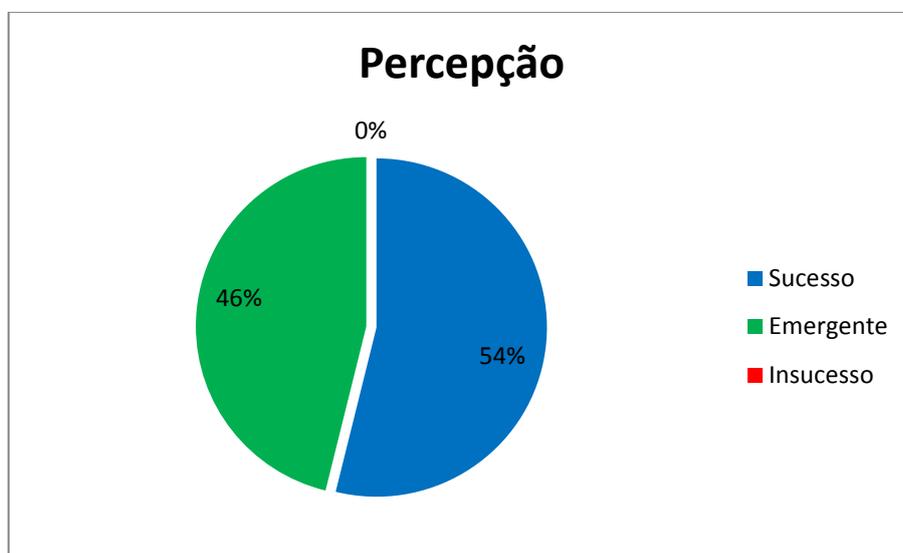


Figura 7 – Área da Percepção (PEP-R)

Na percepção, não há nenhuma percentagem de insucesso, sete itens foram classificados como “sucesso” (54%), e seis como “emergentes” (46%), num total de treze. Na motricidade global também não se regista nenhum item como “insucesso, do conjunto dos dezoito itens, treze foram classificados como “sucesso” (72%) e os restantes como “emergentes” (28%).

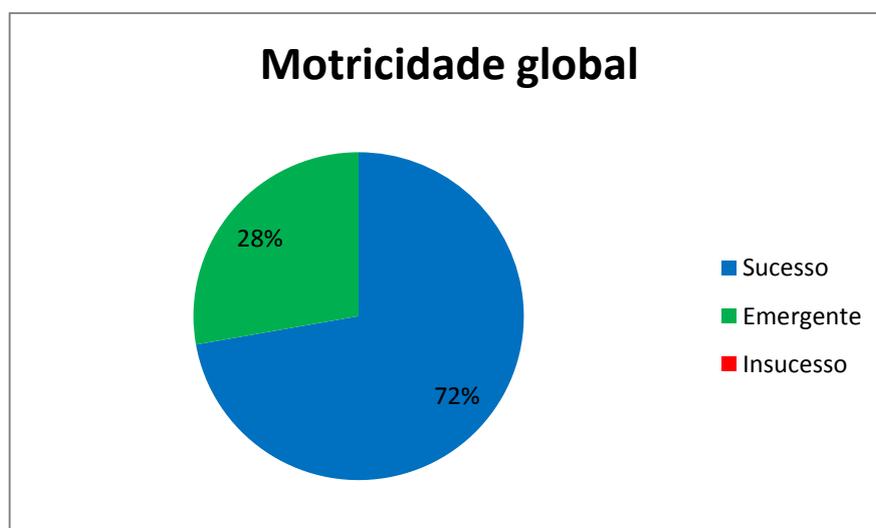


Figura 8 – Área da Motricidade global (PEP-R)

Em suma, a avaliação global do PEP-R releva uma idade desenvolvimental à volta dos 43 meses (3 anos e 7 meses), longe da idade cronológica de 57 meses (4 anos e 9 meses). Estima-se assim um atraso de um ano e dois meses. O Quociente de Desenvolvimento é 75,43, o que significa que parece estar afastado a possibilidade de deficiência mental ligeira. Até porque as crianças com PEA, devido aos seus défices linguísticos, podem não transmitir aquilo que realmente sabem ou são capazes de realizar.

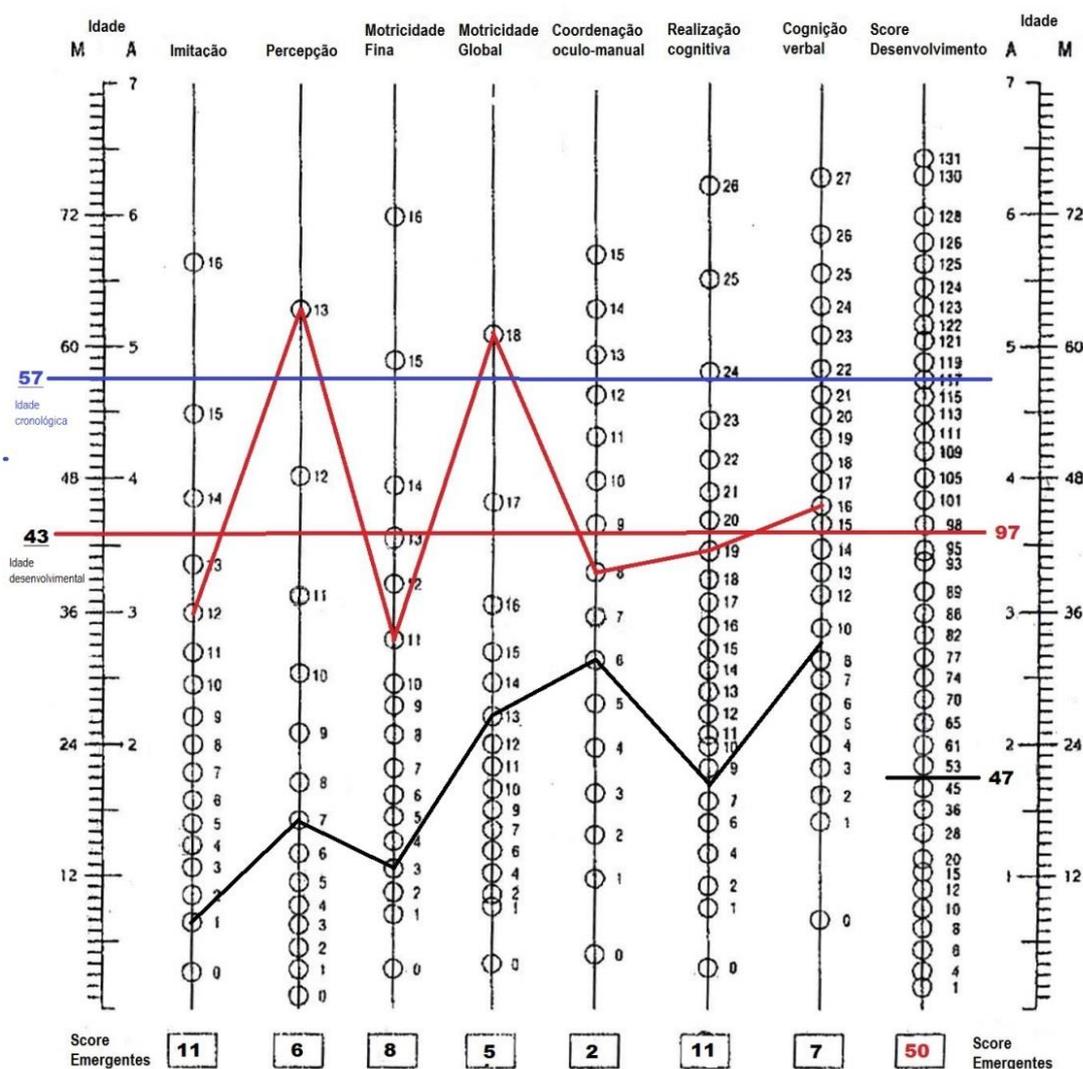


Figura 9 – Perfil de Desenvolvimento (PEP-R)

O teste ITPA foi realizado em 19 de fevereiro de 2013. A criança tinha nessa data 4 anos e 7 meses e apresentou resultados, nos diferentes testes, inferiores aos esperados para a sua idade cronológica, tendo obtido 25 de média das pontuações típicas.

Analisando os seus resultados podemos concluir que é nos testes áudio-vocais que os seus resultados são mais baixos, quando comparados com o valor médio da pontuação típica. Neste conjunto de testes à exceção da compreensão auditiva e da memória sequencial auditiva, os resultados foram inferiores à média, de uma forma mais notória no teste de expressão verbal (desvio - 11), onde o indivíduo em causa não conseguiu dar qualquer tipo de resposta às tarefas solicitadas. A diferença neste teste, como é superior a dez pontos pode ser considerada como uma discrepância substancial. Nos testes de associação auditiva e integração gramatical obteve valores inferiores à sua média (desvio de - 4).

Teste <u>áudio-vocais</u>	Sujeito P.	
	Pontuação típica	Desvio da média
Compreensão auditiva	25	--
Associação auditiva	21	-4
Expressão verbal	14	-11
Memória sequencial auditiva	26	+1
Integração gramatical	21	-4

Testes visuo-motores		
Compreensão visual	36	+11
Associação visual	35	+10
Expressão motora	15	-10
Integração visual	35	+10
Memória sequencial visuomotora	17	-8
Média	25	

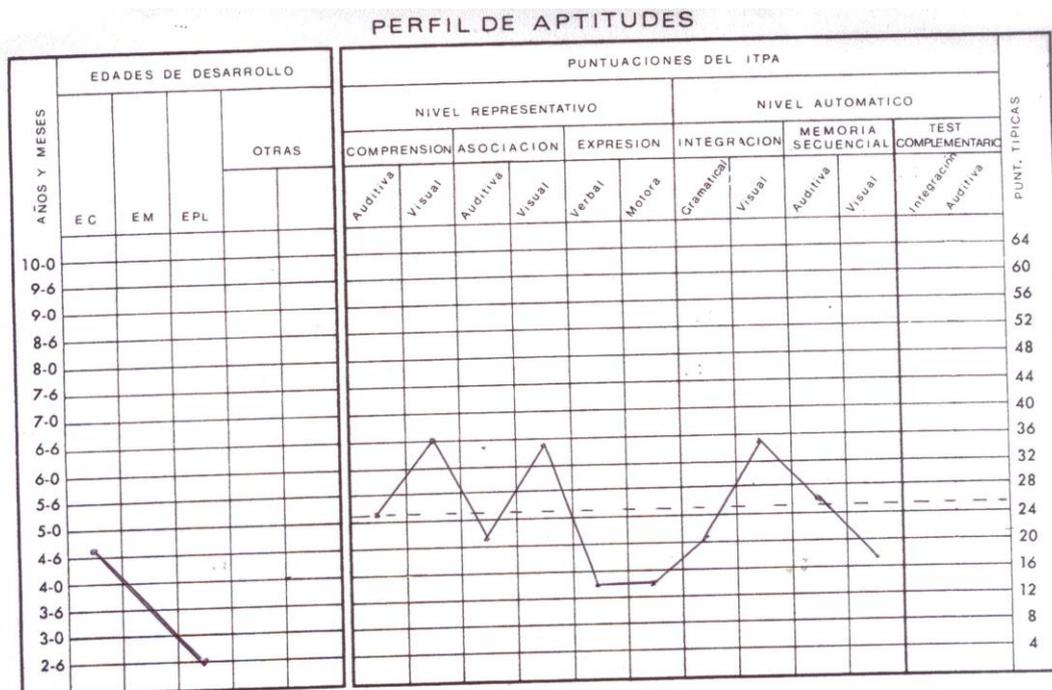
Tabela 1 – Desvios em relação à média da pontuação típica de cada subtestes (ITPA)

Nos testes visuo-motores, o sujeito tem um desempenho mais elevado, contudo nos testes de expressão motora e memória sequencial visuo-motora os

valores obtidos são substancialmente inferiores à sua média. Na expressão motora o sujeito demonstrou muitas dificuldades em imaginar como é que um dado objeto é utilizado e demonstrar a sua utilização. No teste de memória sequencial visuo-motora, a criança não conseguiu executar qualquer uma das tarefas solicitadas. Nos subtestes de compreensão visual, associação visual e integração visual, o indivíduo analisado obteve os seus resultados mais elevados (36, 35 e 35 pontos respectivamente), excedendo a sua média em mais de dez pontos.

As pontuações a nível representativo apresentam discrepâncias significativas entre os aspectos auditivo-vocais e visuo-motores. Os valores obtidos nos testes que avaliam as capacidades auditivas/vocais foram mais baixas do que nos testes que avaliam as competências visuo-motoras. Nos testes de compreensão e associação auditiva e expressão verbal os valores atingidos correspondem a uma idade inferior a três anos, o que denota as dificuldades apresentadas pelo indivíduo a nível da expressão verbal e da compreensão das indicações que lhe são transmitidas. Nos testes de compreensão e associação visual, que avaliam as capacidades visuo-motoras o sujeito obteve no primeiro pontuação correspondente a uma idade de quatro anos e no segundo de três anos e dez meses, evidenciando que é nestas duas áreas que tem dificuldades menos significativas. Ainda dentro do nível representativo visuo-motor, nos testes de expressão motora demonstra sérias dificuldades, tendo obtido uma pontuação que corresponde a uma idade inferior a três anos.

O desempenho nos testes de nível automático é mais homogéneo, embora continue a obter resultados inferiores aos esperados para a sua idade cronológica. Nos testes auditivos/vocais deste nível, o sujeito obtém resultados correspondentes a uma idade inferior a três anos, o mesmo acontece no teste visuo-motor de memória sequencial visuo-motora, onde o sujeito não conseguiu realizar nenhuma das tarefas solicitadas. No teste de integração visual os pontos obtidos estão de acordo com uma criança de três anos e sete meses de idade.



**RESUMEN DE PUNTUACIONES**

SUBTEST	NIVEL REPRESENTATIVO						NIVEL AUTOMÁTICO					
	AUDITIVO-VOCAL			VISO-MOTOR			AUDITIVO-VOCAL			VISO-MOTOR		
	PUNT. DIRECTA	PUNT. DE EDAD	PUNT. TÍPICA	PUNT. DIRECTA	PUNT. DE EDAD	PUNT. TÍPICA	PUNT. DIRECTA	PUNT. DE EDAD	PUNT. TÍPICA	PUNT. DIRECTA	PUNT. DE EDAD	PUNT. TÍPICA
COMPRESION AUDITIVA	3	<3	25	-	-	-						
COMPRESION VISUAL				12	4	36						
MEMORIA S. VISOMOTORA										0	<3	17
ASOCIACION AUDITIVA	7	<3	27									
MEMORIA S. AUDITIVA							3	<3	26			
ASOCIACION VISUAL				11	3-10	35						
INTEGRACION VISUAL										18	3-7	35
EXPRESION VERBAL	0	<3	14									
INTEGRACION GRAMATICAL							2	<3	21			
EXPRESION MOTORA				2	<3	15						
Test complementario							○	○	○			
INTEGRACION AUDITIVA												

**VALORES GLOBALES**

SUMA DE PUNTUACIONES DIRECTAS	52
PUNTUACIONES COMPUESTAS EPL	23

SUMA DE PUNTUACIONES TÍPICAS	245
MEDIA DE PUNTUACIONES TÍPICAS	25

Figura 10 – Perfil das Aptidões (ITPA)<sup>6</sup>

O maior comprometimento manifestado pelo sujeito evidencia-se a nível atividade que impliquem a intervenção das competências auditivas/vocais, daí

<sup>6</sup> Os valores registados a vermelho indicam resultados em que o sujeito obteve um resultado inferior ao mínimo contemplado pelo teste, tendo-se atribuído um valor através de cálculos matemáticos adequados de proporção.

que os seus resultados nos testes de compreensão, associação e memória sequencial auditiva tenham atingido valores inferiores a uma criança com três anos. A criança também não conseguiu executar qualquer tarefa no teste de memória visuomotora, no qual tem de reproduzir diferentes sequências de traços horizontais e verticais. A este insucesso não será alheia a não definição da lateralidade por parte da criança, demonstrando muita dificuldade em manusear o instrumento de escrita – o lápis – que lhe absorveu quase toda a atenção existente naquele momento. A frustração que sentiu devido a não conseguir escrever com alguma firmeza e a não certeza da mão a utilizar limitou significativamente as hipóteses de sucesso, mesmo nas tarefas mais simples.

A capacidade de expressão tanto a nível verbal como motora também está particularmente subdesenvolvida. No que concerne à expressão motora, o teste exige que a criança tenha de imaginar e demonstrar a forma como certos objetos são utilizados, ora os indivíduos com perturbações do espectro do autismo, manifestam dificuldades a nível da imaginação sendo-lhes difícil inventar histórias a partir de certos dados e participarem em brincadeiras mais “imaginativas”, como refere o CID 10 (1997) como critério para o diagnóstico do transtorno autista *“pouca flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais.”* Desta forma a criança conseguiu apenas demonstrar como o telefone e os talheres são utilizados.

No teste de compreensão visual, Pedro obteve uma pontuação que o coloca numa idade psicolinguística de quatro anos. Nos testes de compreensão e associação auditiva, expressão verbal e motora e integração gramatical o sujeito foi classificado com uma idade psicolinguística inferior a três anos de idade, sendo nestes parâmetros que manifestam, por isso, maiores dificuldades. (ver ANEXO 10)

Também os testes do Programa Portage revelam grandes dificuldades ao nível cognitivo, nomeadamente na descrição de acontecimentos (item 46) e na imitação que implique coordenação motora fina (itens 47, 56, 57, 58 e 59). (ver ANEXO 11)

Ao contrário, o nível do desenvolvimento motor é satisfatório, exceptuando os itens respeitante à motricidade fina, onde o sujeito não adquiriu ainda as

competências que seriam esperadas para a sua idade, tais como cortar com uma tesoura (item 82) ou fazer contornos objetos ou moldes (item 94). (ver ANEXO 12)

O teste realizado em 16 de dezembro de 2012 segundo a escala de Desenvolvimento da Linguagem de Reynell (o sujeito tinha 4 anos e 4 meses) evidencia que, na escala de compreensão verbal, falhou as seguintes questões: 9; 39; 40; 43; 47; 48; 50; 51; 52; 53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63; 64; 65; 66; 67, tendo obtido um resultado de **43** pontos, o que corresponde, a nível da compreensão linguística, a uma idade de três anos e quatro meses; ou seja, atraso de um ano em relação à sua idade cronológica. (ver ANEXO 13)

Analisando a PAFFS, podemos constatar que o sujeito (ver ANEXO 14) manifesta alguns processos de simplificação, não enquadráveis, alguns deles, na faixa etária que lhe corresponde. Referimo-nos, concretamente, ao fonema /R/ o qual sofre substituição com harmonia consonantal (“contágio” do fonema anterior ou posterior na palavra onde se insere), a semivocalização do fonema /L/ e a instabilidade de realização do fonema /l/ (CV), assim como a omissão de sílaba em polissílabo.

Quanto ao fonema /r/, um dos últimos a ser adquirido na língua portuguesa, este revela, apenas, realização em coda final de palavra (CVC), a saber, *eskever* (escrever), *for* (flor) e *calçar* (descalçar).

Os restantes formatos silábicos ou posições que este fonema ocupa no “espaço intrassilábico” e que se manifestam nesta prova (ataque simples - CV ; ataque ramificado CCV; ataque simples vazio – VC ; coda em início de palavra - CVC, ou ataque ramificado com coda fricativa (*frasco*) ou líquida (*fralda*), não se encontram conseguidas, do ponto de vista articulatorio.

Quanto ao fonema líquido /l/, comparado com a líquida /r/, este é aquele que revela maior índice de sucesso, uma vez que domina todos os formatos silábicos, ainda que com manifesta instabilidade no uso dos mesmos. Ao analisarmos, com maior detalhe, esta articulação, verificamos que, quando este aparece em ataque ramificado (CCV, CCV~ ou CCVC), à exceção da palavra “planta”, acontecem processos de simplificação do tipo omissão de fonema, assim

como em coda final e ataque silábico vazio (VC). Este mesmo fonema, em ataque simples (CV) assim como em coda (CVC), encontra-se presente.

Atribuímos, pois, a este fonema a categoria de *défice fonológico*, uma vez que, em qualquer um dos formatos ou tipo de sílaba na qual se revela, esta não atinge um nível de insucesso superior a 75% .

O fonema que obteve um nível de insucesso total foi o /L/ o qual sofreu simplificações do tipo semivocalização, incluindo-o, portanto, na categoria de *défice fonético*.

No que concerne ao fonema /R/ o sujeito só o consegue articular em ataque simples inicial (CV), ou seja no início da palavra, não o conseguindo articular noutras localizações na palavra, como acontece nas palavras “cigarro” e “garrafa”. Desta forma, dada a percentagem de sucesso, (“até 75% de sucesso corresponde a erro fonológico”), foi considerado um *erro fonológico*.

O sujeito incorre em outros processos de simplificação como omissão de sílaba em polissílabo, como acontece nas palavras “descalçar (calçar), fotografia (togafia), telefone (tefone) ”, mas consideradas normais para a sua idade.

Apesar destas lacunas, consideramos que a linguagem expressiva, em termos globais, é satisfatória.

## **6.2. Perfil Intra-individual**

Tende presente os dados obtidos nos várias testes do PEP-R, podemos constatar que as áreas mais fracas são: motricidade fina (ID<sup>7</sup>: 34 meses), a imitação (ID: 36 meses), coordenação óculo-manual (ID: 40 meses), realização cognitiva (ID: 42 meses) e a cognição verbal (ID: 45 meses). Todavia, estas áreas apresentam uma grande percentagem de itens “emergentes”, o que evidencia a possibilidade de o indivíduo poder evoluir favoravelmente.

As áreas relacionadas com a motricidade fina, cognição e a linguagem analisadas no ITPA (associação auditiva, integração gramatical, memória

---

<sup>7</sup> ID = Idade Desenvolvimental. A idade cronológica do sujeito aquando da realização dos testes PEP-R é de 57 meses (4 anos e 9 meses).

sequencial visuomotora), no teste da escala de Reynell (linguagem compreensiva) e no teste Portage (Cognição e Desenvolvimento Motor) corroboram os resultados obtidos pelo PEP-R.

Apenas as áreas da Percepção e da Motricidade Global correspondem à idade cronológica do indivíduo analisado.

No que diz respeito ao nível comportamental, segundo a escala de comportamento PEP-R, não há competências gravemente comprometidas; contudo, ainda há um considerável trabalho a realizar, especialmente no que diz respeito ao relacionamento com os outros.

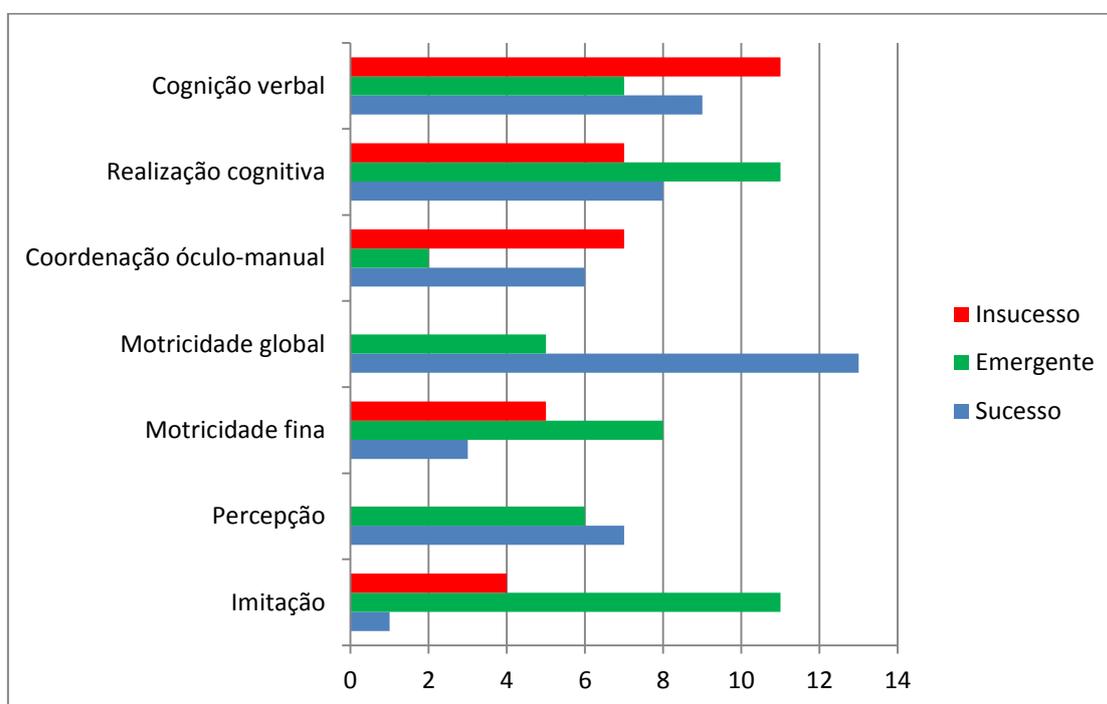


Figura 11 – Perfil Intra-individual (PEP-R)

### 6.3. Plano de intervenção pedagógica

A educação especial em Portugal é, fundamentalmente, orientada pelo Decreto-Lei nº 3 de 7 de Janeiro de 2008. Este documento restringiu o conceito de necessidades educativas especiais, tornando mais difícil a referência e a intervenção em casos como o que aqui estudamos. Este Decreto-Lei é

considerado por muitos um novo passo em frente que ao avaliar a criança de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade promove o potencial de funcionamento biopsicossocial. Por outro lado, muitos pais e professores consideram que foi dado um passo atrás negando o apoio especializado a crianças com dificuldades de aprendizagem de carácter permanente.

Falar em intervenção é, antes de mais, falar em inclusão. Pois estes alunos não podem estar somente inseridos na escola, precisam de se sentir parte integrante dela, vendo as suas capacidades exponencializadas e as suas debilidades trabalhadas.

Às escolas e aos seus órgãos de gestão cabe um papel importante – o desencadear respostas adequadas às necessidades dos alunos, como é referido no ponto 22 do despacho normativo n.º 1/2005, de 5 de janeiro, “[...] *a partir dos dados da avaliação formativa, mobilizar e coordenar os recursos educativos existentes na escola ou no agrupamento com vista a desencadear respostas adequadas às necessidades dos alunos.*”

Também a lei n.º 3/2008, de 18 de janeiro, que define o estatuto do aluno, no seu art.º 4º, atribui a responsabilidade aos membros da comunidade educativa para salvaguarda efetiva do direito à educação e à igualdade de oportunidades no acesso e no sucesso escolares.

O enquadramento legal que nos permite a elegibilidade destes alunos, além de se prender com todos os artigos e documento já elencados, prende-se de uma forma específica com o ponto 1 do primeiro artigo do 3/2008 quando refere que visa a:

*criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social.*

O ponto dois do mesmo artigo corrobora a ideia pois refere que se destina à promoção da *“igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional”*.

Realizada a referenciação, por iniciativa dos pais ou encarregados de educação, dos professores ou outros técnicos ou serviços que trabalhem com a criança, esta deve ser feita aos órgãos de administração e gestão da escola ou agrupamento, através do preenchimento de um documento onde se explicitam as razões que levaram a tal decisão. A escola deve ter em atenção estes alunos porque deve *“incluir nos seus projetos educativos as adequações relativas ao processo de ensino e de aprendizagem, [...] necessárias para responder adequadamente às necessidades educativas especiais de carácter permanente [...]”* (ponto 1 art. 4º, DL 3/2008). O conselho executivo solicitará ao departamento de educação especial e ao serviço de psicologia um relatório técnico-pedagógico onde se elenquem as razões da referenciação. O departamento de educação especial terá, seguidamente, que determinar os apoios especializados e as adequações de ensino e de aprendizagem necessárias para aquele aluno. Caso se conclua que o aluno tem necessidades educativas específicas permanentes elaborar-se-á um Programa Educativo Individual, no qual se realize um resumo da história escolar e outros antecedentes relevantes, se proceda à realização do perfil de funcionalidade do aluno por referência à CIF/ CIF CJ, e se especifiquem as adequações no processo de ensino e de aprendizagem. Estas podem passar por apoio pedagógico personalizado, por parte do professor titular de turma e da docente de Educação Especial, por adequações no processo de avaliação como ter mais tempo para realizar os exercícios de avaliação escritos, pela simplificação e/ou leitura de enunciados, pela valorização do conteúdo em detrimento da forma. O trabalho com o professor de Educação Especial dever-se-á centrar no desenvolvimento das áreas emergentes e fracas que apresenta para que com esse desenvolvimento consiga melhores resultados académicos e melhorar a sua autoestima.

A intervenção é um processo muito importante para colmatar dificuldades dos alunos e fazer com que atinjam as suas potencialidades. (Osborne e Corness, 2007) Isto significa que devemos ter a preocupação de trabalhar sobre as áreas fracas da criança, sem antes melhorar e solidificar as áreas emergentes, pois assim teremos mais alicerces para avançarmos rumo ao sucesso.

A aprendizagem é um processo fundamental na vida do ser humano. Ora, quando o indivíduo tem dificuldades nesta dimensão tão importante, é da responsabilidade dos familiares, professores, clínicos e terapeutas detectarem as áreas comprometidas e criarem um plano de fortalecimento das áreas emergentes e fracas.

Tudo isto pressupõe dois tipos de intervenção:

- Intervenção micro (centrado no aluno); e
- Intervenção macro (centrado nos interlocutores do aluno)

A **intervenção micro** consubstancia-se num programa de intervenção centrado no aluno, nas suas dificuldades prementes, tentando desenvolver as áreas emergentes e fracas diagnosticadas que pode, na prática ser implementado na escola, pelo educador ou professor de ensino regular ou pelo professor do ensino especial, mas também fora da escola, seja em casa junto dos pais ou em consultório de um terapeuta.

A **intervenção macro** desenvolve-se junto dos profissionais e das instituições, que, direta ou indirectamente, influem na aprendizagem do aluno, e também junto dos pais da criança. A todos que convivem com a criança e que podem ser intervenientes na sua aprendizagem. Trata-se, dentro das possibilidades, que todos estejam conscientes do diagnóstico da criança e que estejam munidos de instrumentos, recursos e estratégias que visem a superação das dificuldades de aprendizagem, que numa perspectiva holística, significa, trabalharem em equipa. Este trabalho concertado evitará desperdício de tempo e recursos, incidindo sobre aquilo que importa realmente desenvolver. Na prática, este trabalho em equipa, implica reuniões regulares com os diversos intervenientes (professores do ensino regular, professor do ensino especial, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, psicólogo e, muito importantes, os pais), workshops, ações de formação, partilha de conhecimentos e práticas, por exemplo, através de associações que trabalham no âmbito do autismo.

Ainda que metodologicamente seja possível dividir em intervenção micro e macro, uma vez que são contextos diferentes – o primeiro é o próprio aluno e o segundo é contexto envolvente do aluno –, temos que evidenciar uma única linha

de trabalho que vise a superação das dificuldades inerentes às áreas emergentes e às áreas fracas diagnosticadas.

Por isso, as propostas que aqui apresentamos não são só para realizar em espaço escolar, mas pelos familiares e outras pessoas que convivam de perto com a criança.

## **Capítulo 7 – Propostas de intervenção**

Assim, a intervenção por nós delineada tem por objetivo desenvolver as áreas de desenvolvimento consideradas fracas ou emergentes pelo PEP-R (motricidade fina, imitação, coordenação óculo-manual, realização cognitiva e cognição verbal) e a área comportamental do relacionamento social.

Para isso, é preciso saber captar a atenção da criança, aumentar progressivamente os períodos de tarefas que devem ser variadas e assente numa base multissensorial, respondendo às suas especificidades.

A maior parte das propostas de intervenção que apresentamos seguidamente permitem desenvolver diversas áreas da criança.

### **7.1. Proposta de Intervenção (motricidade fina)**

Para desenvolver a motricidade fina podemos levar a cabo uma série de tarefas. Por exemplo, podemos tentar que a criança rasgue papel livremente, em pedaços cada vez mais pequenos; cortar e recortar formas e figuras geométricas; colar recortes em papel ou outros materiais; modelar figuras com plasticina ou barro; perfurar uma folha de papel ou outro material com um objeto pontiagudo (caneta, agulha de croché) e depois recortar pelo contorno as figuras; ou unir pontos de forma a completar um desenho.

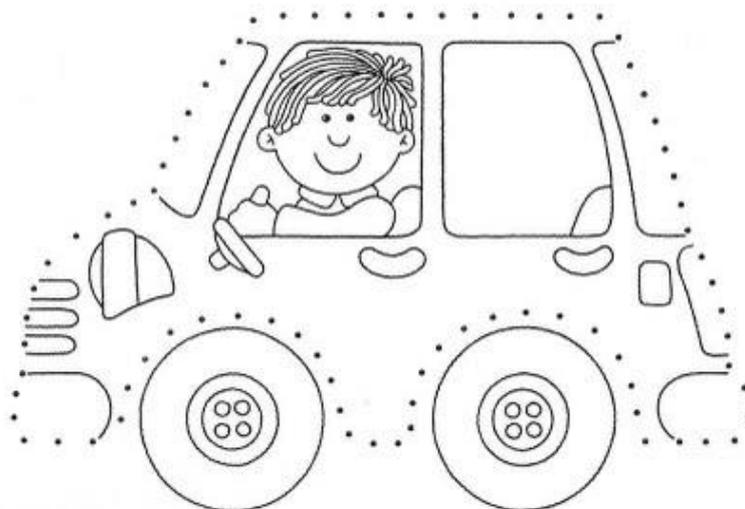


Figura 12 – Exercício de motricidade fina<sup>8</sup>

## 7.2. Proposta de Intervenção (imitação)

Para potenciar a capacidade de imitação, podemos utilizar uma metodologia centrada no jogo, nomeadamente no Jogo de Interpretação de Personagens (*RPG - Role Playing Game*):

*O RPG é um tipo de jogo mais colaborativo e associativo do que competitivo. Similarmente, pode ser definido como a atividade de narrar histórias interativas em grupo, um exercício de imaginação, raciocínio memória e socialização, em que os jogadores assumem papéis de personagens e que pode ser utilizado tanto como forma de diversão e lazer como ferramenta educacional. (Carvalho, 2013: 26)*

Durante o jogo, o aluno vivencia uma série de experiências que satisfazem um conjunto de condições de ensino: a aplicação de conceitos em situações reais, a interdisciplinaridade, a expressão oral e corporal, a leitura e interpretação textual e a cidadania. (Carvalho, 2013: 30)

Por exemplo, a criança juntamente com outra criança ou com um adulto (pais, professores, terapeutas), pode brincar aos médicos, imitando um médico que ausculta o seu paciente e lhe administra uma receita ou uma injeção. Ela

<sup>8</sup> In: <http://viajandonotremdadiversao.blogspot.pt/2011/02/coordenacao-motora-grossa-e-fina.html>

pode fazer o papel de médico numa primeira fase, mas seguidamente os participantes no jogo podem inverter os papéis, passando a criança a imitar o paciente. Esta imitação pode recorrer a brinquedos que representem os objetos reais do médico (o auscultador, a seringa, a caixa de primeiros socorros) ou a objetos que nada tenham a ver (ex.: utilizar uma caneta como seringa) ou mesmo sem nenhum objeto.

Estas propostas como outras do mesmo género podem ajudar a colmatar um dos défices mais comuns nos autistas: a capacidade de imaginação.

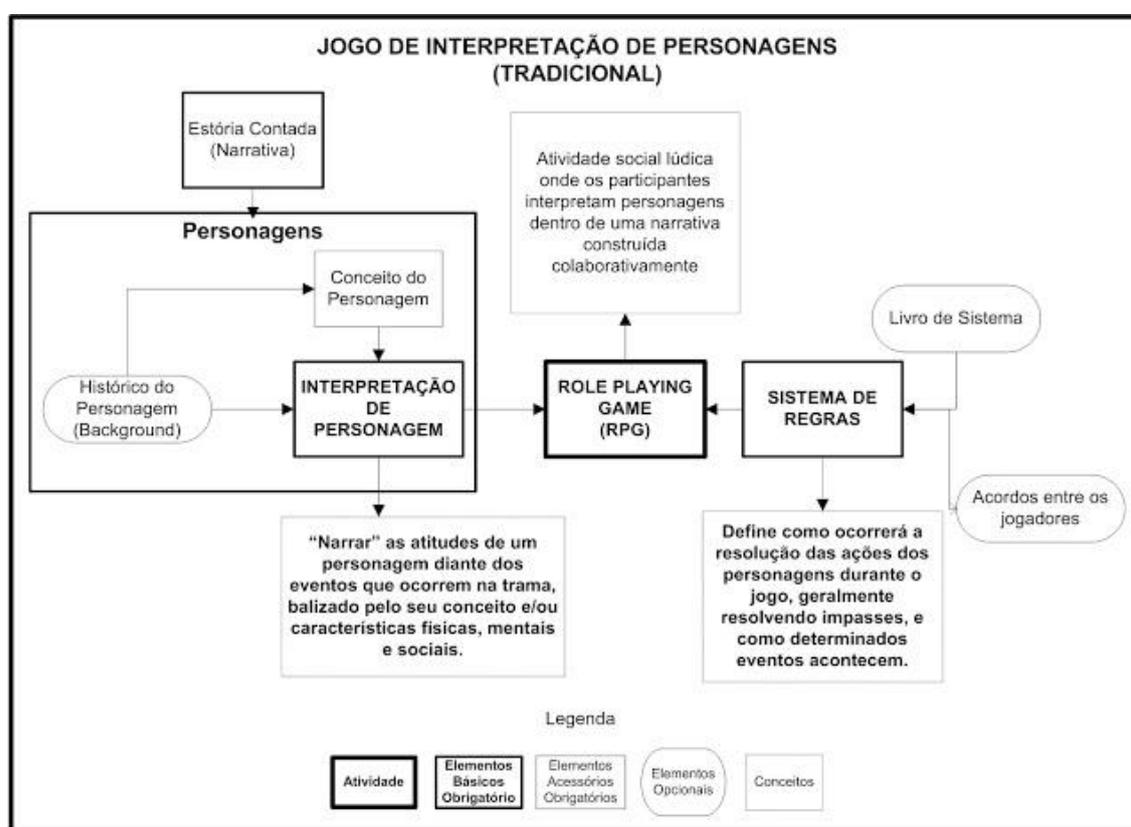


Figura 13 – Esquema explicativo dos elementos de um RPG<sup>9</sup>

### 7.3. Proposta de Intervenção (coordenação óculo-manual)

Existem uma multiplicidade de exercícios que podem potenciar a coordenação olho-mão. A título meramente exemplificativo deixamos aqui um

<sup>9</sup> In <http://rpgeo.blogspot.pt/2012/08/rpg-jogo-de-interpretacao-de-personagem.html>.

exercício que consiste em copiar um linha ou figura simétrica numa folha quadriculada. Este tipo de exercícios pode também desenvolver outras áreas como a motricidade fina, a lateralidade e a cognição.

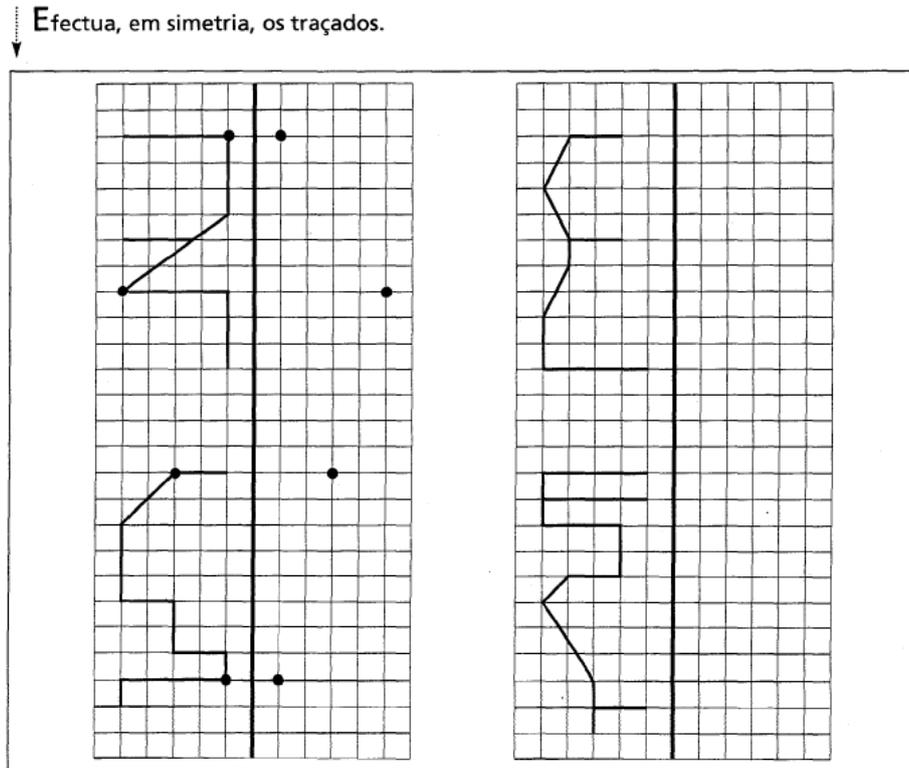


Figura 14 – Simetrias

#### 7.4. Proposta de Intervenção (realização cognitiva)

Para desenvolvermos a cognição de uma forma mais abrangente é-nos possível levar a cabo uma série de atividades simples. Para estimular a memória, podemos apresentar uma imagem com vários elementos, depois tapamo-la e solicitamos ao aluno que nomeie 4 objetos que estavam na imagem.

Podemos também desenvolver a memória visual, recorrendo, nomeadamente a jogos didáticos existentes na internet, como é o caso do *Papunet* (<http://papunet.net/games/>) ou o *Sebran* (que podemos descarregar gratuitamente).

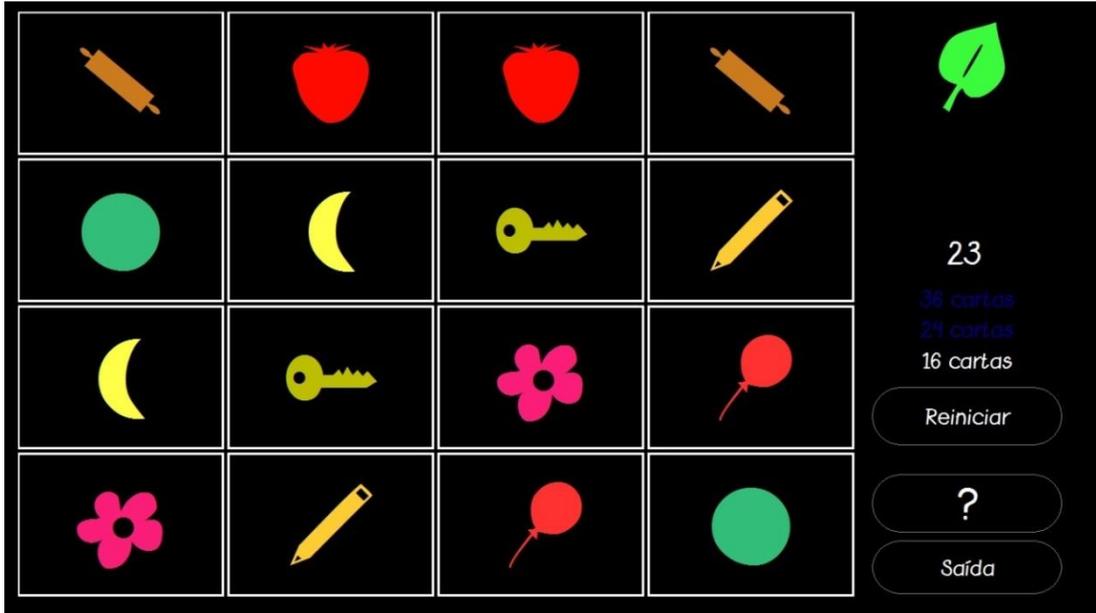


Figura 15 – Sebran (Jogo da Memória)

Recorrendo ainda ao *Papunet* podemos desenvolver a capacidade de fazer associações e seqüências através do jogo do dominó ou da elaboração de puzzles.



Figura 16 – Papunet (Jogo do Dominó)

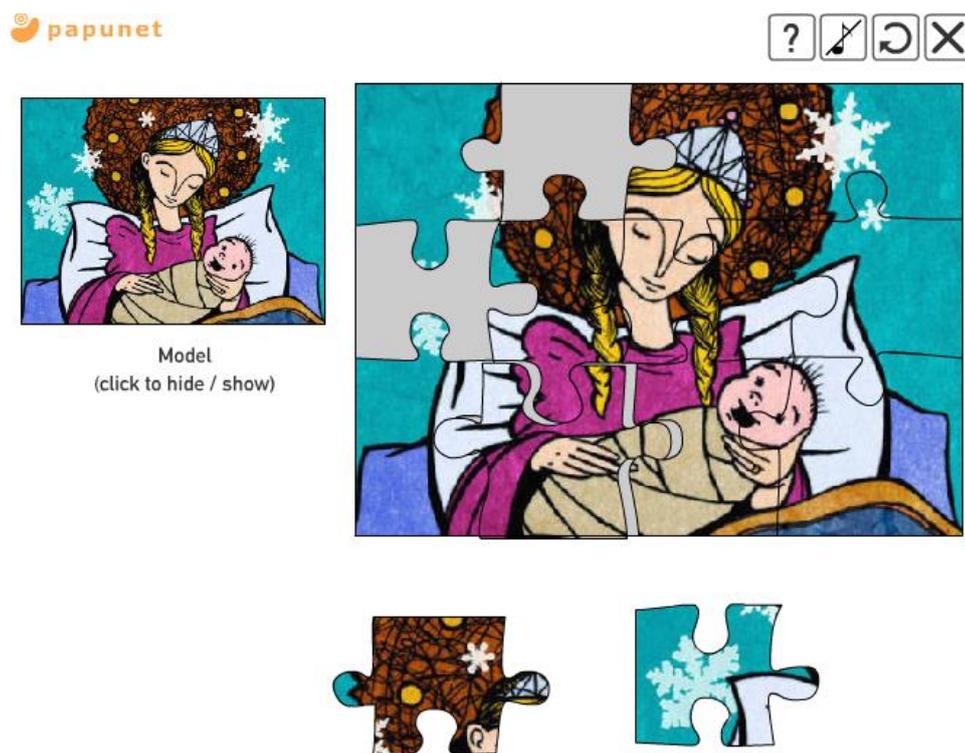


Figura 17 – Papunet (Puzzle)

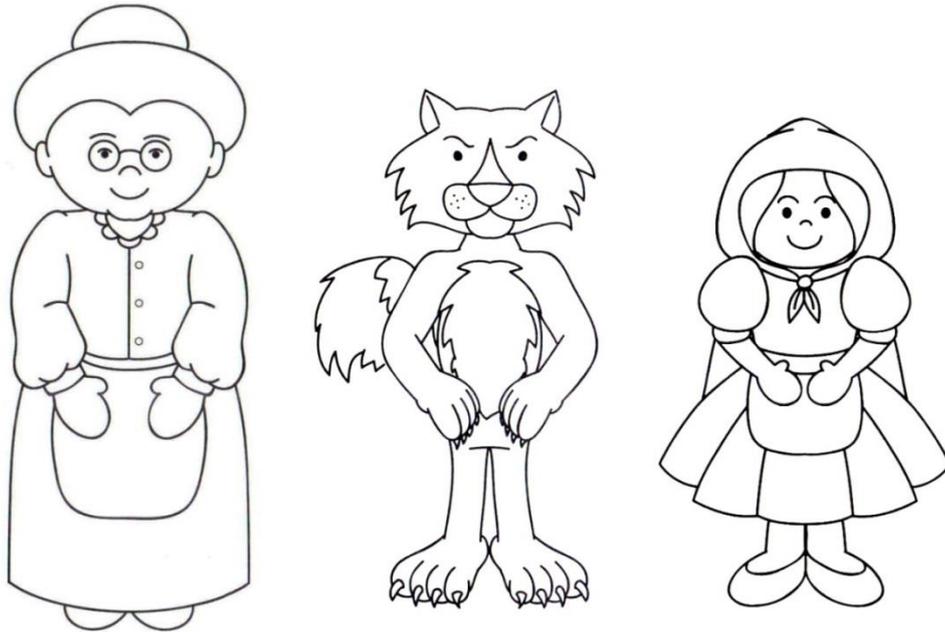
## 7.5. Proposta de Intervenção (cognição verbal)

Recorrendo ao Programa Portage, podemos utilizar algumas atividades propostas.

Podemos contar histórias simples e interessantes. De seguida, fazer perguntas sobre o que acontecerá a seguir, tentando encorajar a criança a representar histórias e a conta-las de novo ao pai e aos irmãos. Para prender a atenção podemos usar fantoches ou bonecos para contar a história e ao mesmo tempo utilizar os sons ou a música.

Por exemplo, podemos contar a célebre história do Capuchinho Vermelho, utilizando figuras ou bonecos (que podem ser elaborados conjuntamente com a criança) que recriem as personagens ou o cenário físico da ação, ao mesmo tempo que em certos momentos da narrativa se introduza sons, música ou canções para dar ênfase ou dramaticidade por exemplo ao aparecimento do lobo mau ou à intervenção do caçador.

Esta atividade permite desenvolver várias áreas da criança, nomeadamente a cognição, a linguagem e a motricidade fina.



**Figura 18 – Personagens do Capuchinho Vermelho<sup>10</sup>**

## **7.6. Proposta de Intervenção (relacionamento)**

No que diz respeito à interação social, talvez seja útil envidar esforços no sentido de integrar a criança noutros contextos grupais de forma a desenvolver as competências sociais. Falamos na possibilidade de a criança poder ingressar num clube desportivo ou associativo ou participar em atividades que promovam o convívio com outros, especialmente com crianças da sua idade.

---

<sup>10</sup> In: <http://colorir.kly.com.br/chapeuzinho-vermelho-desenhos-para-colorir/3895>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O autismo é um tema apaixonante e complexo, não só devido a todos os progressos que se têm vindo a registar, mas fundamentalmente por tudo aquilo que ainda se desconhece sobre esta perturbação.

As crianças autistas têm de fazer a longa viagem de volta ao nosso mundo. Esta empresa nem sempre é concluída, já que muitos não conseguem atingir níveis de evolução satisfatórios, não conseguindo, deste modo atingir uma autonomia necessária e suficiente. Mas esta viagem tem de ser feita pelas pontes construídas pelos seus pais, educadores, médicos e terapeutas, num trabalho transdisciplinar e articulado.

A inclusão nem sempre é possível mas deve ser sempre a meta a atingir, através de um trabalho programado intensivo e persistente.

O ambiente escolar constitui um verdadeiro desafio, uma vez que, a chave do sucesso escolar dependerá da avaliação individual adequada às especificidades da criança. Este desafio concretiza-se na tentativa da plena inclusão da criança no ambiente escolar onde deverá ter a oportunidade e o estímulo para exercer as suas capacidades e potencialidades, em ordem a sentir maior segurança e conforto, condição fundamental para o seu desenvolvimento.

De acordo com a perspetiva de escola inclusiva, cada escola deveria estar preparada para receber e promover a educação das crianças com perturbações do espectro do autismo. A instituição escolar deve ser um espaço aberto a toda a diversidade de alunos, onde cada criança consiga encontrar resposta à sua diferença e às suas necessidades, atingindo o máximo das suas capacidades.

As crianças com autismo, como quaisquer outras, necessitam de um ambiente harmonioso, seguro e sem grandes alterações para se sentirem mais calmas e estarem mais recetivas às diferentes atividades, por isso a organização da sala de aula é muito importante para estas crianças, que devem conhecer as tarefas que irão realizar ao longo da semana, já que lidam mal com imprevistos, e terem a sala de aula organizada por áreas distintas, onde a cada área corresponda um tipo de atividade. Assim uma das formas mais aconselháveis de

organização das salas de aula e de funcionamento das atividades letivas de uma escola inclusiva, que possua uma unidade de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo, é através do método TEACH.

Deverá ter-se especial atenção à área da interação social, a aquisição de competências de índole social e relacional, e à área cognitiva, designadamente, a atenção, a concentração a memória e a percepção; sendo imprescindível a articulação com a família e a contacto com o meio exterior, motivando o aluno para a independência e autonomia. Aqui será bastante útil um programa ou articulação comum entre família e professor e outros agentes, como sejam psicólogos e terapeutas.

A inclusão nem sempre é possível, mas deve ser sempre a meta a atingir, através de um trabalho programado intensivo e persistente.

Com este pequeno trabalho esboçamos o início de futuras investigações sobre a relação do autismo e o atraso de desenvolvimento global em crianças em idade pré-escolar e metodologias que se pode implementar na escola e em casa da criança, tendo como parceiros privilegiados os pais.

Conscientes que esta área é, ao mesmo tempo, fascinante e complexa, onde as dúvidas são algo sempre presente; podemos, todavia, evidenciar uma certeza: temos um longo caminho a percorrer!

## **BIBLIOGRAFIA**

- ADAMS, James B. (2007). *Summary of Biomedical Treatments for Autism*. Ari Publication 40. Consultado em 02/06/2013, disponível em <http://autism.asu.edu>
- AIRES, Luísa (2011). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- AGUIAR, Vinicius (2009). Introdução a algumas escalas de avaliação relacionadas ao espectro do autismo. Consultado em 01/06/2013, disponível em <http://www.ama.org.br/site/en/escalas.html>.
- ALMEIDA, Marina S.R. (2012). Principais Instrumentos Diagnósticos de Autismo. Consultado em 01/06/2013, disponível em [http://www.institutoinclusaobrasil.com.br/informacoes\\_artigos\\_integra.asp?artigo=152](http://www.institutoinclusaobrasil.com.br/informacoes_artigos_integra.asp?artigo=152).
- AMERICAN AUSTISM ASSOCIATION. Consultado em 19.05.2013, disponível em <http://www.myautism.org/>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Consultado em 24/06/2013, disponível em <http://www.psychiatry.org/dsm5>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2006), *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, Lisboa: Climepsi Editores

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *DSM-5 Development*. Consultado em 02.06.2013, disponível em <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.

ASSOCIAÇÃO PORTAGE - PORTUGAL (1994). *Guia de Pais para a Educação Precoce*. Lisboa: Associação Portage – Portugal

ASSUMPÇÃO Jr. F. B.; PIMENTEL, A. C. M. (2000). Autismo infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (Supl-II), 37-39.

BAIRRÃO, J. (1984). A perspectiva ecológica na avaliação de crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias: o caso da intervenção precoce. *Inovação*, 7 (1), 37-48.

BARROS, Isabela B. Rêgo (2011). Autismo e linguagem: discussão à luz da teoria da enunciação. *Distúrb Comun*, São Paulo, 23 (2): 227-232.

BARTHÉLÉMY, Catherine et al. (2007). *Persons with autism spectrum disorders – identification, understanding, intervention*. Brussels: Autism-Europe AISLB. Consultado em 25/05/2013, disponível em <http://www.autismeurope.org/files/files/persons-with-autism-spectrum-disorders-identification-understanding-intervention.pdf>.

BRAGA, Audrey (2012). *Nutrição alimentação e saúde*. Consultado em 06/06/2013, disponível em <http://audreynutricaoesaude.blogspot.pt/2012/10/nutricao-e-alimentacao-no-autismo.html>.

BETTELHEIM, Bruno (1977). *La forteresse vide: l' autisme infantile et la naissance du soi*. Paris: Gallimard.

- BOGDAN, R. e BIKLEN S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- BORGES, F. (2000). *Autismo – Um Silêncio Ruidoso. Perspetiva Empírica sobre o Autismo no Sistema Regular de Ensino*. Consultado em 27.05.2013, disponível em [http://educare.pt/BibliotecaDigitalPE/Monografia\\_Monografia\\_FatimaBorges\\_x.pdf](http://educare.pt/BibliotecaDigitalPE/Monografia_Monografia_FatimaBorges_x.pdf).
- CALDÉRON, Liliana et al. (2012). Aportes desde la teoría de la mente y de la función ejecutiva a la comprensión de los trastornos del espectro autista. *Revista CES Psicología*, 1 (5): 77-90. Consultado em 23/05/2013. disponível em <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2074/1453>.
- CAMPELO, Lílian Dantas *et al* (2009). Autismo: um estudo de habilidades comunicativas em crianças. *Revista CEFAC*, Out-Dez, 11 (4): 598-606.
- CARVALHO, Vera Lúcia Leite (2013). *O Role Playing Game Pedagógico e a Socialização de alunos com Síndrome Alcoólica Fetal: um estudo sobre a prática educacional*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação não publicada, Escola Superior de Educação João de Deus.
- CAVACO, Nora (2009). *O Profissional e a Educação Especial, Uma Abordagem sobre o Autismo*. Santo Tirso: Editorial Novembro.
- CEDDS (1997). *Best Practices for Designing and Delivering Effective Programs for Individuals with Autistic Spectrum Disorders*. Califórnia. Consultado em 01.05.2013, disponível em <http://www.behavior-consultant.com/aut-dx-devices.htm>.

CESAR, Ana (2005). Método do Estudo de Caso (Case studies) ou Método do Caso (Teaching Cases)? Uma análise dos dois métodos no Ensino e Pesquisa em Administração. *REMAC-Revista Eletrônica Mackenzie de Casos*, São Paulo, v. 1, n. 1. Consultado em 19.05.2013, disponível em [http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul\\_dez\\_05/06.pdf](http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul_dez_05/06.pdf).

CHARLOP-CHRISTY, M. et al, (2002). Using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autism: assessment of a PECS acquisition, speech, social communicative behavior and problem behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35 (3), 213-231. Consultado em 17.06.2013, disponível em <http://seab.envmed.rochester.edu/jaba/articles/2002/jaba-35-03-0213.pdf>.

CORREIA, L. M. (1999). *Alunos com Necessidades Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.

DAVIS, M.; DAUTENHAHN, K.; NEHAVIC L.; POWELL, S. D. (2007). The narrative construction of our (social) world: steps towards an interactive learning environment for children with autism. *Universal Access in the Information Society*, 6 (2), 145-157.

DORIA, Neda Gabriela D. Morillo et al (2006). *Autismo no Enfoque Psicanalítico*. Consultado em 06/05/2013, disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0311.pdf>.

DOW, M. J., MEHRING, T. A. (2001). Inservice training for educators of individuals with autism. Tim Wahlberg et al. (ed.). *Autistic Spectrum Disorders: Educational and Clinical Interventions (Advances in Special Education)*, vol. 14, Bingley: Emerald Group Publishing Limited: 89-107.

DYCHES, T. T. et al. (2001). Autism: Multicultural perspectives. Tim Wahlberg et al. (ed.). *Autistic Spectrum Disorders: Educational and Clinical Interventions (Advances in Special Education)*, vol. 14, Bingley: Emerald Group Publishing Limited: 151-177.

FELGEURIAS, Isabel e BAIRRÃO, Joaquim (s/d). Um Modelo de Intervenção Precoce: O Programa Portage para Pais, *Revista Noesis*.

FERNANDES, M. G. M.A. (2010). *Estudo de uma Família com uma Criança Autista*, Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

FERNANDES, Álisson V., et al (s/d). *Autismo*. Campinas: Instituto de Computação, Universidade Estadual de Campinas

FOMBONNE, Eric (2012). *Épidémiologie de l'autisme*. Consultado em 06.05.2013, disponível em <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/FombonneFRxp1.pdf>.

FRAYSSINET, Marielle (2012). *Autisme et schizophrénie*. Thèse de Doctorat en Psychopathologie et Psychanalyse à Université Rennes 2. Consultado em 06.05.2013, disponível em <http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/73/07/60/PDF/2012theseFrayssinetM.pdf>.

FRITH, Uta (1993). *Autismo: hacia una explicación del enigma*, Alianza: Madrid.

FRITH, Uta (1996). *Autism and Asperger Syndrome*, Cambridge: Cambridge University Press.

GABBARD, Glen (2007). *Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos*, São Paulo: Artemed Editora.

- GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, Vol. 80, n.º 2 (supl), Sociedade Brasileira de Pediatria. Consultado em 05/05/2013, disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000300011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000300011&script=sci_arttext).
- GILBERT, José et al. (1983). *Educacion Especial*. Madrid: Cincel.
- GLAT, R. e DUQUE, M. A. (2003) *Convivendo com filhos especiais: o olhar paterno*. Rio de Janeiro: Sette Letras,
- GOLDSTEIN, Ariela (2010). *Modelo DIR/Floortime*. Consultado em 05/05/2013, disponível em <http://floortimebrasil.blogspot.pt/2010/04/modelo-dirfloortime.html>.
- GÓMEZ, S. L.; TORRES, R. M. R.; ARES, E. M. T. (2009). Revisões sobre el Autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 555-570.
- GONÇALVES, Alínea (2011). *Os Modelos de Intervenção são Eficazes para Melhorar a Inclusão de Crianças com Autismo*, Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett.
- GRANDIN, Temple (2005). *Thinking in Pictures: My Life with Autism*. Vintage.
- GREY, I. M.; BRUTON C.; HONAN, R.; McGuinness R.; DALY, M. (2007). Co-operative Learning for Children with an Autistic Spectrum Disorder (ASD) in Mainstream and Special Class Settings: An exploratory study. *Educational Psychology in Practice*, 23 (4), 317-327.
- GRINKER, Roy Richard (2007). *Diagnostic Criteria for Autism through the Years*. Acedido em 31.12.2012 em <http://www.unstrange.com/dsm1.html>.

- HAGBERG, B.; HANFELD, F.; PERCY, A.; SKJELDAL, O. (2002). An update on clinically applicable diagnostic criteria in Rett syndrome. *European Journal of Paediatric Neurology*, 6: 0611.1-5. Consultado em 26.06.2013, disponível em <http://rarediseasesnetwork.epi.usf.edu/arpwsc/documents/rettdiagnosticcriteria.pdf>.
- HERMELIN, B., & O'CONNOR, N. (1970). *Psychological Experiments With Autistic Children*. Oxford: Pergamon Press.
- HUME, K.; BELLINI, S.; PRATT, C. (2005). The Usage and Perceived Outcomes Early Intervention and Early Childhood Programs for Young Children With Autism Spectrum Disorder. *Topics in Early Childhood Special Education*, 4 (25), 195-207.
- ITARD, Jean (2011). *Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron* (edition numérique: Pierre Hidalgo). La Gaya Sziencia. Consultado em 26/14/2013, disponível em [http://www.ac-grenoble.fr/PhiloSophie/file/jean\\_itard\\_memoire.pdf](http://www.ac-grenoble.fr/PhiloSophie/file/jean_itard_memoire.pdf).
- JORDAN, Rita (2000). *Educação de Crianças e Jovens com Autismo*. Instituto de Inovação Educacional: Ministério da Educação.
- KAUFMAN, Barry Neil (1994). *Son Rise - The miracle Continues*. Tiburon: H.J. Kramer.
- KIRK S. A.; MCCARTHY, J. J. (1961). The Illinois Test of Psycholinguistic Abilities – An approach to differential diagnosis. *American Journal of Mental Deficiency*, 66, 399-412.

KLEIN, Melanie (1960). *The Psychoanalysis of Children*. London: Hogart Press.  
Consultado em 27/04/2013, disponível em  
<http://archive.org/stream/psychoanalysisof007950mbp#page/n9/mode/2up>.

KLIN, Ami (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28 (Supl. I):S3-11. Consultado em 30/04/2013, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a02v28s1>.

KWEE, Canoline Sianlian (2006). *Abordagem Transdisciplinar no Autismo: o Programa Teachh*. Rio de Janeiro: UVA.

LEON, V.; BOSA, C. A. (2005). Perfil Psicoeducacional Revista (PEP-R): Elaboração da Versão Brasileira. In *Transtornos Invasivos de Desenvolvimento: 3.º Milénio* (pp. 82-88). Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadora Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

LIMA, Rosa (2011). *Fonologia Infantil – Aquisição, Avaliação e Intervenção*. Coimbra: Almedina

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

MAUER, R. G., e DAMÁSIO, A. R. (1982). *Childhood autism from the point of view of behavioural neurology* in *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 12, nº 2, Plenum Publishing Corporation.

MIRANDA, Daniel Bruno Pinheiro (2011). *Programa Específico de Natação para Crianças Autistas*, Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett.  
Consultado em 28.06.2013, disponível em

[http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1479/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Mestrado\\_Daniel\\_Miranda%5B1%5D.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1479/Disserta%C3%A7%C3%A3o_de_Mestrado_Daniel_Miranda%5B1%5D.pdf?sequence=1).

NIKOLOV, R. et al (2006). *Autismo: tratamentos psicofarmacológicos e áreas de interesse para desenvolvimentos futuros* in Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 28 (Supl. I).

NIELSEN, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula. Um Guia para Professores*. Porto: Porto Editora.

OLIVEIRA, Isabel Moreira (2009). *Contributos de um programa baseado na dançoterapia - movimento expressivo no desenvolvimento da comunicação não verbal em crianças e jovens com perturbação do espectro do autismo*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Técnica de Lisboa.

OLIVEIRA, Stephan Malta (2009). *A clínica do autismo sob uma perspectiva desenvolvimentista: o papel do engajamento afetivo no desenvolvimento da comunicação e da linguagem*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2007). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Consultado em 02/05/2013, disponível em <http://www.inr.pt/content/1/830/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-publicacao-oficial>.

OSBOURNE, L. A.; CORNESS, M. (2007). The Real-World Effectiveness of Early Teaching Interventions for Children With Autism Spectrum Disorder. *Exception Children*, 73 (4), 417-433.

OSGOOD, C. E. (1957a). *A behaviouristic analysis – Contemporary Approaches to Cognition*. Cambridge: Harvard University Press.

- OSGOOD, C. E. (1957b). Motivational dynamics of language behavior. In JONES, M. R. (Ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*. U.S.A., Lincoln: University of Nebraska Press.
- PALHA, Miguel (s/d). *Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância (Síndrome de Heller)*. Consultado em 07/05/2013, disponível em [http://www.diferencas.net/site/documentos/sindrome\\_heller.pdf](http://www.diferencas.net/site/documentos/sindrome_heller.pdf).
- PEREIRA, Alessandra et al (2008). Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil, Rio de Janeiro: Jornal Pediátrico.
- PEREIRA, Edgar (1998). *Autismo: do conceito à pessoa* (2.<sup>a</sup> edição). Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Acedido em 26.12.2012 em [www.inr.pt](http://www.inr.pt).
- PEREIRA, Edgar (1999). *Autismo: o Significado como Processo Central*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Consultado em 27/04/2013, disponível em [www.inr.pt](http://www.inr.pt).
- PEREIRA, Manuela Cunha (2005). *Autismo, A família e Escola face ao Autismo*, V. N. Gaia: Gailivro.
- PESTANA, Emanuel, PÁSCOA, Ana (1998). *Dicionário Breve de Psicologia*. Lisboa: Presença.
- PINTO, Ana Isabel (1995). Uma experiência de intervenção precoce. Contributo para a sua avaliação. *Psicologia*, X (3), 65-90.
- PONTE, João Pedro (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. In *Bolema*, 25, 105-132. Consultado a 08.04.2013, disponível em

[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3007/1/06-Ponte\(BOLEMA-Estudo%20de%20caso\).pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3007/1/06-Ponte(BOLEMA-Estudo%20de%20caso).pdf).

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva: Lisboa.

RAPOSO, Alice Cristina Queiroz (s/d). *Autismo e Linguagem*. São Luís do Maranhão: Centro de Ensino especial “Helena Antipoff”.

REBELO, J. (1993). *Dificuldades da leitura e da escrita em alunos do ensino básico*. Rio Tinto: Edições ASA

RIBEIRO, Sabrina (2010). ABA: *Uma intervenção eficaz em casos de Autismo in Revista Autismo – Informação Gerando Ação*. Consultado em 03/05/2013, disponível em <http://www.revistaautismo.com.br/edic-o-0/aba-uma-intervenc-o-comportamental-eficaz-em-casos-de-autismo>.

ROQUE, Carla, OLIVEIRA, Isabel (2004). Inclusão de criação do espectro do autismo nas escolas do 2.º e 3.º ciclo do ensino regular. *Perturbação do espectro do autismo – Perpectiva História. Atas do IX Congresso da SPCE*. Consultado em 27/04/2013, disponível em <http://www3.uma.pt/bento/Artigos/ActasdoIXCongressodaSPCE.pdf>.

ROSSI, Nathalie; HEINZE, Elena Garayzábal; GIACHETI, Célia M.; GONÇALVES, Óscar F.; SAMPAIO, Adriana (2012). Psycholinguistic abilities of children with Williams syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 819–824.

SAFRAN, S. P. (2008). Why Youngsters With Autistic Spectrum Disorders Remain Underrepresented in Special Education. *Remedial and Special Education*, 29 (2), 90-95.

SANTOS, I.M.S.C., SOUSA, P. M. S (s/d). *Como Intervir na Perturbação Autista*. Consultado em 12/05/2013, disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0262.pdf>.

SANTOS, M. A., SANTOS, M. F. S. (2012). Representações sociais de professores sobre o autismo infantil. *Psicologia & Sociedade*, 24 (2): 364-372. Consultado em 23.04.2013, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/13.pdf>.

SCHOFIELD, Hugo (2012). France's autism treatment "shame". *News Magazine*, BBC News, Paris.

SCHOPLER, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M.D. & Marcus, L.M. (1990). *Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)*. Texas: Pro-ed.

SCHOPLER, Eric; REICHLER, R.J.; BASHFORD, Lansing, A.; MARCUS, L.M. (1994). *Profil – Psycho-Éducatif (PEP-R)*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael

SERRA, Dayse (2010). Autismo, Família e Inclusão, *Polémica*, vol.9, n.º1, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SIEGEL Bryna. (2008). *O Mundo da Criança com Autismo” Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo”*, Porto: Porto Editora.

SILVA, E. H. C. (2003). *Autismo CID-10*. Consultado em 31/04/2013, disponível em <http://www.autismo-br.com.br/home/D-cd-10.htm>.

SCHWARTZ, I. S.; SANDALL, S. R.; MCBRIDE, B. J.; BOULWAREe, G.-L. (2004). Project DATA (Developmentally Appropriate Treatment for Autism): An Inclusive School-Based Approach to Educating Young Children with Autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 3 (24), 156-168.

- SHAYWITZ, Sally (2008). *Vencer a Dislexia – Como dar resposta às perturbações de leitura em qualquer fase da vida*. Porto: Porto Editora.
- SCHWARTZMAN, J. M. (2003). Síndrome de Rett. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25 (2):110-3. Consultado em 06/05/2013, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n2/v25n02a12.pdf>.
- TERVO, R. (2003). Identifying Patterns of Developmental Delays Can Help Diagnose Neurodevelopmental Disorders. *A Pediatric Perspective*, 12 (3), 1-6.
- TOBÓN, M. E. S. (2012). Detección temprana de autismo ¿es posible y necesaria?. *Revista CES Psicología*, 5 (1): 112-117.
- TORGESEN, J. (1998). Catch them before they fall: Identification and assessment to prevent reading failure in young children. *American Educator/ American Federation of Teachers*, 1-8.
- TORRES, Rosa e FERNANDEZ, Pilar (2001). *Dislexia, disortografia e disgrafia*. Lisboa: McGraw-Hill.
- TUCHMAN, Roberto; RAPIN, Isabelle (2006). *Autismo – Abordagem neurobiológica*. Porto Alegre: Artmed.
- UNESCO (1994). Necessidades educativas especiais. Declaração de Salamanca, 1, *Separata da Revista Inovação*, 7. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- VACCA, J. S. (2007). Autistic Children Can Be Taught to Read. *International Journal of Special Education*, 22 (3), 54-61.

VIDIGAL, Maria José; GUAPO, Maria Teresa (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo. Uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*. Lisboa: Trilhos Editora.

VIEIRA, Soraia (2013). Os benefícios do PECS. *Revista Autismo*, 3. Consultado em 24.06.2013, disponível em <http://www.revistaautismo.com.br/RevistaAutismo003.pdf>.

VIVEIROS, Maria Ângela Jacintho (2008). *Desenvolvimento Linguístico no Autismo*. São Paulo: CRDA. Consultado em 24.06.2013, disponível em <http://pt.scribd.com/doc/100210366/DESENVOLVIMENTO-LINGUISTICO-NO-AUTISMO-TCC-de-Disturbios-de-aprendizagem-Maria-Angela-Jacintho-de-Viveiros-Sao-Paulo-2008>

WAHLBERG, Tim, JORDAN, Scott (2001). A case study in the dynamics of autism. Tim Wahlberg et al. (ed.). *Autistic Spectrum Disorders: Educational and Clinical Interventions (Advances in Special Education)*, vol. 14, Bingley: Emerald Group Publishing Limited: 53 – 65

WINTER-MESSIERS, M. A.; HERR, C. M.; WOOD, C. E.; BROOKS, A. P.; GATES, M. A. M.; HOUSTON, T. L.; TINGSTAD, K. I. (2007). How Far Can Brian Ride the Daylight 4449 Expresse? A Strength-Based Model of Asperger Syndrome Based on Special Interest Areas. *Focus on Autism and Other Development Disabilities*, 22 (2), 67-79.

# **ANEXOS**



Comprimento ao nascer: **51,5 cm**

Perímetro cefálico: **35,5**

### Período Neo-Natal

#### - Informação Clínica:

(Médico assistente, Instituição, Diagnóstico, Terapêutica, Internamentos, Acompanhamento e Terapias, outros problemas)

***Não há registo de qualquer anormalidade***

– **Antecedentes Familiares** (Doenças Familiares e Hereditárias)

***Não há antecedentes familiares***

#### - Saúde

Varicela  Papeira  Sarampo  Tosse convulsa  Meningite  Eczemas  Otites

Infecções graves  Alergias  .....

Febres altas e prolongadas  Traumatismos  .....

Acidentes  .....

Intervenções cirúrgicas  .....

Hospitalizações  .....

Outros:.....

Apetite: Sim  Não

Dorme bem? Sim  Não  Hora de despertar: + - **7h**

Hora de adormecer: + - **22h30**

– **Desenvolvimento Global**

***Diagnosticado com atraso global de desenvolvimento a partir dos 2 anos de idade (ver relatórios médicos e psicológicos)***

### IV – Situação Escolar

#### • Frequenta:

Ama

Creche  Qual? \_\_\_\_\_

Jardim-de-infância  Qual? **Jl Carvalhal (Ermesinde)**

Educadora: **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**

**Data de recolha: 26.04.2013**

## ANEXO 2

### Relatório Projeto Intervenção Precoce de Matosinhos/FPCEP

UNIVERSIDADE DO PORTO  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
PROJECTO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DE MATOSINHOS

#### RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

##### IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança: [REDACTED]  
Data de Nascimento: 9 de Julho de 2008  
Datas das primeiras observações: 18 e 24 de Março de 2010;  
Idade da criança no momento da 1ª observação: 20 meses  
Filiação:  
Pai – [REDACTED]  
Profissão – [REDACTED]  
Mãe – [REDACTED]  
Profissão – Técnica bibliotecária na [REDACTED]

A criança acima referida foi sinalizada à equipa do Projecto de Intervenção Precoce de Matosinhos (PIP) por um docente universitário do local de trabalho da mãe. O pedido foi no sentido de se realizar uma avaliação do desenvolvimento do [REDACTED] e um atendimento à família no sentido de determinar a necessidade de intervenção para promover o seu desenvolvimento.

##### HISTÓRIA CLÍNICA E DESENVOLVIMENTAL E SITUAÇÃO FAMILIAR

O [REDACTED] actualmente com 20 meses, reside com o pai, com a mãe e um irmão de 3 anos. Permanece com o irmão em casa dos avós maternos durante o dia, ficando muito tempo a olhar para DVDs com o irmão.

De acordo com informação disponibilizada pelos pais a gravidez decorreu normalmente. O parto foi de termo e com alta ao fim de dois dias. Fez amamentação materna até aos 6 meses, alimentando-se bem. Nessa altura foi introduzido o biberão que não agarrava bem pelo que foram introduzidas papas lácteas. Nunca utilizou chupeta.

À data da primeira observação o pai manifestou como preocupação o facto de o Rodrigo demonstrar uma apatia exagerada, não manifestar qualquer reacção quando acorda,

UNIVERSIDADE DO PORTO  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
PROJECTO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DE MATOSINHOS

podendo ficar horas sem chamar caso o adulto não vá ter com ele, e não responder quando o chamam.

De manhã, quando o avô o vai buscar à cama, quer ficar no colo, ficando a coçar a cabeça com movimento repetitivo, ficando sossegado a olhar para a televisão ou computador do avô. Por vezes adormece durante a manhã. Não revela qualquer iniciativa de autonomia a nível do vestir e na alimentação.

Não revelava qualquer tipo de iniciativa de interacção com objectos ou com pessoas para pedir algo, ficando muito tempo desocupado. Avós referem que gosta de anúncios de publicidades. Em situações sociais com pares (e.g., em festa de anos do irmão) não revelava qualquer interesse pelas outras crianças, preferindo ficar o olhar para a televisão. Esporadicamente podia interessar-se por brinquedo do irmão, querendo pegar-lhe e choramingando.

Manifesta movimentos repetitivos, como movimentos de auto-estimulação, colocando mão na cabeça e mamando na língua, brincado com os dedos, ou batendo repetidamente com a colher na mesa.

É seguido por pediatra a nível privado, Dr. Aparício, que recomendou um rastreio de audição.

#### AVALIAÇÃO NA FPCEUP

Nas duas primeiras observações o [REDACTED] passou uma grande parte da situação de observação ao colo do pai ou da mãe, sendo difícil levá-lo a interessar-se pelo meio e adultos. Demonstrou resistência em sair do colo, agarrando-se ao progenitor, e em estabelecer contacto ocular, evitando olhar e escondendo a cabeça.

Na altura das primeiras observações o [REDACTED] ainda não andava, não tendo o padrão de marcha automatizado. Gatinhava sem objectivo, deslocando-se repetidamente ao longo de um móvel, num percurso repetitivo, parecendo interessado no seu próprio reflexo no móvel, ao deslocar-se.

Demonstrava desequilíbrio ao mudar da posição de gatas para sentado e de sentado para de joelhos. Para passar da posição de joelhos para de pé, necessitava de grande apoio do adulto.

Na interacção espontânea com objectos, conseguiu retirar brinquedos de um recipiente, não sendo capaz de os colocar no recipiente. Abanava um guizo para produzir som, de forma repetitiva. Após várias repetições, conseguiu bater dois objectos por imitação do

UNIVERSIDADE DO PORTO  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
PROJECTO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DE MATOSINHOS

adulto. Agarrava os objectos com padrão imaturo, abrindo e fechando as mãos de forma um pouco descoordenada.

Palra muito pouco, produzindo sons indiferenciados e sem intenção comunicativa. Revelou quase ausência de iniciativas de comunicação – momentaneamente, após várias tentativas do adulto para interagir através de rotações e batimento de objectos, entregou o objecto ao adulto para ele continuar nesse padrão. Por vezes, quando não quer algo (e.g., interacção com objecto ou alimento), empurra com a mão.

Foram dadas sugestões aos pais no sentido de criar necessidades de comunicação, nomeadamente parar a interacção quando o [REDACTED] revelar interesse, para que peça mais, verbalizando “Mais, queres mais?”.

Relativamente à exploração do meio ambiente e brinquedos foi sugerido que os adultos comesçassem por imitar as acções do [REDACTED], sobre os objectos, no sentido de obter a sua atenção numa troca comunicativa, modificando em seguida os padrões de exploração através de acções simples como colocar e retirar objectos de dentro de um recipiente, bater objectos um no outro e empilhar, rodar carrinhos e bolas, associando onomatopeias e canções simples. Foram sugeridos jogos interactivos com canções e palmas.

Foi sugerida a redução de tempo de permanência no colo do adulto em situações de brincadeira e a redução de tempo de visionamento de televisão.

Sugeriu-se a utilização de calçado mais flexível ou permanecer descalço com meias anti-derrapantes.

Foi encaminhado para otorrinolaringologia para despiste de acuidade auditiva.

Na última observação em 23 de Junho, o [REDACTED] já se desloca, andando e correndo, embora revelando um padrão de marcha um pouco atípico (pontas dos pés demasiado afastadas). Continua a procurar muito o colo dos pais e mantém o padrão de mamar na língua.

Foi possível, ao fim de um período longo e após várias tentativas atrair a sua atenção através de batimentos repetitivos de uma bola grande no chão, após o que se introduziram outras acções e objectos, nomeadamente rotação de um carro em cima da bola com onomatopeia, e, posteriormente caixa de música accionável com pressão. O [REDACTED] manteve-se atento, olhando para os objectos e para o adulto para pedir mais quando este interrompia a acção que o interessava. Foi ainda capaz de accionar a caixa de música, após incentivo do adulto.

Emite sons variados mas imperceptíveis quando está distraído.

A pedido e por insistência deu a colher ao pai e ao irmão e pediu palmas, batendo as mãos e vocalizando. Embora continue a manifestar movimentos repetitivos, os pais relatam que

# ANEXO 3 – Relatório Circunstanciado 2010/2011

## RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO ANO LECTIVO DE 2010/2011



### 1 IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

NOME: ██████████  
DATA DE NASCIMENTO: 09/07/2008  
FILIAÇÃO: ██████████ e ██████████  
MORADA: ██████████  
ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO:  
TELEFONE: TELEMÓVEL: Mãe: ██████████ Pai: ██████████  
ESCOLA: Centro Social de Ermesinde ANO/ TURMA: 2 Anos DOCENTE/ DT Paula Cristina Monteiro

### 2 IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA:

Segundo o relatório da avaliação, que se encontra anexada ao processo, esta criança apresenta um atraso de desenvolvimento motor.

### 3 AVALIAÇÃO DAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS

a) Apoio pedagógico personalizado (art. 17º)	*
b) Adequações curriculares individuais (art. 18º)	*
c) Adequações no processo de matrícula (art. 19º)	
d) Adequações no processo de avaliação (art. 20º)	
e) Currículo específico individual (art. 21º)	
f) Tecnologias de apoio (art. 22º)	

Outras respostas educativas a aplicar:

#### Resumo dos resultados obtidos

O ██████████, desde Janeiro de 2011, usufruiu do apoio de uma educadora de intervenção precoce, por um período semanal de duas horas. Esse apoio foi dado às quartas-feiras das nove horas às dez horas e trinta minutos e das doze horas às doze horas e trinta minutos. Foi elaborado um Programa Educativo Individual (PEI) que contempla as diversas áreas de desenvolvimento.

A par disso, houve ao longo do ano a preocupação de, partindo das características da criança, procurar exercer o apoio tendo em conta as suas necessidades e motivações, utilizando materiais diversos e atractivos. Com o objectivo de conseguir uma melhor aprendizagem, as actividades foram subdivididas.

### **Motora**

O [REDACTED] reage negativamente a certas texturas e manipulação de alguns objectos. Desenha com o lápis grosso. Tem a mão dominante definida (mão direita). Tão depressa pega no lápis com a mão toda, como pega correctamente. Participa nas actividades de amassar a plasticina e massa de farinha. Faz jogos de encaixe sozinho e coloca as argolas no suporte. Já consegue seguir a história (aponto com o dedo o que estou a contar e quando olho para o [REDACTED] apercebo-me de que ele está a seguir).

Acompanha o som fazendo movimentos oculares e rotação da cabeça. Faz jogos de computador (jogos de causa e efeito e outros que o [REDACTED] tem que escolher entre duas situações). O adulto indica a opção e o Rodrigo clica nessa opção esperando o tempo certo para o fazer.

### **Audição e linguagem/fala e linguagem**

Diz palavras soltas e comunica, sobretudo, através de gestos e expressões.

Gosta de explorar os sons dos instrumentos musicais, bem como ouvir músicas e histórias.

Consegue apontar e dar imagens, a pedido, de objectos, animais e fotografias conhecidas.

### **Capacidades de interacção social**

Mantém-se excessivamente focado em televisão, computador (elementos com luz e som), a tal ponto que não reage a qualquer estímulo externo.

Sozinho, faz monólogos imperceptíveis, com objectos, aparentemente sem sentido e que cessam sempre que o adulto intervém. Não faz comunicação indeferida. Por vezes, apresenta movimentos repetitivos das mãos, da língua...

Revela dificuldade em manter a brincadeira com o adulto e pares, bem como solicitar a continuidade da mesma.

Já tem a noção de que cada objecto possui a sua funcionalidade (dá função ao objecto).

### **Capacidades sociais de Autonomia**

O [REDACTED] apresentou um comportamento instável no que se refere à aceitação do talher e da comida. Isto, de acordo com o maior ou menor apetite. No momento, encontra-se numa fase de ser capaz de comer sozinho ou com ajuda do adulto. Está mais receptivo a estender as mãos para a torneira e a limpá-las à toalha.

Esfrega as mãos quando se encontra numa situação de boa disposição, o mesmo não acontece se a situação for contrária.

Transita: Prossegue com a mesma turma.

Não Transita

<b>4 PROPOSTA DAS MEDIDAS EDUCATIVAS A IMPLEMENTAR:</b>	
a) Apoio pedagógico personalizado (art. 17º)	*
b) Adequações curriculares individuais (art. 18º)	*
c) Adequações no processo de matrícula (art. 19º)	
d) Adequações no processo de avaliação (art. 20º)	*
e) Currículo específico individual (art. 21º)	
f) Tecnologias de apoio (art. 22º)	
<b>Explicitar as alíneas acima mencionadas:</b>	
<p>a) Apoio de uma educadora da Intervenção Precoce; Antecipação e reforço das aprendizagens.</p> <p>b) Introdução de objectivos específicos nas áreas: Motora, Audição e linguagem/fala e linguagem e capacidades de interação social;</p> <p>d) As adequações quanto aos termos a seguir para avaliação dos progressos das aprendizagens podem consistir, nomeadamente, na alteração dos instrumentos e condições de avaliação, no que respeita, entre outros aspectos, às formas e meios de comunicação e à periodicidade, duração e local da mesma.</p>	
<b>Outras respostas educativas a aplicar / explicitar:</b>	
Deverá continuar a beneficiar do apoio da terapia da fala.	

# ANEXO 4

## Relatório Terapia da Fala (31.05.2012)



CENTRO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO LUZIA ALVES & MANUELA SILVA, LDA.

Direcção Clínica Dr.ª Luzia Alves  
MÉDICA ESPECIALISTA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Ced. Prof. n.º 14277

### FISIOTERAPIA - TERAPIA DA FALA

#### RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

– TERAPIA DA FALA –

#### Identificação pessoal

Nome: ██████████

Data de nascimento: 09 de Julho de 2008

Idade: 3 anos e 10 meses

O menino ██████████ iniciou, a valência de Terapia da Fala em 29 de Novembro de 2011. No entanto, já usufruiu de Terapia da Fala anteriormente, iniciada em Dezembro de 2010.

██████████, atualmente com 3 anos e 10 meses, frequenta a creche no Centro Social de Ermesinde (desde final de 2010) e na própria instituição beneficia de apoio de Educação Especial. Importa ainda referir que o menino é acompanhado em Psicologia do Desenvolvimento.

Na Terapia da Fala, procedeu-se à avaliação da linguagem recorrendo ao uso da TALC (Teste de Avaliação da linguagem) e de algumas provas informais. Após a conclusão da avaliação realizada, o que se refere à linguagem, mais especificamente à vertente compreensiva, o ██████████ realiza associações de imagem pela igualdade sem dificuldade. Contudo, as suas dificuldades manifestam-se relativamente às associações de imagens pela função, contexto e cor. Atualmente, a criança já é capaz de realizar estas associações, mas de forma inconsistente. Ainda referente à linguagem, o ██████████ apresenta dificuldades na identificação e nomeação de algumas imagens, que não são comuns no seu dia-a-dia e de imagens relacionadas com os opostos.

Referente aos constituintes morfossintáticos, a criança foi capaz de realizar corretamente apenas os plurais regulares. Mas, no que diz respeito às preposições, conjunções, estes constituintes encontram-se praticamente inexistentes, uma vez que

Contribuinte Fiscal e registo na CRC de Valongo n.º 501 335 897 - Capital Social: 50.000€

1

Centro de Medicina Física e Reabilitação Luzia Alves e Manuela Silva, Lda.  
Ermesinde, Rua Bento de Jesus Caraça, n.º 124-130 - 4445-345 Ermesinde

Telef.: 229 721 428 Fax: 229 745 039 Tlm.: 913 076 660 E-mail: cmfr.luzia.alves@gmail.com



## FISIOTERAPIA - TERAPIA DA FALA

é um discurso maioritariamente caracterizado por palavras isoladas e/ou repetições frequentes de frases anteriormente ditas pelo adulto (ecolália). Algumas dessas produções articulatórias apresentam processos fonéticos e fonológicos que já deveriam encontrar-se extintos, sendo o seu discurso em algumas situações impercetível.

No que se refere à motricidade fina, o [REDACTED] apresenta dificuldades em realizar a correta prensão, não é capaz de respeitar os limites da imagem nas atividades para pintar e não apresenta iniciativa para mudar de cores. No entanto, recorre sempre à mão direita para pintar.

Em suma, o [REDACTED] é uma criança com falta de iniciativa para interagir, mas quando solicitado para esse facto, reage na maioria das situações com agrado. No entanto, apresenta dificuldade em manter a concentração e dirigir a sua atenção para as atividades (apresentando dificuldade em estabelecer contacto ocular com o outro). Este comportamento acentua as dificuldades supracitadas.

Com os melhores cumprimentos.

A Terapeuta da Fala,

  
Marta M. Fernandes  
Centro de Medicina Física e Reabilitação  
(CP n.º C-098) Luzia Alves & Manuela Silva, Lda.  
R. de Bento de Jesus Caraça, n.º 124-130 - 4445-345 Ermesinde  
Cont. Fiscal: 501 335 897  
Telef.: 229 721 428

Ermesinde, 31 de Maio de 2012

## ANEXO 5 – Relatório Pediatria

**JOSÉ MANUEL APARÍCIO**

**PEDIATRA**

DOUTORADO PELA DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

### RELATÓRIO MÉDICO

Como Pediatra assistente do menino [REDACTED], declaro que o mesmo apresenta um atraso do seu desenvolvimento psico-motor, marcado por dificuldades notórias da sua interação e integração social, perturbação da atenção com apatia marcada, falta de iniciativa própria e perturbação da identificação de objetos e imagens. Este quadro condiciona uma perturbação da linguagem em virtude, de algumas dificuldades articulatórias fonético-fonológicas.

As alterações mencionadas motivam perturbação da sua relação com os colegas da escola e mesmo com os seus familiares.

Nesse sentido declaro como benéfica a orientação por terapia da fala, desenvolvimento infantil e ensino especial, para estimular o desenvolvimento da compreensão e expressão semântica, aumentar o desenvolvimento morfo-sintáctico e melhorar a compreensão-expressão fonológica, otimizando deste modo a sua capacidade de concentração-atenção permitindo a sua adequada integração social e familiar.

Por ser verdade e me ter sido pedido dato e assino este relatório.

*Maia, 06/06/2012*

1 José Manuel Aparício

**Consultórios:**

Av. D. Manuel II – Edifício Central Plaza, nº 2070 – sala 72, 470 – 334 Maia.

☎: 22 940 6065; 📠: 22 9406063

Rua Dr. Joaquim A Pires de Lima, 25, 1º Esq - Tras. - 4780 - Sto. Tirso. 252852932

*06/06/2012*  
Dr. JOSÉ M. APARÍCIO\*



\*M29950\*

# ANEXO 6 – Consulta Pediatria-PEA



CENTRO HOSPITALAR SAO JOAO,EPE  
H. SAO JOAO  
ALAMEDA PROF. HERNANI MONTEIRO  
4200 PORTO  
Tel. : 225512100  
Email:

Nº Processo 10022322



Masculino

Data Nasc: 2008-07-09

(4 anos)

4445

ERMESINDE

Tel. :

Data de Criação : 09/10/2012

Local : C.H.SAO JOAO-H. SAO JOAO-CE

Data de Bloqueio

Responsável :Dr.(a) DRA ALDA MURIA COELHO

Versão : 0

## Informação Clínica

Proveniência: Consulta

Especialidade da Consulta: CEX PEDIATRIA-PERTURB.ESPECTRO AUTISMO

### Informação Clínica

O menino [REDACTED] apresenta Perturbação global de desenvolvimento com ligeiro atraso de desenvolvimento ( Linguagem e grafomotricidade) associado a características de síndrome de Asperger em estudo.Revela dificuldade nas competências sociais ,ansiedade perante situações novas e tendência para comportamentos repetitivos,ecolalia e dificuldade na auto-regulação

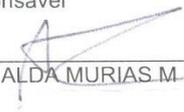
Necessita de apoio de ensino especial,terapia de fala e terapia ocupacional,sendo importante o uso de imagem e temas que o motivem,em ambiente tranquilo e estruturante,evitando situações de pressão ou alteração de rotinas sem preparação previa.

Ao dispor para articulação

A medica pedopsiquiatra

PORTO, 09 de Outubro de 2012

Responsável

  
Dr.(a) ALDA MURIAS.M.COELHO

## ANEXO 7

### APPC – Associação do Porto de Paralisia Cerebral



#### Informação Psicológica

O menino -----, nascido em 09-07-2008, é seguido neste serviço desde Julho de 2012, atualmente o menino está em psicoterapia de periodicidade semanal comigo, sendo também acompanhado em T. Ocupacional e T. Fala semanalmente neste centro.

Trata-se de uma criança que no decurso do processo psicoterapêutico tem demonstrado dificuldades em “estar em relação” nas brincadeiras, recorre muitas vezes à birra/recusa, nas sessões; a sua iniciativa é reduzida, bem como o tempo que permanece nas atividades, embora ultimamente comece a interessar-se mais pelos jogos propostos nas sessões. Neste sentido e, dado estar melhor no que respeita ao interesse, reavaliei recentemente o Rodrigo no que concerne ao seu desenvolvimento cognitivo (fevereiro/2013), dado que a primeira tentativa de avaliação (outubro/2012) não foi bem-sucedido, por total falta de colaboração do menino em avaliação.

Foi aplicada a escala de inteligência de Wechsler para a idade pré-escolar e primária – edição revista (WPPSI-R), tendo obtido em termos globais resultados no Nível Muito Inferior. Contudo, interessa sublinhar a discrepância de resultados entre a área verbal (Muito Inferior) e de realização (Média Inferior).

A nível verbal o ----- apresenta deficits principalmente a nível da compreensão (acentuados), bem como do vocabulário, informação que obtém do meio, capacidade de categorização/abstração e memória auditiva.

A nível da realização, os resultados são bastantes deficitários, sugerindo dificuldades nos processos que envolvem a organização visuo-espacial, memória visual e organização num todo integrado.

Considerando o exposto, gostaria de trocar algumas informações consigo no sentido de esclarecer o diagnóstico, e por outro lado, encaminhar o menino para o serviço/instituição mais apropriado às dificuldades relacionais e cognitivos que apresenta.

Manuela Monteiro – OPP n.º 3051  
**19 de Fevereiro 2013**  
*(transcrição do documento original)*

## ANEXO 8 – Consulta APPDA-Norte



### Relatório de Pedopsiquiatria

Observei o [REDACTED] em consulta, acompanhado pelo pai, por suspeita de PEA. Trazia informação de avaliação realizada no Centro de Paralisia Cerebral pela Dr.<sup>a</sup> Manuela Monteiro.

Da entrevista com o pai e observação da criança concluímos que o [REDACTED] é uma criança de 4 anos e 7 meses, com um atraso global de desenvolvimento e dificuldades específicas na área do desenvolvimento sócio-emocional que se manifestam mais na interação com pares, limitações no jogo simbólico e desenvolvimento psicomotor bem como peculiaridade na procura de estímulos visuais (ex: correr junto à parede) que são compatíveis com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (sem outra especificação).

Apesar das dificuldades tem tido uma evolução positiva, possivelmente também resultante da intervenção de que tem sido alvo (apoio de ensino especial e intervenção de equipa multidisciplinar). Em nosso entender justifica-se a manutenção da intervenção da equipa multidisciplinar contemplando as três áreas de Psicologia, terapia ocupacional e de fala. Em função das dificuldades ainda evidenciadas, entendemos que beneficiaria com a realização de sessões de floor-time (metodologia DIR de S. Greenspan).

Porto 2013/2/28

Prof. Doutora Paula Pinto de Freitas  
Pedopsiquiatra

## ANEXO 9 – PEP-R

### 1 - PERFIL PSICOEDUCACIONAL REVISTO

PEP-R: Folha de Síntese

Ano/Mês/Dia	
Data do teste:	<b>2013/04/25</b>
Data de Nascimento:	<b>2008/07/09</b>
Idade Cronológica:	<b>4A 9M (57 meses)</b>

<b>Escala comportamento</b>	A	M	S
Relacionamento (R)	4	8	-
Materiais (M)	-	8	-
Sensorial (S)	9	3	-
Linguagem (L)	1	2	-

<b>Escala de Desenvolvimento</b>	S	E	I
Imitação (I)	1	11	4
Percepção (P)	7	6	-
Motricidade Fina (MF)	3	8	5
Motricidade Global (MG)	13	5	-
Olho-Mão (OM)	6	2	7
Realização cognitiva (RC)	8	11	7
Cognição Verbal (CV)	9	7	11
Score Desenvolvimento	97		
Idade de desenvolvimento	<b>43 meses</b>		

Nome: <b>"Pedro"</b>	Nível Escolar: <b>Pré-Escolar</b>
Sexo: <b>Masculino</b>	Escola: <b>Ermesinde</b>
Examinador: <b>BB</b>	N.º Processo: -----

#### Descrição Física

Boa aparência e apresentação.

#### Limitações Funcionais

Aparentemente não existem. Nota-se, no entanto, dificuldades ao nível da motricidade fina, mormente no que diz respeito ao manuseamento do lápis.

#### Observações Relativas ao Comportamento

Revela instabilidade e dificuldade ao nível da concentração. Por vezes, ri sem sentido, especialmente quando tem dificuldade em responder às solicitações.

#### Amostra de Comunicação Espontânea

Nem sempre comunica de forma espontânea. Produz palavras e algumas frases com sentido.

PEP-R Folha de Cotação 1

**Comportamento**

**Desenvolvimento**

**Bolas de sabão**

1. Desenroscar a tampa
2. Faz bolas de sabão
3. Segue o movimento com os olhos
4. Segue o movimento de lado a lado

R	M	S	L

I	P	MF	MG	OM	RC	CV
		E				
		E				
	E					
	E					

**Cubos Tácteis**

5. Examina os cubos (A/M/S)

		A	
--	--	---	--

--	--	--	--	--	--	--

**Caleidoscópio**

6. Manipula o caleidoscópio
7. Apresenta dominância ocular


I						
	E					

**Campainha de Mota**

8. Examina os cubos (A/M/S)

--	--	--	--

E						
---	--	--	--	--	--	--

**Plasticina e Pauzinhos**

9. Enterra o dedo na plasticina
10. Enterra um pauzinho (cotar S se 12=S)
11. Faz uma salsicha
12. Faz uma tigela


		E				
		I				
E						
		I				

**Fantoches de Gato e Cão e Objetos (colher, copo, escova dos dentes, lenço)**

13. Manipula o fantoche
14. Imita o som de animais
15. Imita Ações com os objetos (3)
16. Aponta partes do fantoche (olho, nariz, orelha, boca) (3)
17. Aponta partes do seu próprio corpo (3)
18. Interação lúdica complexa (história) (cotar I se 13=I)


E						
S						
I						
					E	
					S	
					I	

#	0	0	1	0
A			1	
M				
S				

	6	3	5	0	0	3	0
S	1					1	
E	3	3	3			1	
I	2		2			1	

PEP-R Folha de Cotação 2

**Comportamento**

**Encaixe de Formas geométricas**

- 19. Indica as cavidades corretas
- 20. Insere formas nas cavidades
- 21. Nomeia as Formas(3)
- 22. Identifica as Formas(3)

R	M	S	L

**Encaixe de Objetos (Guarda-chuva, pintainho, borboleta, pêra)**

- 23. Encaixa corretamente as formas
- 24. Cruza a linha média para alcançar as formas


**Puzzle de encaixe de tamanhos diferentes (luvas)**

- 25. Indica as cavidades pelo tamanho
- 26. Encaixa corretamente as 3 peças
- 27. Nomeia grande e pequeno
- 28. Identifica grande e pequeno


**Completa Puzzle do Gato**

- 29. Indica o local das peças do puzzle (Cotar I se 23=I)
- 30. Encaixa as peças (Cotar I se 23=I)


**Puzzle da vaca**

- 31. Completa o Puzzle (Cotar I se 23=I)

--	--	--	--

**Cubos e Discos Coloridos**

- 32. Associa cubos e discos (5)
- 33. Nomeia as cores (5)
- 34. Identifica as cores (5)


**Matraca**

- 35. Ouve e orienta-se para o som da matraca
- 36. Reage ao som da matraca (A/M/S)

		A	

#	0	0	1	0
A			1	
M				
S				

**Desenvolvimento**

I	P	MF	MG	OM	RC	CV
	S					
				S		
						S
					S	

	E					
			S			

	E					
				E		
						S
					S	

					E	
				S		

					E	
--	--	--	--	--	---	--

	S					
						S
					S	

	S					

	0	5	0	1	3	5	3
S		3		1	2	3	3
E		2			1	2	
I							

PEP-R Folha de Cotação 3

Comportamento

**Atividade Física**

- 37. Anda sozinho
- 38. Bate palmas
- 39. Segura-se num pé (Cotar I se 37=I)
- 40. Salta com os pés juntos (Cotar I se 37=I)
- 41. Imita movimentos de motricidade global (levantar um braço, tocar no nariz, levantar o outro braço e tocar no nariz)
- 42. Toca com o polegar nos dedos em sequência

R	M	S	L

**Bola**

- 43. Apanha a bola (1 em 3)
- 44. Atira a bola (1 em 3)
- 45. Pontapé na bola (1 em 3)
- 46. Apresenta dominância do pé
- 47. Anda com a bola (4 passos) (Cotar I se 37=I)
- 48. Empurra a bola (Cotar S se 44=S)


**Escadas**

- 49. Sobe as escadas alternando os pés

--	--	--	--

**Cadeira**

- 50. Sobe para a cadeira

--	--	--	--

**Objeto de rodas**

- 51. Desloca-se sobre o objeto de rodas

--	--	--	--

**Toalha, Copo e Brinquedo**

**Favorito**

- 52. Jogos sociais infantis (Cotar S se 18=S)
- 53. Encontra o objeto escondido (Cotar S se 108=S)


**Espelho**

- 54. Reage à sua imagem no espelho (A/M/S)

<b>A</b>			
----------	--	--	--

**Contato Físico**

- 55. Reage ao contato físico

<b>A</b>			
----------	--	--	--

#	2	0	0	0
A	2			
M				
S				

Desenvolvimento

I	P	MF	MG	OM	RC	CV
			<b>S</b>			
			<b>S</b>			
			<b>E</b>			
			<b>E</b>			
<b>E</b>						
		<b>E</b>				

			<b>S</b>			
			<b>S</b>			
			<b>S</b>			
			<b>E</b>			
			<b>S</b>			
			<b>S</b>			

			<b>S</b>			
--	--	--	----------	--	--	--

			<b>S</b>			
--	--	--	----------	--	--	--

			<b>S</b>			
--	--	--	----------	--	--	--

<b>E</b>						
					<b>S</b>	

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

S	2	0	1	13	0	1	0
E	2		1	3			
I							

PEP-R Folha de Cotação 4

**Comportamento**

**Desenvolvimento**

**Cócegas**

56. Reage às cócegas (A/M/S)

R	M	S	L
		A	

I	P	MF	MG	OM	RC	CV

**Apito**

57. Ouve e orienta-se para o som do apito (A/M/S)

		A	

	S					

58. Reage ao som do apito (A/M/S)

**Gestos**

59. Responde aos gestos

--	--	--	--

	E					
--	---	--	--	--	--	--

**Copo e Sumo**

60. Bebe pelo copo

--	--	--	--

			S			
--	--	--	---	--	--	--

**Frasco e Objeto Favorito**

61. Gesticula para pedir ajuda

--	--	--	--

						S
--	--	--	--	--	--	---

**Contas, Cordão e Haste**

62. Reage ao cordel (A/M/S)

	M		
--	---	--	--

63. Enfia contas no cordel

--	--	--	--

64. Baloíça contas no cordel

--	--	--	--

65. Retira contas do limpador de cachimbos (6)

--	--	--	--

66. Enfia contas na haste (3) (Cotar S se 63=S)

--	--	--	--

67. Usa as mãos de forma complementar

--	--	--	--

68. Transfere objetos de uma mão para outras

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

		E				
--	--	---	--	--	--	--

			E			
--	--	--	---	--	--	--

		E				
--	--	---	--	--	--	--

		E				
--	--	---	--	--	--	--

		E				
--	--	---	--	--	--	--

		E				
--	--	---	--	--	--	--

			S			
--	--	--	---	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

**Identificação**

69. Como te chamas?

--	--	--	--

						S
--	--	--	--	--	--	---

70. És menino ou menina?

--	--	--	--

						S
--	--	--	--	--	--	---

**Livro de Escrita**

71. Rabisca espontaneamente

--	--	--	--

				S		
--	--	--	--	---	--	--

72. Apresenta dominância da mão

--	--	--	--

			E			
--	--	--	---	--	--	--

#	0	1	2	0
A			2	
M		1		
S				

	0	2	4	4	1	0	3
S		1		2	1		3
E		1	4	2			
I							

## PEP-R Folha de Cotação 5

### Livro de Escrita (continuação)

73. Copia linha vertical (1/3) (Cotar I se 71=l)  
 74. Copia círculo (1 em 3) (Cotar I se 71=l)  
 75. Copia quadrado (1 em 3) (Cotar I se 73=l)  
 76. Copia triângulo (1 em 3) (Cotar I se 73=l)  
 77. Copia losango (1/3) (Cotar I se 73=l)  
 78. Pinta dentro da linha (Cotar I se 71=l)  
 79. Traça sobre as formas (Cotar S se 74-77=S ou E)

R	M	S	L

I	P	MF	MG	OM	RC	CV
				E		
				I		
				I		
				I		
				I		
				I		
				I		
				I		

### Loto do Alfabeto

80. Emparelha as letras (9)  
 81. Nomeia as letras (9)  
 82. Identifica as letras (9)  
 83. Copia letras (7) (Cotar I se 73=l)  
 84. Desenha um homem (Cotar I se 73=l)  
 85. Escreve o seu nome próprio (Cotar I se 83=l)


				E		
						E
					E	
				I		
		I				
					I	

### Papel e Tesoura

86. Corta papel com a tesoura

--	--	--	--

		I				
--	--	---	--	--	--	--

### Saco com 5 Objetos

87. Identifica e dá objetos 84) (pode necessitar de pista visual)  
 88. Identifica objetos pelo tato (4) (sem pista visual)


		I				
					I	

### Quadro de Feltro

89. Faz um rapaz com as peças de feltro

--	--	--	--

					E	
--	--	--	--	--	---	--

### Jogo não estruturado

90. Brinca sozinho  
 91. Inicia Interação Social  
 92. Responde à voz do examinador 8ª/M/S)

	M		
A			
A			


#	2	1	0	0
A	2			
M		1		
S				

	0	0	3	0	9	4	1
S					2		
E						2	1
I			3		7	2	

PEP-R Folha de Cotação 6

**Cubos e caixa**

93. Empilha Cubos (8)

94. Coloca os cubos na caixa

95. Conta 2 e 7 cubos

96. Dá 2 e 6 cubos

R	M	S	L

I	P	MF	MG	OM	RC	CV
				E		
				S		
						E
					I	

**Copo e Cubos**

97. Executa uma ordem com duas diretrizes

--	--	--	--

					E	
--	--	--	--	--	---	--

**Cubos, Damas e Frascos**

98. Classifica objetos (6) (Cotar I se 94=I)

99. Mete cubo no frasco (Cotar S se 98=E ou S)


					E	
		S				

**Repetição de Dígitos**

100. Repete 2 e 3 dígitos

101. Repete 2 e 3 dígitos -1ª série 5-8-6-1, 3-2-9-4-8 2ª série 7-1-4-2, 7-4-8-3-1

102. Repete 4 e 5 dígitos (Cotar I se 100=I)

103. Repete 4 e 5 dígitos -1ª série 5-8-6-1, 3-2-9-4-8 2ª série 7-1-4-2, 7-4-8-3-1


E						
						I
I						
						I

**Contar em Voz Alta**

104. Conta em voz alta (1-10)

--	--	--	--

						E
--	--	--	--	--	--	---

**Cartões com Números**

105. Nomeia os números (10)

--	--	--	--

						E
--	--	--	--	--	--	---

**Adição e Subtração**

106. Resolve problemas na 2.ª Pessoa (2) (Cotar I se 95=I)

107. Resolve problemas na 3.ª Pessoa (2) (Cotar I se 95=I)


						I
						I

#	0	0	0	0
A				
M				
S				

	2	0	1	0	2	3	7
S			1		1		
E	1				1	2	3
I	1					1	4

PEP-R Folha de Cotação 7

**Copos e Bombom**

108. Encontra bombom (2) (Cotar I se 53=I ou E)

109. Usa os dedos em forma de pinça

R	M	S	L

I	P	MF	MG	OM	RC	CV
	S					
		S				

**Cartões de Funções**

110. Mima a função dos objetos (5)

--	--	--	--

					I	
--	--	--	--	--	---	--

**Sineta**

111. Ouve e orienta-se para a sineta

112. Reage ao som da sineta (A/M/S)

		A	

	S					

**Sineta, Matraca, Colher**

113. Imita uso dos objetos sonoros (3)

--	--	--	--

E						
---	--	--	--	--	--	--

**Cartões de Classificação**

114. Agrupa os cartões por cor e forma (12) (Cotar I se 32=I ou E)

--	--	--	--

					E	
--	--	--	--	--	---	--

**Associar Objetos e Imagens**

115. Associa objetos às imagens (8)

116. Nomeia objetos (5)

117. Dar objetos a pedido (3)

118. Demonstra a função dos objetos


					E	
						S
					S	
					E	

**Acender a Luz**

119. Aciona o interruptor da luz

--	--	--	--

		S				
--	--	---	--	--	--	--

**Livro de Linguagem**

120. Mostra interesse pelo livro

121. Identifica as imagens (14)

122. Nomeia as imagens (14)


	S					
					S	
						S

**Repete Sons, Palavras e Frases**

123. Repete sons (3) (mmm, ba-ba, pa-ta, la-la)

124. Repete palavras (2) (upa, bebé, papa)


E						
E						

#	0	0	1	0
A			1	
M				
S				

	3	3	2	0	0	6	2
S		3	2			2	2
E	3					3	
I						1	

## PEP-R Folha de Cotação 8

### Repete Sons, Palavras e Frases

125. Repete frases curtas (2) (Cotar I se 124=I)

126. Repete frases simples (2) (Cotar I se 125=I ou E)

127. Repete frases complexas (2) (Cotar I se 126=I ou E)

R	M	S	L

I	P	MF	MG	OM	RC	CV
						E
						I
						I

### Caixa, Fantoche, Copo, Bola, Cadeira

128. Responde a instruções verbais

--	--	--	--

						I
--	--	--	--	--	--	---

### Imitação

129. Responde à imitação das suas próprias ações (Cotar S se 41=S)

130. Responde à imitação dos seus próprios sons (Cotar S se 124=S)


I						
E						

### Ordens Simples

131. Responde a ordens simples

--	--	--	--

						S
--	--	--	--	--	--	---

### Utilização da Linguagem

132. Usa frases de duas palavras (3)

133. Usa frases de 4 ou 5 palavras (1)

134. Usa plurais (2)

135. Usa pronomes (1)


						S
						I
						E
						E

### Livro de Linguagem

136. Lê palavras (3)

137. Lê frases curtas (1) (Cotar I se 136=I ou E)

138. Lê com poucos erros (Cotar I se 137=I ou E)

139. Compreende o que lê (82) (Cotar I se 137=I ou E)

140. Lê e segue instruções (Cotar I se 137=I ou E)


						I
						I
						I
						I
					I	

### Cesto de “Atividades Concluídas”

141. Antecipa rotinas

--	--	--	--

						E
--	--	--	--	--	--	---

### Diz Adeus

142. Acena adeus (Cotar S se 41=S)

--	--	--	--

E						
---	--	--	--	--	--	--

### Beliscão

143. Reação ao beliscão (A/M/S)

		M	
--	--	---	--

--	--	--	--	--	--	--

#	0	0	1	0
A				
M			1	
S				

S	3	0	0	0	0	4	11
E						1	1
I	2					1	3
	1					2	7

PEP-R Folha de Cotação 9

Comportamento

Observação do Comportamento (A/M/S)

144.Exploração do meio ambiente

145.Exame do material do teste

146.Contato ocular

147.Sensibilidade visual

148.Sensibilidade auditiva

149.Interesse pelas texturas

150.Interesse gustativo

151.Interesse pelo cheiro

152.Afetividade

153.Comportamento durante as atividades

154.Procura a ajuda do examinador

155.Reações ao medo

156.Movimento e maneirismo/estereotipias

157.Consciência da presença do examinador

158.Cooperação com o examinador

159.Período de atenção

160.Tolerância às interrupções

161.Entoações e inflexão

162.Balucio

R	M	S	L
	<b>M</b>		
	<b>M</b>		
<b>M</b>			
		<b>A</b>	
		<b>A</b>	
		<b>M</b>	
		<b>A</b>	
		<b>M</b>	
<b>M</b>			
	<b>M</b>		
<b>M</b>			
<b>M</b>			
	<b>M</b>		
<b>M</b>			
			N. A.
			<b>A</b>

#	7	4	6	2
A			3	1
M	7	4	3	
S				

PEP-R Folha de Cotação 10

Comportamento

**Observação do Comportamento (continuação)**

163. Uso das palavras

164. Uso de jargão ou linguagem idiossincrática

165. Ecolalia diferida

166. Ecolalia imediata

167. Perseveração de palavras e sons

168. Uso de pronomes

169. Inteligibilidade da linguagem

170. Competências sintáticas

171. Comunicação espontânea

172. Motivação pelas recompensas concretas

173. Motivação pelo elogio

174. Motivação pelas recompensas intrínsecas

	R	M	S	L
163. Uso das palavras				<b>M</b>
164. Uso de jargão ou linguagem idiossincrática				N.A.
165. Ecolalia diferida				N.A.
166. Ecolalia imediata				N.A.
167. Perseveração de palavras e sons				N.A.
168. Uso de pronomes				N.A.
169. Inteligibilidade da linguagem				N.A.
170. Competências sintáticas				N.A.
171. Comunicação espontânea				<b>M</b>
172. Motivação pelas recompensas concretas		<b>M</b>		
173. Motivação pelo elogio	<b>M</b>			
174. Motivação pelas recompensas intrínsecas		<b>M</b>		

#	1	2	0	9
A				
M	1	2		2
S				



PEP-R Folha Pontuação (Continuação)

**Escala de Desenvolvimento**

**Imitação**

Total

	1 6	2 2	3 2	4 4	5 5	6 2	7 3	8 3	9 3	10 3	16
S	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
E	3	-	2	-	-	1	3	2	-	-	11
I	2	-	-	-	-	1	-	1	-	-	4

**Perceção**

Total

	1 3	2 5	3 3	4 2	5 5	6 3	7 3	8 3	9 3	10 3	13
S	-	3	-	1	-	-	3	-	-	-	7
E	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	6
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**Motricidade Fina**

Total

	1 5	2 2	3 1	4 4	5 3	6 1	7 2	8 2	9 2	10 2	16
S	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	3
E	3	-	1	4	-	-	-	-	-	-	8
I	2	-	-	-	3	-	-	-	-	-	5

**Motricidade Global**

Total

	1 5	2 1	3 13	4 4	5 5	6 3	7 3	8 3	9 3	10 3	18
S	-	1	10	2	-	-	-	-	-	-	13
E	-	-	3	2	-	-	-	-	-	-	5
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**Coordenação olho-mão**

Total

	1 3	2 3	3 1	4 1	5 9	6 2	7 2	8 2	9 2	10 2	15
S	-	2	-	1	2	1	-	-	-	-	6
E	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2
I	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	7

**Realização Cognitiva**

Total

	1 3	2 5	3 1	4 1	5 4	6 3	7 6	8 4	9 4	10 4	26
S	1	3	1	-	-	-	2	1	-	-	8
E	1	2	-	-	2	2	3	1	-	-	11
I	1	-	-	-	2	1	1	2	-	-	7

**Cognição Verbal**

Total

	1 3	2 3	3 3	4 3	5 1	6 7	7 2	8 11	9 2	10 2	27
S	-	3	-	3	-	-	2	1	-	-	9
E	-	-	-	-	1	3	-	3	-	-	7
I	-	-	-	-	-	4	-	7	-	-	11

## ANEXO 10 – ITPA

Sujeito: **Pedro, nascido em 09.07.2008.**  
Data do teste: **19.02.2013 (4 anos e 7 meses)**

### Compreensão Auditiva

**MATERIAS:** Caderno ilustrado n.º 3 e fragmentos e questões que aparecem no Manual

#### **RESUMO DO PROCESSO:**

**Início:** menos de 6 anos de idade – fragmento 1 ou pergunta n.º 1

**Pontuação:** n.º sucessos (1 ponto / cada);

#### **TEXTO DA PROVA:**

“Carlos e Maria saem sempre juntos de sua casa para irem para a escola. Um dia distraem-se a jogar no parque enquanto esperam o autocarro no qual vêm o professor e os seus colegas.”

“Carlos esconde-se atrás de uma árvore e Maria anda de baloiço. Quando chega o autocarro, os meninos começaram a correr. Carlos deixa a sua carteira esquecida em cima de um banco e volta a ir buscar.”

“Quando estão na escola começa a nevar. À saída, os meninos fazem um boneco de neve e enfeitam-no com um chapéu e um cachecol.”

#### **Apresentar a placa n.º 1**

- “Estes são Carlos e Maria”
- “Aqui está a sua casa”
- “Este é o parque”
- “Esta é a escola dos meninos”
- “Este é o autocarro”
- “Este é o boneco de neve”

#### **QUESTÕES:**

1. “Quem são Carlos e Maria?”
2. “Onde está o boneco de neve?”
3. “Assiná-la a escola do Carlos e Maria”
4. “Onde vivem Carlos e Maria”
5. “A quem puseram o chapéu”
6. “Como vai o professor para a escola?”
7. “Do que é que o Carlos se esqueceu?”
8. “Quem faz o boneco de neve?”
9. “A quem é que os meninos puseram enfeites?”
10. “Com que joga a Maria no parque?”
11. “Quem voltou a procurar a carteira?”
12. “De onde saem juntos o Carlos e Maria todas as manhãs?”
13. “Diz-me onde se escondeu o Carlos”
14. “Como é vão os meninos do parque para a escola?”
15. “Onde estavam os meninos um pouco antes de chegar o autocarro?”
16. “Onde estavam quando começou a nevar?”

17. “O que fizeram os meninos ao sair da escola?”
18. “Para onde vão a correr Carlos e Maria?”
19. “Antes de chegar à escola, onde viu Maria o seu Professor?”

Parar após 3 insucessos consecutivos.

## ***Resultados***

***Respondeu até à questão n.º 3***  
***(Acertou nas questões 1, 2 e 3)***  
***Pontos: 3***

### **Associação Auditiva**

**MATERIAS:** Analogias verbais que aparecem no Manual

**RESUMO DO PROCESSO:**

**Início:** menos de 6 anos de idade, começar com o elemento n.º 1; mais de 6 anos, começar com o elemento n.º 11 (facultar 10 pontos)

**Interrupção:** parar após três insucessos consecutivos;

**Pontuação:** um ponto por cada resposta correcta.

**Demonstração:** dois elementos de demonstração – a e b, distintos segundo a idade da criança;

**Instrução:** “Vou ler-te umas frases nas quais falta algo e tu vais completá-las.”

**Para menores de 6 anos:**

Demonstração: a) – “O pai é grande, o menino é .....”; b) – “Os peixes andam na água, os pássaros no .....”.

1. “ O gato faz miau, o cão faz \_\_\_\_\_”;
2. “Os ouvidos são para ouvir, os olhos são para \_\_\_\_\_”;
3. “Sento-me numa cadeira, durmo numa \_\_\_\_\_”;
4. “Os pássaros vivem nos ninhos, as pessoas vivem \_\_\_\_\_”;
5. O João é um menino, a Maria é uma \_\_\_\_\_”;
6. ...
- ...

## ***Resultados***

***Respondeu correctamente apenas ao elemento 1.***  
***Pontos: 1***

### **Expressão Verbal**

**MATERIAS:** Caderno ilustrado n.º 3 e cronómetro

**RESUMO DO PROCESSO:**

**Início:** elemento n.º 1 para todas as idades

**Interrupção:** não existe;

**Pontuação:** um ponto por cada resposta correcta, incluindo as palavras de demonstração;

**Demonstração:** um só elemento;

**Instrução:** - “Sabes o que é uma palavra?” Saltar, grande, são palavras. Quando te disser “Começa” quero ver quantas palavras diferentes consegues dizer. Diz todas as palavras que queiras.

**“Começa!”** (1 minuto para a tarefa)

Gravura Mãos – Olhos (dizer nomes de partes do corpo)

Gravura Cão – Coelho (dizer nomes de animais)

Gravura Banana – Pêra (dizer nomes de frutas)

## ***Resultados***

***Não respondeu corretamente a nenhuma questão***

***Pontos: 0***

### **Memória Sequencial Auditiva**

**MATERIAS:** Leitura directa dos elementos do caderno de anotações ou do Manual

**RESUMO DO PROCESSO:**

**Início:** elemento n.º 1 para todas as situações;

**Interrupção:** parar após três insucessos consecutivos;

**Pontuação:** um ponto por cada resposta correcta;

**Demonstração:** dois elementos;

**Instrução:** “Agora tens de prestar muita atenção. Vou dizer-te uns números para que os repitas quando eu terminar.”

**Demonstração:** a) – “Escuta-me. Diz-me «2 – 5»”; b) – “Bom. Agora, escuta. Diz-me «3 – 1»”.

Elementos:

1 . 9 – 1

2. 7 – 9

3. 8 – 1 – 1

4. 6 – 4 – 9

5. 5 – 2 – 8

6. 2 – 7 – 3 – 3

7. 6 – 3 – 5 – 1

8. 8 – 2 – 9 – 3

9. 1 – 6 – 8 – 5

10. 4 – 7 – 3 – 9 – 9

11. 6 – 1 – 4 – 2 – 8

12. 1 – 5 – 2 – 9 – 6

13. 7 – 3 – 1 – 8 – 4

14. 5 – 9 – 6 – 2 – 7

15. 7 – 4 – 8 – 3 – 5 – 5

16. 2 – 9 – 6 – 1 – 8 – 3

17. 5 – 2 – 4 – 9 – 3 – 6

18. 4 – 7 – 3 – 8 – 1 – 5

19. 6 – 9 – 5 – 7 – 2 – 8

20. 3 – 6 – 1 – 9 – 2 – 7 – 7

21. 5-3-6-9-7-8-2  
22. 8-1-6-2-5-9-3  
23. 2-7-4-1-8-3-6  
24. 4-9-6-3-5-7-1  
25. 3-1-9-2-7-4-8-8  
26. 9-6-3-8-5-1-7-2  
27. 4-7-3-1-6-2-9-5  
28. 8-2-5-9-3-6-4-1

## ***Resultados***

***Respondeu até ao elemento n.º 6***

***(Acertou nos elementos 1, 2 e 3)***

***Pontos: 3***

### **Integração Gramatical**

**MATERIAS:** Caderno ilustrado n.º 1

**RESUMO DO PROCESSO:**

**Início:** elemento n.º 1 para todas as idades

**Interrupção:** parar após três insucessos consecutivos;

**Pontuação:** um ponto por cada resposta correcta;

**Demonstração:** uma só, idêntica para todos os sujeitos;

**Instrução:** “Aqui há uma cama.”

“Aqui há duas \_\_\_\_\_.”

1. “Esta menina vai atrás. Os outros vão \_\_\_\_\_.”
2. “Aqui há um cão. Aqui há dois \_\_\_\_\_.”
3. “Esta menina está alegre. Este menino também está \_\_\_\_\_.”
4. “Este gato está debaixo da mesa. Este está \_\_\_\_\_.”
5. “Este senhor está com chapéu. Este outro está \_\_\_\_\_.”
6. “Este cão ladra. Este aqui \_\_\_\_\_.”
7. “Este menino está a abrir a porta. Aqui a porta está \_\_\_\_\_.”
8. ...
- ...

## ***Resultados***

***Respondeu até ao elemento n.º 3***

***(Acertou nos elementos 2 e 3)***

***Pontos: 2***

### **Compreensão Visual**

**MATERIAS:** Caderno ilustrado n.º 2 e cronometro.

**RESUMO DO PROCESSO:**

**Início:** elemento n.º 1, qualquer que seja a idade do sujeito

**Interrupção:** após três insucessos consecutivos

**Pontuação:** 1 ponto por cada resposta correta

**Permitir:** exposição da ação à página estímulo durante +/- 3 segundos. O sujeito deve assinalar, não nomear, uma das quatro alternativas.

**DEMONSTRAÇÃO:**

- a) “Vês isto? – cão, 3 segundos  
“Procura um parecido.”  
Se não acertar – “tinhas que procurar outro cão”
  
- b) “Vês isto?” – calças, 3 segundos  
“Procura um parecido”  
Se não acertar – “devias procurar outra peça de roupa”

Posteriormente, proceder de igual forma do item n.º 1 ao 40 (3 segundos). A criança tem que assinalar a figura, não é suficiente a resposta verbal.

### ***Resultados***

*Respondeu até à questão n.º 17.*

*Falhou as respostas 8, 10, 15, 16 e 17*

*Pontos: 12*

### **Associação Visual**

**MATERIAS:** Imagens do caderno ilustrado n.º 1

**RESUMO DO PROCESSO:**

**Início:** menos de 6 anos, começar com o elemento n.º 1; mais de 6 anos, começar com o elemento n.º 11;

**Interrupção:** parar após 3 insucessos consecutivos;

**Pontuação:** um ponto por cada resposta correcta;

**Demonstração:** Ia, Ib e IIa e IIb. Iniciar por Ia e Ib. Aplicar IIa e IIb caso a prova não tenha tido sido suspensa antes do item n.º 21;

**Para crianças com menos de 6 anos**

“Agora vou mostrar-te uns desenhos para que assinales o que considerares que deve ficar / preencher o espaço em branco.”

**Demonstração:** “Vamos buscar o que deve estar neste sítio”; “Qual destes deve estar aqui? Este ou aquele?”; “É este (o cão com osso) porque os cães gostam de ossos”, etc.

### ***Resultados***

*Respondeu até à figura n.º 18*

*(Acertou nas figuras 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14 e 15)*

*Pontos: 11*

### **Expressão Motora**

**MATERIAS:** Caderno ilustrado n.º 2.

## RESUMO DO PROCESSO:

**Início:** elemento n.º 1 para todas as situações;

**Interrupção:** não existe;

**Pontuação:** um ponto por cada resposta correcta;

**Demonstração:** duas para todos os sujeitos;

- a) “Mostra-me com gestos o que fazemos com o martelo.”
- b) “Mostra-me com gestos o que fazemos com uma jarra e com um vaso”

1. Pente e espelho
2. Máquina fotográfica
3. Clarinete
4. Estetoscópio
5. Telefone
6. Talheres
7. Pasta e escova dos dentes
8. Guitarra
9. Puxador da porta
10. Torneira
11. Vela e fósforos
12. Envelope, lápis e papel
13. Batedora
14. Binóculos
15. Linha e agulha

## *Resultados*

*Realizou as tarefas 5 e 6*

*Pontos: 2*

## Integração Visual

**MATERIAS:** Caderno ilustrado n.º 3, reproduções que aparecem no caderno de anotações, cronometro e lápis de cor.

## RESUMO DO PROCESSO:

**Início:** elemento n.º 1 para todas as situações;

**Interrupção:** não existe;

**Pontuação:** um ponto por cada resposta correcta;

**Demonstração:** o examinador deve marcar com um lápis de cor cada elemento detetado, coincida ou não com a resposta correta;;

**Instrução:** “Vês esta galinha e este galo?.” (mostrar a imagem)

“Tens que encontrar todos os galos e galinhas que estão neste desenho. Assinala com o teu dedo o mais rápido que puderes, começa aqui .”

(20 segundos para a realização da tarefa).

“Vês estes peixes? (...)”

“Vês estas garrafas? (...)”

“Vês esta serra e este martelo? (...)”

“Vês estes cães? (...)”

Demonstração: b) – “Vamos buscar algo para este sítio/lugar.”

“Qual destes deve estar aqui?”

“Sim, é este. O lápis fica com o papel porque serve para escrever no mesmo.”

### ***Resultados***

***Identificou cinco galinhas, 6 peixes, 1 garrafa e seis cães.***

***Pontos: 18***

### **Memória Sequencial Visuo-motora**

**MATERIAS:** Caderno ilustrado n.º 3, folha de resposta, cronometro e lápis

#### **RESUMO DO PROCESSO:**

**Início:** aplicar o elemento n.º 1 em todos os casos;

**Interrupção:** parar após três insucessos consecutivos;

**Pontuação:** um ponto por cada resposta correcta;

**Demonstração:** elementos a, b, c e d.

Mostrar à criança cada estímulo do caderno ilustrado n.º 3 durante três segundos, solicitando que o reproduza no quadro correspondente na folha de anotações.

A criança deverá trabalhar procedendo sempre de baixo para cima e da direita para a esquerda. Com a folha deve-se tapar as reproduções anteriores da criança com o objectivo de não se prejudicar a próxima tarefa.

#### **Demonstração:**

O examinador faz uma linha vertical e pede à criança para reproduzir outra igual;

O examinador faz uma linha horizontal e pede à criança para reproduzir outra igual;

Mostrar a demonstração do caderno durante 3 segundos e depois pede à criança para reproduzir;

Igual do item 1 ao 26 (sempre 3 segundos como tempo de exposição).

### ***Resultados***

***Não respondeu a nenhum elemento***

***Pontos: 0***

## ANEXO 11 – Portage (Cognição)

Sujeito: “Pedro”, nascido em 09.07.2008 - Data do teste: 05.05.2013 (4 anos e 9 meses)

**Idades (itens): 0-1(1-14); 1-2 (15-24); 2-3(25-40); 3-4 (41 -64); 4-5 (65-86); 5-6 (87-108)**

Ficha	Comportamento	Comportamento não adquirido	Comportamento emergente	Comportamento adquirido
41	Nomeia objetos pequenos e grandes			x
42	A pedido, aponta 10 partes do corpo		x	
43	A pedido verbal, aponta para um rapaz e para uma rapariga		x	
44	Diz se um objeto é pesado ou leve			x
45	Junta as duas metades de uma figura para fazer um todo			x
46	Descreve 2 acontecimentos ou personagens de uma história conhecida ou de um programa de TV	x		
47	Repete canções / lengalengas em que se brinca com os dedos	x		
48	Emparelha objectos 1 a 1 (3 ou mais objectos)	x		
49	Aponta para os objectos compridos e para os curtos		x	
50	Diz quais os objectos que vão bem juntos	x		
51	Conta até 3 por imitação			x
52	Separa objectos por categorias		x	
53	Desenha um “V”, por imitação	x		
54	Une os cantos opostos de um quadrado de papel de 10 cms de lado com uma linha diagonal	x		
55	Conta ate 10 objectos, por imitação			x
56	Constrói uma ponte com 3 cubos, por imitação	x		
57	Constrói, seguindo um modelo, sequências ou padrões de peças de encaixe ou contas	x		
58	Copia uma série de traços em forma de ‘V’ ligados (VVVVVV)	x		
59	Junta a perna e/ou o braço a um desenho incompleto da figura humana			x
60	Completa de uma só vez um puzzle de 6 peças (sem tentativa e erro)	x		
61	Diz se os objectos são iguais / diferentes	x		
62	Desenha um quadrado, por imitação	x		
63	A pedido, nomeia 3 cores			x
64	Nomeia 3 formas geométricas (quadrado, triângulo, círculo)			x

## ANEXO 12 – Portage (Desenvolvimento Motor)

Sujeito: **Pedro**, nascido em **09.07.2008** - Data do teste: **07.05.2013** (4 anos e 9 meses)

**Idades (itens): 0-1(1-45); 1-2 (46-63); 2-3(64-79); 3-4 (80-96); 4-5 (97-111); 5-6 (112-140)**

Ficha	Comportamento	Comportamento Não adquirido	Comportamento Emergente	Comportamento Adquirido
78	Pega num lápis entre o polegar e o indicador, com um lápis apoiado no dedo médio		x	
79	Dá cambalhotas para a frente com ajuda		x	
80	Martela 5 em cada 5 cavilhas	x		
81	Faz encaixe com 3 peças ou 3 figuras geométricas num tabuleiro próprio			x
82	Corta com uma tesoura	x		
83	Salta de uma altura de 20 cm			x
84	Dá um pontapé numa bola grande quando a rolam na sua direcção			x
85	Anda em bico de pés			x
86	Corre 10 passos com movimento coordenado e alternado dos braços			x
87	Pedala no triciclo uma distância de 1,5 m		x	
88	Dá balanço num baloiço depois de posta em movimento	x		
89	Sobe a uma escorrega de 1,20 - 1,80 m e desce deslizando			x
90	Dá cambalhotas para a frente		x	
91	Sobe escadas alternando os pés			x
92	Marcha		x	
93	Apanha uma bola com as 2 mãos			x
94	Faz contornos objectos ou moldes	x		
95	Corta linhas rectas de 20 cm de comprimento entre 2 linhas afastadas de 6 cm entre si	x		
97	Mantém-se num só pé sem ajuda, durante 4-8 segundos		x	
98	Corre mudando de direcção	x		
99	Anda numa trave mantendo o equilíbrio	x		
100	Salta para a frente 10 vezes sem cair	x		

## ANEXO 13

### Escala de Desenvolvimento da Linguagem de Reynell

Nome: **"Pedro"**

Sexo: **masculino**

Escolaridade: **frequenta o 3.º ano do ensino pré-primário**

Data do teste: **16.12.2012**

Data de nascimento: **09.07.2008**

Idade: **4,04 (52 meses)**



(Mala com o material do teste)

#### ESCALA DA COMPREENSÃO VERBAL A

##### Grupo I

1 – Reconhece seletivamente uma palavra ou frase.

*Selective recognition of word or phrase.*

2 – Realiza uma resposta adaptativa à palavra familiar ou frase.

*Adaptive response to familiar word or phrase.*

3 - Olha para um objeto familiar ou pessoa em resposta a nomenclatura.

*Looking at one familiar object or person in response to naming.*

##### Grupo II

4 - Onde está a bola?

*Where is the ball?*

5 - Onde está a colher?

*Where is the spoon?*

6 - Onde está a escova?

*Where is the brush?*

7 – Onde está a boneca?

*Where is the doll?*

8 - Onde está o carro?

*Where is the car?*

9 - Onde está a taça?

*Where is the cup?*

10 - Onde está a meia?

*Where is the sock?*

11 - Onde está o tijolo (bloco)?

*Where is the brick (block)?*

### **Grupo III**

12 - Onde está a cadeira?

*Where is the chair?*

13 - Onde é a casa de banho (banheira)?

*Where is the bath?*

14 - Onde está a mesa?

*Where is the table?*

15 - Onde está a cama?

*Where is the bed?*

16 - Onde está a faca?

*Where is the knife?*

### **Grupo IV**

17 - Onde está o cavalo?

*Where is the horse (gee-gee)?*

18 - Onde está o cão (cãozinho)?

*Where is the dog (doggie)?*

19 - Onde está o bebé?

*Where is the baby?*

20 - Onde está o homem (pai, papá)?

*Where is the man (father, Daddy)?*

21 - Onde está a senhora (mãe, mamã)?

*Where is the lady (mother, Mummy)?*

### **Grupo V**

22 – Coloca a boneca na cadeira.

*Put the doll on the chair.*

23 – Coloca a colher no copo.

*Put the spoon on the cup.*

24 – Coloca a faca no prato.

*Put the knife on the plate.*

25 – Coloca o tijolo na caixa.

*Put the brick in the box.*

### **Grupo VI**

26 – Onde é que dormimos?

*Which one do we sleep in?*

27 – O que é que usamos para escrever (desenhamos com)?

*Which one do we write (draw with)?*

28 – O que é que usamos para cortar?

*Which one do we cut with?*

29 – O que é que usamos para cozinhar?

*Which one do we cook with?*

30 – O que é que usamos para varrer o chão?

*Which one do we sweep the floor with?*

### **Grupo VII**

31 – Qual é que ladra?

*Which one barks?*

32 - Quem cozinha o jantar?

*Which one cooks the dinner?*

33 – Quem está sentado?

*Which one is sitting down?*

34 – Quem é que dá tiros ao coelho?

*Which one shoots the rabbit?*

35 – Quem é que está a carregar (levar) alguma coisa?

*Which one is carrying something?*

### **Grupo VIII**

36 - Encontre um lápis amarelo.

*Find a yellow pencil.*

37 - Mostre-me o botão mais pequeno.

*Show me the smallest button.*

38 - Dê-me o maior lápis vermelho.

*Give me the longest red pencil.*

39 - Coloque todos os botões brancos no copo.

*Put all the white buttons in the cup.*

40 - Coloque o botão preto por baixo do copo.

*Put the black button underneath the cup.*

41 - Coloque os três lápis mais pequenos na caixa.

*Put the three short pencils in the box.*

42 - Qual o botão que não está no copo?

*Which button is not in the cup?*

43 - Tire dois botões para fora do copo.

*Take two buttons out of the cup.*

44 - Quais os lápis que foram guardados?

*Which pencils have been put away?*

45 - Qual lápis vermelho que não foi guardado?

*Which red pencil has not been put away?*

### **Grupo IX**

46 – Qual o cavalo que está a comer erva?

*Which horse is eating the grass?*

47 - Coloque um dos porcos atrás do homem.

*Put one of the pigs behind the man.*

48 - Coloque um dos porcos pequenos ao lado do porco preto.

*Put one of the small pigs beside the black pig.*

49 - Pegue no maior porco cor-de-rosa (branco) e mostre-me os seus olhos.

*Pick up the biggest white pig and show me his eyes.*

50 - Coloque o agricultor e um dos porcos no campo.

*Put the farmer and one of the pigs in the field.*

51 - Coloque todos os porcos atrás do cavalo castanho.

*Put all the pigs behind the brown horse.*

52 - Coloque dois dos cavalos juntos.

*Put two of the horses together.*

53 - Coloque todos os porcos cor-de-rosa (brancos) em volta do lado de fora do campo.

*Put all the white pigs round the outside of the field.*

54 - Coloque os outros animais e o agricultor no campo.

*Put the other animals and the farmer into the field.*

55 - Que porco não está fora do campo?

*Which pig not outside the field?*

56 - Coloque um porco pequeno ao lado do agricultor.

*Put one small pig beside the farmer.*

57 - Que porco pequeno não foi colocado no campo?

*Which small pig has not been put in the field?*

58 - Quais os porcos que estão mais afastadas do agricultor?

*Which pigs are furthest away from the farmer?*

59 - Coloque todos os animais, excepto o porco preto na caixa.

*Put all the animals except the black pig into the box.*

### **Grupo X**

60 - Bobby empurra o bebé. Quem é o malvado (mau)?

*Bobby pushes the baby over. Who is the naughty?*

61 - Quem é que a mãe deve pegar e confortar?

*Who does mother pick up and comfort?*

62 - Maria e Bobby vão para a escola. Quem fica com a mãe?

*Mary and Bobby go to school. Who stays with mother?*

63 - Quem vai às lojas, enquanto Maria e Bobby são a escola?

*Who goes to the shops while Mary and Bobby are the school?*

64 - Quem vai para a escola com Bobby?

*Who goes to the school with Bobby?*

65 - Quem é mais jovem do que os filhos que vão escola?

*Who is younger than the school children?*

66 - Quem é que já foi para a escola, mas agora já não vai?

*Who used to go to school but doesn't now?*

67 - Quem vai para a escola mais tarde (depois), mas agora ainda não?

*Who will go to school later but doesn't yet?*

**Falhou os itens:**

**9; 39; 40; 43; 47; 48; 50; 51; 52; 53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63; 64; 65; 66; 67**

**Score: 43**

**Resultado: 3.04 (Idade linguística de 40 meses)**

## ANEXO 14 - PAFFS

Sujeito: "Pedro", nascido em 09.07.2008  
Data do teste: 12.04.2013 (4 anos e 9 meses)

Estímulo	O que a criança diz	E	D	R	Tipificação do Erro	Síntese
1. Almofada	amofada	x			Omissão de consoante líquida /l/ em coda inicial (VC)	Omi /l/ VC
2. Árvore	ábe	x			Omissão de consoante líquida /r/ em coda inicial (VC) Omissão de vogal /o/ em rima medial (CV) Omissão de consoante líquida /r/ em ataque simples (CV)	Distorção: Omi /r/ CI Omi /o/ RM Omi /r/ AS
3. Banho	banho	x			Correto	Correto
4. Barba	baba			x	Omissão de consoante líquida /r/ em coda inicial (CVC)	Omi /r/ CVC ini
5. Brincos	bincos			x	Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado	Omi /r/ CCV~
6. Botões	botões	x			Correto	Correto
7. Borboleta	boboeta	x			Omissão de consoante líquida /r/ em coda inicial Omissão de consoante líquida /l/ em ataque simples	Omi /r/ CVC Omi /r/ CV
8. Bicicleta	bicicleta	x			Correto	Correto
9. Casaco	casaco	x			Correto	Correto
10. Iogurte	iogute	x			Omissão de consoante líquida /r/ em coda medial	Omi /r/ CVC
11. Chapéu	xapeu	x			Correto	Correto
12. Cobra	coba	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado	Omi /r/ CCV
13. Coelho	cueio	x			Substituição com semivocalização	Semivoc /L/
14. Caracol	caacol	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque simples	Omi /r/ CV
15. Crocodilo	cocodilo			x	Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado	Omi /r/ CCV
16. Erva	eba		x		Omissão de consoante líquida /r/ em coda inicial	Omi /r/ VC
17. Descalçar	calçar		x		Omissão de sílaba em polissílabo	Omi sil poli
18. Dragão	dagão	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado	Omi /r/ CCV
19. Escada	escada	x			Correto	Correto
20. Estrela	estela			x	Omissão de consoante líquida /r/ em	Omi /r/ CCV

					ataque ramificado	
21. Escrever	eskever		x		Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV)	Omissão /r/ AR
22. Faca	faca	x			Correto	Correto
23. Fechada	fechada	x			Correto	Correto
24. Floresta	foesta			x	Omissão de consoante líquida /l/ em ataque ramificado (CCV) Omissão de consoante líquida /r/ em ataque simples (CVC)	Omi. /l/ AR Omi /r/ AS
25. Flor	for	x			Omissão de consoante líquida /l/ em ataque ramificado (CCVC)	Omi. /l/ AR
26. Fotografia	tografia	x			Omissão de sílaba em polissílabo Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV)	Omi sil poli Omi /r/ AR
27. Fralda	falda			x	Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCVC)	Omi /r/ AR
28. Frasco	fasco			x	Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCVC)	Omi /r/ AR
29. Fruta	futa	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV)	Omi /r/ AR
30. Garrafa	gaafa	x			Omissão de consoante líquida /R/ em ataque simples (CV)	Omi /R/ AS
31. Grande	gande		x		Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV)	Omi /r/ AR
32. Gelado	gelado	x			Correto	Correto
33. Livro	livo	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV)	Omi /r/ CCV
34. Maçã	maçã	x			Correto	Correto
35. Mesa	mesa	x			Correto	Correto
36. Irmão	imão			x	Omissão de consoante líquida /r/ em coda inicial (VC)	Omi /r/ CI
37. Magro	mago			x	Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV)	Omi /r/ AR
38. Nariz	naíz	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque simples (CVC)	Omi /r/ AS
39. Panela	panela			x	Correto	Correto
40. Pistola	pistola			x	Correto	correto
41. Planta	planta	x			Correto	Correto
42. Pijama	pijama	x			Correto	Correto
43. Prato	pato	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV)	Omi /r/ AR
44. Peixe	peixe	x			Correto	Correto
45. Quadro	cuado			x	Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV)	Omi /r/ AR
46. Quatro	cuato	x			Omissão de consoante líquida /r/ em	Omi /r/ AR

					ataque ramificado (CCV)	
47. Quadrado	cadado			x	Omissão de semivogal /u/ em rima inicial Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV)	Omi semivog Omi /r/ AR
48. Relógio	relogio	x			Correto	Correto
49. Sapato	sapato		x		Correto	Correto
50. Cigarro	cigago			x	Substituição extraclasse /R/ por /g/ Harmonia consonantal	Sub /R/ /g/
51. Sopa	sopa		x		Correto	Correto
52. Senhora	senhoa	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque simples (CV)	Omi /r/ AS
53. Sol	sol	x			Correto	Correto
54. Telefone	tefone	x			Omissão de sílaba em polissílabo	Omi sil poli
55. Telhado	teado			x	Omissão da consoante líquida /lh/ em ataque simples (CV)	Omi /lh/ AS
56. Tartaruga	tatauga	x			Omissão de consoante líquida /r/ em coda inicial (CVC) Omissão de consoante líquida /r/ em ataque simples (CV)	Omi /r/ CI Omi /r/ AS
57. Três	tês	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCVC)	Omi /r/ AR
58. Triciclo	ticicuo	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV) Substituição com semivocalização do /l/ em ataque ramificado (CCV) por semivogal /u/	Omi /r/ AR Semivoc /l/ AR
59. Vela	vela	x			Correto	Correto
60. Zebra	zeba	x			Omissão de consoante líquida /r/ em ataque ramificado (CCV)	Omi /r/ AR
61. Dedo	dedo	x			Correto	Correto
62. Queijo	queijo	x			Correto	Correto

### Análise de cada fonema

#### Fonema /r/

**Ataque simples (CV):** árvore (áve); caracol (cacol); senhora, tartaruga. (100% de erro)

**Ataques simples (CVC):** floresta, nariz. (100% de erro)

**Ataque Ramificado (CCV/CCV~):** Brincos, cobra, crocodilo, dragão, estrela, escrever, fotografia, fruta, grande, livro, magro, prato, quadro, quatro, quadrado, triciclo, zebra. (100% de erro)

**Ataque Ramificado (CCVC):** fralda, frasco, três. (100% de erro)

**Coda Inicial (CVC):** Barba, borboleta, tartaruga. (100% de erro)

**Coda Inicial com Ataque vazio (VC):** Árvore, erva, irmão. (100% de erro)

**Coda Medial (CVC):** logurte. (100% de erro)

**Produz o fonema /r/ em Coda final** - eskever(escrever); for(flor); calçar(descalçar)

37 formatos silábicos ----- 100%

34 formatos silábico ----- x

**x= 91,89% de erro**

**Grau de sucesso: 8,11%**

**Erro fonético, em todos os formatos silábicos, exceto em coda final.**

**Fonema /l/**

**Ataque simples- Incorreto** - (CV): borboleta (boeta).

**Ataque Simples- Correto**- panela, pistola, vela, livro(livo), relógio, gelado; estela (estrela); cocodilo, (crocodilo)

**Ataque Ramificado - Incorreto** – (CCV/CCV~): floresta (foesta); triciclo (ticicuo)

**Ataque Ramificado - Incorreto** - (CCVC/CCVC): flor.

**Ataque Ramificado - Correto**- bicicleta; planta, flor

**Coda Inicial com Ataque Vazio - Incorreto** - (VC): almofada

**Coda Inicial com ataque ramificado – Correto** – (CCVC) fralda (falda);

**Coda Final – Correto** – caacol(caracol); sol; calçar(descalçar)

Substituição com semivocalização em ataque ramificado (CCV) /l/ por /u/

20 formatos silábicos ----- 100%

5 formatos silábicos ----- x

**x= 25% de erro**

**Grau de sucesso: 75%**

**Erro fonológico**

**Fonema /R/**

**Ataque simples (CV):- Incorreto** - garrafa; (gaafa); cigarro (cigago)

Ataque Simples - Correto- Relógio

**Substituição extraclasse /R/ por /g/**

3 formatos silábicos ----- 100%

2 formatos silábicos ----- x

**x= 67% de erro**

**Grau de sucesso: 33%**

**Erro fonético**

**Fonema /L/**

**Substituição com semivocalização /L/ por /i/:** coelho(cuéio)

**Omissão** : telhado(tiádo)

2 palavras ----- 100%

2 palavras ----- x

**x= 100% de erro**

**Erro fonético**

**Omissão de semivogal em ditongo crescente-** quadrado (cadado)

***Outros processos de simplificação:***

**Omissão de sílaba**

**Em polissílabo:** Descalçar (calçar), **fotografia** (togafia), **telefone** (tefone)