

## **INTRODUÇÃO**

Este trabalho foi realizado na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, no curso de Pós-Graduação em Ensino Especial no ano lectivo de 2008/2009, tendo como orientadora a Mestre Maria Isabel Cunha.

Numa fase inicial, ou seja, no primeiro semestre, foi realizado um pré-projecto no qual foi delineado um estudo de caso de uma criança com Síndrome de Asperger. Seguidamente, tanto a parte teórica do trabalho como a parte prática foram sendo elaborados ao longo do segundo semestre, mas tendo sempre em conta o que tinha planeado no primeiro semestre.

A Síndrome de Asperger define a temática-alvo em análise cujos contornos mais específicos passam pelos modos de estimular a comunicação para o desenvolvimento de uma criança com Síndrome de Asperger (SA).

Relativamente à intervenção nesta patologia, podemos afirmar que é um campo ainda com metodologias insuficientes, talvez pela recente identificação da problemática. Existem vários casos que por ausência de diagnóstico desorientam os educadores e professores de crianças com SA. Assim, é extremamente importante retratá-la, compreendê-la e traçar caminhos com utilidade para os profissionais da educação, para os familiares e todos os que rodeiam a criança de forma a facilitar o seu desenvolvimento e socialização.

Desta forma, com este estudo, pretendemos criar um conjunto de condições ideais, por meio de experiências teórico-práticas, que sejam capazes de clarificar a especificidade destas crianças, para reconhecer as dificuldades e necessidades que estas crianças enfrentam, para interiorizar as suas características, interesses, motivações, afectos e conflitos e da mesma forma aprender os métodos e técnicas a utilizar posteriormente perante um caso de Síndrome de Asperger.

Este trabalho final está dividido em duas partes. A primeira parte – enquadramento teórico – encontra-se dividida em três capítulos, o primeiro diz respeito ao Espectro do Autismo, uma vez que a Síndrome de Asperger é uma problemática associada a ele, o segundo à Síndrome de Asperger, que é a patologia

que mais importância terá devido ao estudo de caso a aplicar, e o terceiro tratará a competência comunicativa numa criança com Síndrome de Asperger.

A segunda parte do trabalho – procedimentos metodológicos – é constituída por quatro capítulos. No primeiro será feita uma breve referência ao estudo de caso que se efectuou, no segundo capítulo encontra-se a caracterização dos diferentes contextos em que a criança circula, pois estes diferentes meios podem influenciar esta criança. No terceiro e quarto capítulos vão ser referidas quais as necessidades educativas especiais e irá ser proposto um programa educativo individual para colocar em prática como intervenção.

A compreensão e o conhecimento da forma peculiar de como um portador de Síndrome de Asperger vive no seu mundo psíquico e social irá facilitar o processo de ensino/aprendizagem, e por este motivo foi escolhida esta problemática para estudo.

# **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

# **CAPÍTULO I – ESPECTRO DO AUTISMO**

## **1. HISTÓRIA DO ESPECTRO DO AUTISMO**

Em 1911 Bleuler introduziu pela primeira vez o termo “autismo” como sinónimo da perda do contacto com a realidade que se produz no processo do pensamento na síndrome de esquizofrenia do adolescente e adulto. Esta desordem origina grande dificuldade ou até impossibilidade de comunicação e contacto com as pessoas. Contudo foi Leo Kanner, psiquiatra americano, em 1943 que conferiu uma identidade diferenciada e diferenciadora a este atraso global do desenvolvimento, estabelecendo uma série de critérios de diagnóstico de acordo com as observações por ele efectuadas. Utilizou a palavra “autismo” para transmitir a aparente auto-absorção das crianças observadas, embora o termo síndrome de Kanner tenha sido usado por algum tempo como alternativa e ainda persista, assim como a expressão autismo clássico. Definições colocadas posteriormente centram-se em torno de uma tríade de comprometimentos referentes ao isolamento social, dificuldades de comunicação e insistência na repetição. Desta forma do adjetivo “autista” tirar-se-á como significado “retraído” ou “fechado em si mesmo”, isto na área de psiquiatria.

González (1992) refere que Kanner estabeleceu uma série de critérios de diagnóstico de acordo com as observações por ele efectuadas, tais como: uma profunda falta de contacto afectivo com outras pessoas, um desejo angustiosamente obsessivo de que tudo permaneça igual, um fascínio por certos objectos susceptíveis de serem manipulados com leves movimentos motores, mutismo ou um tipo de linguagem cuja função não parece ser a de uma comunicação interpessoal, manutenção de uma fisionomia inteligente e pensativa com um bom potencial cognitivo, que se manifesta, entre os que sabem falar, por meio de proezas, pelos seus bons resultados em testes de execução ou de manipulação.

Um ano mais tarde, Hans Asperger (1944), também desenvolveu pormenorizadas descrições de casos do autismo. Asperger considerava que existia, desde o nascimento, e coincidindo com Kanner, um transtorno essencial que daria

origem a diversas alterações muito características. Quando se faz referência à síndrome de Asperger, esta costuma estar focalizada num escasso número de casos com autismo que apresentam boas capacidades intelectuais assim como um aceitável desenvolvimento da linguagem.

Os artigos com informações de Kanner foram mais citados na literatura sobre o autismo em relação aos de Asperger, que sendo escritos em Alemão e durante a Segunda Guerra Mundial, foram em grande parte ignorados. (Frith, 1993).

Actualmente, e contrariando a perspectiva inicial das concepções sobre a perturbação, não se define o autismo enquanto “psicose” infantil (Rutter, 1972). A síndrome é entendida como uma das perturbações contínuas e gerais, designadas de “perturbações globais (pervasivas) do desenvolvimento”.

O autismo caracteriza-se pela existência de disfunções sociais, perturbações na comunicação e no jogo imaginativo, tal como por interesses e actividades restritas e repetitivas. Para ser considerado em termos de diagnóstico, tem de ter presentes aquelas manifestações, desde o nascimento até aproximadamente aos 36 meses de idade, persistindo e evoluindo de diferentes maneiras, ao longo da vida.

## **2. CONCEITO DO ESPECTRO DO AUTISMO**

O Espectro do Autismo é a forma melhor reconhecida e a mais frequente de um grupo de perturbações colectivamente designadas por perturbações globais do desenvolvimento (PGD). Várias são as definições fornecidas por autores, para o Espectro do Autismo. Entre elas está a definição do DSM IV, a descrição de Kanner, a da Classificação Internacional de Doenças (CID), de Frith entre outras.

Neste trabalho faremos referência à de Kanner que em 1943, denominou o autismo infantil como uma síndrome particular que se distingue da esquizofrenia infantil pelo intenso isolamento do sujeito, pelo seu desapego ao ambiente nos primeiros anos de vida, diferenciando-o da oligofrenia pela sua boa potencialidade e intelectualidade. (Rozental, 1993).

No DSM-IV-TR(2002:70) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais) é referido que

o autismo se enquadra nas perturbações globais do desenvolvimento sendo definido como:

*“... a presença de um desenvolvimento acentuadamente anormal ou deficitário da interacção e comunicação social e um repertório acentuadamente restrito de actividades e interesses. As manifestações desta perturbação variam muito em função do nível de desenvolvimento e da idade cronológica do sujeito. A Perturbação Autística é algumas vezes referida como autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner”*

Segundo a CID, o Espectro do Autismo é classificado como

*“Um transtorno invasivo do desenvolvimento, definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometimento que se manifesta antes da idade de 3 anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas: de interacção social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo. O transtorno ocorre três a quatro vezes mais frequentemente em garotos do que em meninas.”(Cit in Gauderer C.: 1997)*

A definição apresentada pela ASA - American Society for Autism (Associação Americana de Autismo), refere que:

*“O Autismo é uma inadequacidade no desenvolvimento que se manifesta de maneira grave por toda a vida. Acomete cerca de vinte entre cada dez mil nascidos e é quatro vezes mais comum entre meninos do que meninas. É encontrada em todo o mundo e em famílias de qualquer configuração racial, étnica e social. Não se conseguiu até agora provar nenhuma causa psicológica, no meio ambiente destas crianças, que possa causar a doença. Os sintomas, causados por disfunções físicas do cérebro, são verificados pela anamnese ou presentes no exame ou entrevista com o indivíduo”.*  
*(Board of Directors, 1997)*

### **3. ETIOLOGIA**

Outrora considerava-se que a causa do autismo devia-se a problemas de interacção da criança com a mãe, em que estas eram culpabilizadas por não saberem dar respostas afectivas aos seus filhos. No entanto essas crenças foram ultrapassadas, e actualmente sabe-se que não é por falta de carinho que uma criança fica autista, embora as causas que levam ao aparecimento do autismo não estejam ainda totalmente conhecidas.

Em meados dos anos 60, com a evolução da medicina, investigações científicas baseadas no estudo de gémeos e em doenças genéticas associadas ao autismo revelaram a existência de factores genéticos, biológicos e ambientais de diversas causas que fazem com que o autismo se reflecta num grupo muito heterogéneo de indivíduos e de diferentes formas em cada. Para a autora Manuela

Pereira (2006), existem várias teorias explicativas, como as psicogênicas, as biológicas, as psicológicas, as alternativas e as de coerência central.

Algumas teorias afirmam a existência de genes possíveis a mutações, em que durante o desenvolvimento fetal, um desses genes anormais é activado e provoca alterações da expressão de outros genes mutados, explicando a maior incidência dos casos de autismo nos filhos de um mesmo casal.

Factores neurobiológicos sustentam a teoria de que alterações estruturais do cérebro estão também relacionadas pelo aumento acelerado do perímetro cefálico e do tamanho cerebral, que pode ser explicado como consequência do stress oxidativo e processos imunes. Bem como alterações anatómicas e anomalias ao nível dos lobos frontal e temporal e problemas no cerebelo.

Alguns factores ambientais, como a idade dos pais (aumenta a probabilidade de erros nos processos genéticos) a exposição a tóxicos, agentes teratogénicos, ofensas à nascença, prematuridade, baixo peso, traumatismos durante o parto, etc., podem também ter uma elevada influência no aparecimento nas perturbações do espectro autista.

Os investigadores Hingten e Bryson (1972) existem três tipos de teorias que explicam as causas do autismo, sendo elas as teorias não-orgânicas (ou experienciais), as teorias orgânico-experimentais e as teorias orgânicas. (Marques 2000)

Relativa às teorias não-orgânicas, pode-se dizer que estas são de concepção psicodinâmica e ditam que durante os meses de gestação e início do desenvolvimento a criança é normal.

Em relação às teorias orgânico-experienciais, estas podem dividir-se em teorias orgânico-experienciais do autismo e teorias orgânicas puras. Nas primeiras a criança é encarada como biologicamente deficiente e os pais não são considerados culpados, necessitando de dar apoio relacional à criança. Nas teorias orgânicas puras, a deficiência é considerada a expressão de uma anormalidade biológica e os pais contribuem muito menos para a perturbação que afecta a criança do que para aspectos comportamentais. (Pereira M. C., 2005)

Nos dias de hoje, as teorias que apontam para factores genéticos têm cada vez mais relevância, embora ainda surjam dificuldades relacionadas com a natureza das

investigações, nomeadamente a necessidade de estudar gémeos, tal como as dificuldades de recolha de dados.

As várias teorias existentes acabam por se complementar, tornando assim possível uma identificação clara da patologia.

Desta forma, e relativamente à etiologia, considera-se que existem evidências de que o autismo tem uma base biológica, genética e devido também a factores ambientais (doenças durante a gestação, doenças na infância, intolerância a alimentos). É certo, que muitas crianças padecem desses factores ambientais e não desenvolvem o autismo, de modo que é a interacção entre esses possíveis factores e os factores genéticos e biológicos o que parece ser determinante.

## **4. CLASSIFICAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO**

O diagnóstico desta perturbação tem por base o comportamento, sendo realizado através da interpretação da significação do desvio, da ausência ou do atraso em determinado comportamento. (Frith, 1993)

O DSM IV- TR (2002: 75) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais), da Associação Americana da Psiquiatria apresenta os seguintes critérios de diagnóstico:

- A. Se enquadrar em um total de seis (ou mais) dos seguintes itens:*
- (1) Comprometimento qualitativo em interacção social, com pelo menos duas das seguintes características:*
- a) acentuado comprometimento no uso de múltiplos comportamentos não verbais que regulam a interacção social, tais como contacto olho a olho, expressões faciais, posturas corporais e gestos;*
  - b) falha no desenvolvimento de relações interpessoais apropriadas à idade;*
  - c) ausência da busca espontânea em partilhar de divertimentos, interesses e empreendimentos com outras pessoas*
- (2) Comprometimento qualitativo na comunicação, em pelo menos um dos seguintes itens:*
- a) atraso ou ausência total no desenvolvimento da fala (sem a tentativa de compensá-la por meio de comunicação por gestos ou mímica);*
  - b) acentuado comprometimento na habilidade de iniciar e manter uma conversação, naqueles que conseguem falar;*
  - c) linguagem estereotipada, repetitiva ou idiossincrática;*

*d) ausência de capacidade, adequada à idade, de realizar jogos de faz-de-conta ou imitativos.*

*(3) Padrões de comportamento, interesse ou actividades repetitivos ou estereotipados, em pelo menos um dos seguintes aspectos:*

*a) preocupação circunscrita a um ou mais padrões de interesse estereotipados e restritos, anormalmente, tanto em intensidade quanto no foco;*

*b) fixação aparentemente inflexível em rotinas ou rituais não funcionais;*

*c) movimentos repetitivos e estereotipados;*

*d) preocupação persistente com partes de objectos.*

*B. Atraso ou funcionamento anormal, antes dos três anos, em pelo menos uma das seguintes áreas: interação social, linguagem de comunicação social e jogos simbólicos ou imaginativos.*

*C. O distúrbio não se enquadrar na Síndrome de Rett ou no Distúrbio Desintegrativo da Criança.”*

*(DSM-IV-TR, 2002)*

## **5. CARACTERIZAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO**

Frith (1993) afirmou que o autismo começa por se manifestar na infância, mas não é uma alteração que afecta todo o desenvolvimento mental, pelo que é comum que os seus sintomas se manifestem de formas muito diversas nas distintas idades. Algumas das características poderão não aparecer numa fase inicial, mas sim numa fase mais tardia do desenvolvimento e outras podem até desaparecer com o tempo.

Em todas as patologias existentes, é mais do que certo dizer-se que cada caso é um caso. No caso dos autistas acontece exactamente a mesma coisa, nem todos são iguais e nem todos têm as características que comumente caracterizam esses casos. Uns podem ser mais sociáveis que outros, uns mais intelectuais, uns mais atentos, e assim por diante. Por esse mesmo motivo se dá o nome de Espectro Autista a estas diferentes manifestações do autismo. Dentro do autismo existem vários níveis, desde os mais graves (o autismo típico em que as pessoas geralmente pensam) até os casos mais subtis. Muitos autistas não são muito diferentes de pessoas tidas como "normais": possuem hábitos consolidados, reagem com dificuldade a situações que os desagradam, possuem manias e preferências.

As características mais comuns do autismo são:

*“A dificuldade na interacção social (como todo e qualquer indivíduo, por exemplo); a dificuldade acentuada no uso de comportamentos não-verbais (contacto visual, expressão facial, gestos); a sociabilidade selectiva; os padrões restritos e repetitivos de*

*comportamento, interesses e actividades; a preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados (movimento circular, por exemplo); o assumir de forma inflexível rotinas ou rituais (ter "manias" ou focalizar-se em um único assunto de interesse, por exemplo); os maneirismos motores estereotipados (agitar ou torcer as mãos, por exemplo); a preocupação insistente com partes de objectos, em vez do todo (fixação na roda de um carrinho ou na boca de alguém que fala, por exemplo); o seguir uma vida rotineira e resistir mais do que uma pessoa comum resistiria quando ela é mudada; a tendência a uma leitura concreta e imediatista do contexto, seja ele linguístico ou ambiental ("levar tudo ao pé da letra".) (Schwartzman:2003)*

## **6. LINGUAGEM E INTERACÇÃO SOCIAL NO ESPECTRO DO AUTISMO**

Crianças autistas têm habitualmente défices básicos na capacidade para usar a linguagem como meio de comunicação social. Entre estes défices estão

*“...as dificuldades na aquisição do sistema linguístico e na sua utilização: dificuldades para compreensão e utilização das regras fonológicas, morfológicas, sintácticas e semânticas, tal como de regras pragmáticas que são as mais afectadas”.(Necessidades Educativas Especiais: 1997)*

Nos variados casos de autismo, há crianças que para além de não conseguirem utilizar a linguagem falada para comunicar, também não conseguem compensar essa falta com sistemas alternativos de comunicação. Contudo, quando necessitam de satisfazer uma necessidade material, são capazes de comunicarem.

Apesar de virem a conseguir atingir a linguagem falada, esta terá sempre sinais “negativos” como alterações de timbre, ênfase, velocidade, ritmo e entoação; não mostram iniciativa para iniciar ou manter um diálogo; normalmente quando querem dizer “eu”, dizem “tu”; não mostram qualquer tipo de expressão emocional; mantêm uma linguagem formal; não são imaginativos nem criativos; e poucas vezes usam frases declarativas.

Com esta “deficiência” na linguagem, estas crianças não conseguem interagir socialmente como as crianças ditas “normais”.

Este tipo de crianças, para além de não conseguirem estabelecer relações sociais, não sente necessidade de responder a estímulos/conversas nem mesmo a necessidade de se sentirem motivadas para contactar com as pessoas. Estes aspectos são visíveis facilmente, como por exemplo, através da

*“apreciação inadequada de sinais socioemocionais, falta de resposta às atitudes afectivas das outras pessoas, falta de maleabilidade de comportamento de acordo com*

*o contexto social, fraca utilização dos sinais sociais, assim como fraca integração dos comportamentos sócioafectivos e ausência de reciprocidade afectiva” (Rutter, 1987)*

Lorna Wing (1982) decreve dois tipos de crianças autistas: as que são muito calmas e que praticamente não chamam a atenção e aquelas que choram sem se cansar. Ambas desde cedo mostram que não têm interesse em relações sociais. Quando ainda bebês, essas crianças não mostram expressões facial, gestual, corporal e visual. Não se mostram importados com o descobrir do que os rodeia nem pedem atenção dos pais quando necessitam de consolo ou afecto. Normalmente aos 5 meses as crianças já conseguem reconhecer visualmente as figuras parentais, contudo isso já não acontece com estas crianças. Mesmo assim, ao longo do seu crescimento/desenvolvimento é possível que o défice social venha a diminuir, e a pouco e pouco vão-se tornando pessoas mais sociáveis.

## **7. AVALIAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO**

Em qualquer tipo de diagnóstico de uma criança/jovem com necessidade educativa especial, é de extrema importância a realização de uma avaliação pormenorizada para facilitar uma posterior intervenção.

*“A avaliação das NEE das crianças e jovens que frequentam as estruturas regulares de ensino é um processo de grande complexidade que envolve diferentes dimensões, não se devendo centrar exclusivamente nos problemas dos alunos, como também em todos os factores que lhe são extrínsecos e que podem constituir a causa primeira das suas dificuldades.” (Avaliação e Intervenção na Área das NEE – Ministério da Educação)*

A avaliação passa por várias etapas. Inicialmente, começar-se-á por uma avaliação pormenorizada da criança, em relação ao seu nível de desenvolvimento funcional, ao seu padrão de dificuldades, às limitações e à relação que mantém com os outros nos diferentes contextos e ambientes dos mesmos. Como se torna evidente, o estudo do comportamento é de uma crucial importância para a intervenção, uma vez que permite ter uma ideia de como os factores ambientais afectam o comportamento da criança.

Na opinião de Marques (2000), a planificação das actividades a propor a crianças com autismo é demasiado difícil devido às características destas crianças.

Desta forma, é necessária uma avaliação individualizada das necessidades da criança, tendo em conta as competências adquiridas e a adquirir, as competências específicas de cada criança, com apenas um intuito: a melhor planificação de actividades e aprendizagens. Habitualmente, esta aprendizagem e o desempenho das crianças com Autismo incidem, usualmente, na área da Comunicação, na resposta social, no processamento da informação e no desenvolvimento das competências cognitivas.

Considera-se então que “o padrão destas características resulta normalmente num perfil individual que exige considerações avaliativas muito especiais e influencia de forma comprometedora todo o processo de aprendizagem”. (Marques, 2000, p: 50)

Para efeitos avaliativos, o PEP (*Perfil Psicoeducacional*) é o teste mais utilizado em crianças com autismo. Este teste é um inventário de comportamentos e competências designados para identificar diferentes modelos de aprendizagem.

## **8. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO**

Para que se possa realizar uma intervenção, tem que se ter em conta os seguintes objectivos:

*“1. Promover um desenvolvimento normal*

- a) Cognitivo*
- b) Linguagem*
- c) Social*

*2. Promover aprendizagem*

*3. Reduzir a rigidez e a estereotipia*

*4. Eliminar comportamentos desadaptativos inespecíficos*

*5. Aliviar o sofrimento familiar*

*6. Educar e conscientizar a comunidade para a aceitação do indivíduo.”*

*(Gauderer 1997:97)*

Após se estabelecer o objectivo prioritário, que é a promoção do desenvolvimento normal, tem que se decidir o modo como se deve fazê-lo. Para que tal aconteça é importante ter em conta toda a informação sobre o processo de desenvolvimento normal e sobre os factores que optimizam o desenvolvimento. Ou seja, terão que se encontrar os aspectos autistas para que se possa elaborar medidas para os “reduzir/ atenuar”.

As estratégias têm que ser estabelecidas tendo em conta as necessidades de cada criança. Normalmente, uma criança autista tende a não socializar, por este

motivo é extremamente necessário, que se promovam situações em que a criança tenha obrigatoriamente que comunicar, mesmo que estas situações ocorram em brincadeiras, o importante é que aconteçam sem interrupções. Do mesmo modo, é importante estimular a criança a usar gestos, expressões faciais, corporais, uma vez que esta tende a não o fazer. A linguagem nestas crianças tem que ser trabalhada, principalmente aquelas que não conseguem progredir na fala, e pode-se introduzir a fala através de gestos.

É necessária a criação de uma interacção pessoal agradável, interactiva e confortável, para que a criança não se sinta pressionada nas actividades que lhe vão propondo.

Os comportamentos estereotipados nas crianças autistas podem ser reduzidos pela introdução de actividades ou comportamentos incompatíveis com as estereotipias e passíveis de competir com eles.

O uso de medicações para controlo de comportamentos específicos também pode ser usados, uma vez que reduzem a agitação, tensão e hiperactividade. Contudo, este uso tem que ser controlado pois pode causar efeitos adversos sobre a aprendizagem.

O papel dos pais, educadores e de todos aqueles que se encontram inseridos no mundo da criança é de extrema importância, pois estes devem aprender habilidades efectivas para a solução de problemas e participar como “co-terapeutas”.

## **9. PROBLEMÁTICAS ASSOCIADAS AO ESPECTRO DO AUTISMO**

O conjunto das características que diferenciam o autismo de outras patologias, bem como os seus limites, permitem determinar a identidade de uma perturbação. Portanto, com base no DSM-IV e em alguns autores, o diagnóstico diferencial da perturbação do espectro do autismo deve estabelecer-se, com as perturbações pervasivas do desenvolvimento, nomeadamente a Esquizofrenia Infantil, a Síndrome de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Infância, o Mutismo Selectivo, a Perturbação da Linguagem Expressiva, a Perturbação Mista da

Expressão e Recepção da Linguagem e o Atraso Mental e a Síndrome de Asperger, na qual este trabalho se baseará. De seguida faremos uma breve síntese de algumas das patologias referidas.

Segundo o DSM-IV, a esquizofrenia Infantil é definida como um distúrbio mental com tendência a ser crónico, o qual se manifesta desde a juventude e que normalmente leva à deterioração do funcionamento psíquico. Esta patologia, na ausência de uma doença cerebral demonstrável ou de atraso mental, manifesta-se por alterações do pensamento e afectividade e comportamento. A Esquizofrenia é um distúrbio do psiquismo e da personalidade que se manifesta com a consciência lúcida, no entanto, ela caracteriza-se por inúmeras alterações nas experiências psíquicas, nos padrões de pensamento e no humor. Ao contrário do Espectro do Autismo, esta patologia pode apresentar períodos de normalidade.

A Síndrome de Rett é uma patologia que afecta apenas o sexo feminino, e é esta característica que a distingue do Espectro do Autismo. A criança vai perdendo gradualmente as capacidades adquiridas, e isto acontece habitualmente perto dos 2 anos de idade. Em comum com a linguagem, esta patologia tem a perda da linguagem. Mas tem sinais característicos que não estão presentes no autismo, como o abrandamento do crescimento do perímetro craniano, a perda de habilidades motoras manuais anteriormente adquiridas e dificuldades na coordenação óculo manual. (Marques, 2000)

Crianças portadoras da perturbação desintegrativa da infância têm um desenvolvimento precoce normal, sendo este acompanhado de uma desintegração que não está explicitada, e que ocorre durante os primeiros cinco anos de vida. Nesta desintegração, ocorre a perda da linguagem, da necessidade e prazer de estabelecer contacto social, visual, bem como a perda de outras formas de comunicação não verbal. (Idem)

Na actualidade, Meyers (1999: 204) diz que o

*“Mutismo selectivo se refere a uma forma de comportamento relativamente raro, na qual crianças que apresentam desenvolvimento da linguagem apropriado para a idade elegem permanecer em silêncio, falando unicamente com pessoas que ela selecciona. O pequeno círculo íntimo com quem o mutista selectivo fala é frequentemente formado por membros familiares, parentes e amigos íntimos. Esta recusa selectiva para falar independente da formação intelectual ou status neurótico.”*

Outra das patologias é a Síndrome de Asperger, a qual será apresentada no próximo capítulo.

## **CAPÍTULO II – A SÍNDROME DE ASPERGER**

### **1. CONCEITO DA SÍNDROME DE ASPERGER**

A Síndrome de Asperger é uma condição ainda pouco conhecida e de difícil diagnóstico, devido à dificuldade na padronização ou definição. Até aos dias de hoje tem-se tentado compreender melhor os sintomas que compõem a Síndrome de Asperger, contudo ainda continua a ser um desafio. O aumento de casos diagnosticados faz com que se pesquise mais sobre o assunto. Actualmente, é considerada uma síndrome que apresenta um conjunto de sintomas que poderá ter mais de uma origem. A Síndrome de Asperger, assim como outros quadros autísticos, tem sido definida como um transtorno evolutivo raro, caracterizado por um severo deficit no contacto social, que surge desde a infância, persistindo até à idade adulta.

A

*“chamada síndrome de Asperger, é uma síndrome do espectro autista, diferenciando-se do autismo clássico por não comportar nenhum atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou da linguagem do indivíduo. A validade do diagnóstico da Síndrome de Asperger continua incerta, estando actualmente em discussão a sua manutenção ou retirada do "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders".<sup>1</sup>*

A Síndrome de Asperger é considerada uma desordem do espectro do autismo. Esta prejudica a forma como uma pessoa comunica e se relaciona com os outros. Os primeiros estudos relacionados com a problemática, datam de 1940, efectuados por Hans Asperger, mas esta foi oficialmente reconhecida no ano de 1994 no "Manual de Diagnóstico e Estatística de Desordens Mentais".

Esta representa uma desordem do desenvolvimento neurológico sem fundamentação e de origem desconhecida, apresentando desvios e anomalias no relacionamento social, no uso da linguagem para a comunicação, e algumas das características de comportamento.

---

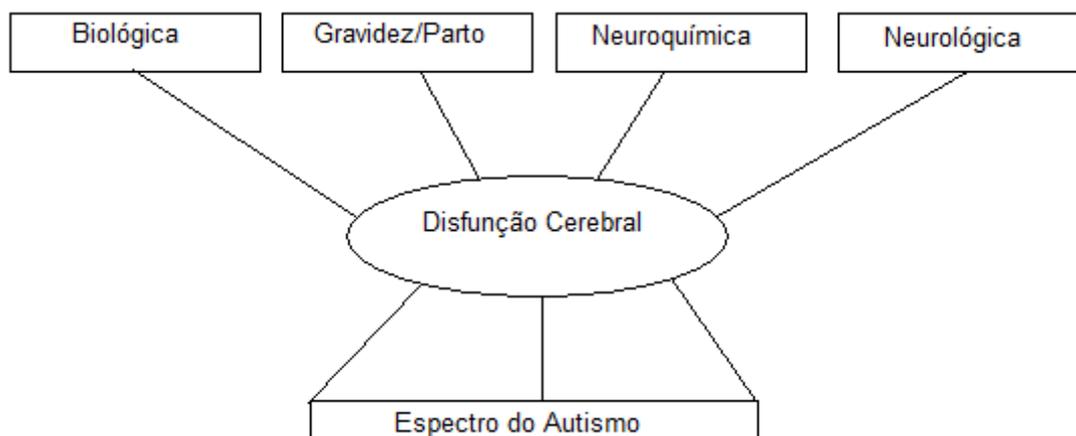
<sup>1</sup> [http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_de\\_Aasperger](http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Aasperger)

As crianças com síndrome de Asperger, denotam um prejuízo no comportamento não verbal, uma falta de interesse espontâneo, bem como o não dividir de experiências com os outros, e ainda, falta de reciprocidade emocional ou social. Apresentam padrões restritos e estereotipados de comportamento, aos quais dão grande importância. São inflexíveis a rotinas e rituais não funcionais específicos. Existem maneirismos estereotipados ou repetitivos, bem como preocupações com partes de objectos.

## 2. ETIOLOGIA

A etiologia da Síndrome de Asperger não foi ainda completamente estabelecida. Através de variadas pesquisas realizadas, nota-se evidente que a sua causa não é única. Há fortes evidências que sugerem que esta síndrome é causada por factores orgânicos diversos, os quais afectam o desenvolvimento de algumas áreas do cérebro. Desta forma, desconhecem-se as causas da Síndrome de Asperger, é pouco provável que seja apenas uma causa,

*“mas sim um conjunto de factores de desencadeamento, sendo que qualquer um deles, registado num determinado momento e numa dada sequência de circunstâncias, pode dar origem à Síndrome de Asperger”.* (Cumine, Leach, Stevenson, 2006: 11)



**Fig. 1** – Factores que podem desencadear perturbações no Espectro do Autismo (Cumine, Leach, Stevenson, 2006: 11)

Inicialmente, Hans Asperger julgava que esta condição era provavelmente transmitida por via genética, descrevendo-a como uma "limitação da personalidade herdada". Apesar da teoria actual dizer que não é herdada directamente, as investigações que até hoje se vão realizando, consideram a possibilidade de alguma carga genética.

Como é uma Síndrome descrita como uma disfunção cerebral, os investigadores tentam compreender qual ou quais as áreas do cérebro em que a dita disfunção ocorre.

### **3. DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE ASPERGER**

Cristopher Gilberg (1991) propõe seis critérios para um possível diagnóstico:

No primeiro critério, está englobado o isolamento social, com extremo egocentrismo, podendo este incluir falta de habilidade para interagir com os seus pares, falta de desejo de interagir, pouco interesse pela socialização e por dar respostas socialmente impróprias.

O segundo critério engloba interesses e preocupações limitadas, ou seja mais rotinas que memorizações, relativa exclusividade de interesses e aderência repetitiva.

O terceiro diz que os rituais e as rotinas podem ser auto-impostos ou impostos por outros.

No quarto refere que as peculiaridades da fala e da linguagem podem ser referentes a um possível atraso inicial de desenvolvimento, não detectado consistentemente. A linguagem expressiva é superficialmente perfeita. Prosódia impar com características peculiares de voz. A compreensão é diferente e inclui interpretações erradas de significados literais ou implícitos.

Os problemas na comunicação não verbal, estão no quinto critério, como uso limitado de gestos, linguagem corporal desajeitada, expressões faciais limitadas ou impróprias, olhar fixo peculiar e dificuldade de ajuste à proximidade física.

Por fim, o sexto refere-se ao desajustamento motor, que pode não fazer parte de todos os casos.

A Síndrome de Asperger interessa-se por áreas intelectuais específicas; ou seja, as crianças podem mesmo saber tudo sobre uma determinada área que lhes interesse. Como já foi referido estas têm uma deficiente socialização, embora pais e "professores" os conotem como estando no seu próprio mundo, e preocupados com os seus interesses, estas crianças raramente são assim distantes como é característica do autismo. Geralmente são crianças frustradas e desapontadas com as suas próprias dificuldades sociais, uma vez que o seu problema não é a falta de interacção, mas sim a falta de afectividade nas interacções. Algumas crianças têm dificuldades com o humor e como tal tendem a não pegar em jogos ou brincadeiras relacionados com trocadilhos e jogos de palavras.

Podem-se esquematizar as diferentes etapas no diagnóstico, isto segundo autores como Borreguero (2004), Filipe (2005) e Antunes (2005)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Entrevista de diagnóstico:</u></li> </ul>	
Objectivos:	- Reconstituição da evolução do desenvolvimento da criança.
	- Valorização do desenvolvimento da criança nas áreas de interacção social, da linguagem e da comunicação, jogo simbólico e padrões de comportamento numa perspectiva evolucionista.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Avaliação Psicológica:</u></li> </ul>	
Objectivos:	- Obter uma quantificação a nível da capacidade intelectual.
	- Obter uma quantificação a nível das habilidades da linguagem expressiva e receptiva.
	- Obter informação sobre as capacidades pragmáticas da comunicação.
	- Obter informação sobre o jogo simbólico
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Observação estruturada da conduta da criança na clínica</u></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Provas adicionais (úteis, mas não essenciais para o diagnóstico):</u></li> </ul>	
	- Testes da Teoria da Mente
	- Testes da Função Executiva
	- Testes de Competência Motora

**Fig.2** - Etapas a seguir para diagnosticar Síndrome de Asperger (Borreguero, 2004)

Lorna Wing (1981), enumerou os seguintes critérios para a Síndrome de Asperger

*“- limitação da interacção social bidireccional e inaptidão social generalizada;  
-linguagem peculiar e pedante, de conteúdo estereotipado, mas sem atrasos;  
-capacidades limitadas de comunicação não verbal – poucas expressões faciais ou gestos;  
- resistência às mudanças e gosto por actividades repetitivas;  
- interesses especiais circunscritos e boa capacidade de memorização;  
- fraca coordenação motora, com aspecto e porte peculiares e alguns movimentos estereotipados.”  
(cit in. Compreender a Síndrome de Asperger, 2006: 10)*

## **4. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

Hans Asperger e Lorna Wing nunca chegaram a estabelecer os critérios de avaliação e ainda hoje não se conseguiu chegar a um consenso acerca deles. Os clínicos utilizam quatro conjuntos de instrumentos, dois deles desenvolvidos por clínicos e outros dois por organizações. Os critérios mais rigorosos são os critérios dados pela Organização Mundial de Saúde, na sua décima edição da Classificação Internacional de Doenças, e pela Associação Americana de Psiquiatria, na sua quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais.

A avaliação qualitativa é fundamental na identificação da Síndrome de Asperger e na pormenorização nas necessidades educativas especiais inerentes. Esta avaliação irá determinar o funcionamento e examinará a relação entre as seguintes áreas: interacção social, comunicação social, imaginação social, pensamento e jogos flexíveis, capacidade cognitiva, capacidades de desenvolvimento em áreas como o controlo da atenção, os níveis de linguagem, motricidade fina e global, e capacidade de autonomia.

*“A avaliação deverá incluir um historial de desenvolvimento exaustivo; informações clínicas de contexto; informação de qualquer intervenção terapêutica efectuada; historial educativo e percepção actual das regras sociais.  
A mesma avaliação deverá incluir informações e observações realizadas nos diferentes contextos nos quais a criança vive: casa e família, ambiente escolar, creche, infantário ou pré-escolar e em ambientes especializados como Centro de Desenvolvimento Infantil.”*

*(Cumine, Leach, Stevenson. 2006: 26, 27)*

Como tem sido referido neste trabalho, as áreas que se denotam mais “fracas” nestas crianças passam principalmente pela área da linguagem e conseqüentemente na comunicação.

Desta forma, é importante salientar o papel da comunicação e quais os modos de estimulação da mesma. De seguida irei abordar a problemática da comunicação em crianças com Síndrome de Asperger.

## **5. SÍNDROME DE ASPERGER EM CRIANÇAS MAIS JOVENS**

Ao longo dos tempos e através de várias investigações, conseguiu-se saber muito acerca da Síndrome de Asperger em crianças em idade escolar e em adultos, contudo são poucas as informações que se obtiveram sobre a forma de caracterizar a Síndrome de Asperger e caracterizar o Espectro do Autismo em crianças muito jovens de modo a poder compreender qual patologia é que está presente. Há um número de indivíduos que correspondem aos critérios de diagnóstico do autismo, mas ao longo do seu crescimento, o quadro de Síndrome de Asperger surge cada vez mais evidente. A linguagem pode até estar atrasada, mas a criança poderá não passar por uma fase de “ecolalia imediata”. O contacto ocular que a criança estabelece é pobre, mas pode ser vista como uma criança séria e independente.

Habitualmente as crianças com Síndrome de Asperger registam tópicos de interesse restritos, contudo esse facto pode não ser muito importante aos olhos de quem os rodeia, por acharem que a criança é inteligente. Outro dos aspectos que muitas vezes passa despercebido é o facto de a criança ter uma capacidade de raciocínio invulgar, que pode ser vista como uma forma criativa, em vez de ser assumido como uma dificuldade a nível da compreensão social.

Muitos médicos, não tendo conhecimento desta patologia, simplesmente diagnosticavam e tratavam as crianças como sofrendo de uma perturbação de ordem emocional.

## **6. CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME DE ASPERGER**

Para os autores Val Cumine, Julia Leach e Gill Stevenson (2006), os aspectos mais característicos de uma criança com Síndrome de Asperger passam pela interação social, pela comunicação em contextos sociais, pela imaginação social e flexibilidade de pensamento e pela fraca coordenação motora.

Em relação ao primeiro aspecto, na interação social, a criança com SA pode ter comportamentos inadequados e socialmente não aceitáveis; não compreende as “deixas” sociais dadas por terceiros; pode isolar-se socialmente embora não se preocupe com essa situação e fica tensa perante as exigências de outros.

A comunicação em contextos sociais é uma das áreas onde a criança com SA apresenta mais dificuldades, uma vez que poderá apresentar uma linguagem que primeiramente se apresenta como perfeita, mas tem tendência para ser formal e pedante; o modo como a criança interpreta as diferentes entoações de terceiros, leva-a a usar uma voz monocórdica e sem expressão, o que pode originar situações complicadas; a criança pode apresentar dificuldades em interpretar a comunicação não-verbal, ou seja, o uso de gestos, expressões faciais e linguagem corporal e interpretar literalmente aquilo que lhes é dito.

Normalmente as crianças com SA têm uma área de interesse especial, que aos olhos dos seus colegas pode ser muito estranho e para além disso costumam insistir no seguimento de certas rotinas. Para além destes aspectos, a sua capacidade para brincar e pensar com criatividade é limitada e poderá apresentar dificuldades de transferência aquando da mudança de ambientes.

Os mesmos autores referidos anteriormente, referem que a nível da fraca coordenação motora:

*“A criança com síndrome de Asperger:  
-pode ter movimentos bruscos e desastrados;  
-tem frequentemente problemas de organização – não consegue orientar-se nem reunir o material de que precisa;  
-tem dificuldade em escrever e desenhar ordenadamente e, muitas vezes, não termina as tarefas.” (Cumine, Leach, Stevenson, 2006:14)*

## **7. SOCIALIZAÇÃO DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE ASPERGER**

Como foi referido anteriormente em relação às características da comunicação, poderei afirmar que a socialização de uma criança com SA se encontra comprometida.

Sendo a socialização um processo onde se aprende e adquire as características e hábitos de um grupo social, o qual leva uma pessoa a se sentir membro funcional de uma comunidade, é necessária a comunicação para que a socialização aconteça. O processo de socialização é um processo que acontece ao longo da vida, isto é, é contínuo, nunca se pode dar como terminado.

Normalmente a criança com Asperger pouco utiliza gestos, a sua postural corporal não é a mais correcta, não consegue manter o contacto ocular na interacção cara a cara e a distância entre ela e um terceiro não é a mais indicada em situações de socialização. São crianças que não conseguem manter amizades e que preferem brincar sozinhas, não partilhando as actividades quer seja com crianças, quer seja com adultos. Não são capazes de compreender quando alguém necessita de conforto, da mesma forma que não procuram ninguém quando precisam dele.

Estas características próprias, fazem com que de certa forma, as pessoas que se encontram nos meios envolventes das crianças com Asperger não se aproximem tanto dela, e que não tentam muita socialização, e acabam por ser rotuladas como uma criança “diferente”.

## **8. COMUNICAÇÃO DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE ASPERGER**

Para que haja socialização, é necessária uma boa comunicação. A falta ou “defeituosa” comunicação é um dos aspectos que caracterizam que portadores de Síndrome de Asperger.

A criança com Síndrome de Asperger:

*“- pode ter uma linguagem aparentemente perfeita, mas com tendência para ser formal e pedante. “Como está? Chamo-me João” pode ser uma saudação típica de um adolescente com Síndrome de Asperger – mas é precisamente isso que o distancia dos seus colegas, expondo-o ao ridículo.*

*- tem frequentemente uma voz sem expressão (monocórdica). Também pode ter dificuldade em interpretar as diferentes entoações de terceiros. Quase toda a gente sabe dizer se uma pessoa está zangada. Aborrecida ou radiante apenas pela entoação (ou inflexão da voz). Muitas vezes a criança com Síndrome de Asperger não consegue ter este tipo de discernimento, o que pode originar algumas situações complicadas. (...) (...) – também pode ter dificuldade em utilizar e interpretar comunicação não verbal como, por exemplo, linguagem corporal, gestos e expressões faciais.*

*- pode compreender os outros de forma muito literal.”*

*(Cumine, Leach, Stevenson, 2006:14)*

Habitualmente, as crianças com Asperger não gostam de esperar pela sua vez para falar, são “desordeiras” no modo de participação, mudam de assunto e não acompanham o interlocutor, não compreendem os sinais “faciais, corporais” que lhes mostram, não compreendem os significados implícitos, as frases que dizem normalmente não seguem as regras entre outras características.

Estes aspectos complicam em muito a comunicação destas crianças, tornando assim as suas vidas num pequeno “desastre social”.

## **9. METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO**

Feuerter (1989) refere que: "Não devemos permitir que uma só criança fique na sua situação actual sem desenvolvê-la até onde seu funcionamento nos permite descobrir que é capaz de chegar. Os cromossomas não têm a última palavra".

Para a intervenção da Síndrome de Asperger, têm sido propostas variadas estratégias de intervenção. A maioria dos autores defende uma abordagem psicoeducacional, ou seja, uma intervenção educativa individualizada, iniciada o mais precocemente possível e encarada numa perspectiva evolutiva (isto é, adaptada às diversas fases do desenvolvimento da criança), o que exige, por um lado, uma avaliação desenvolvimental adequada e, por outro lado, um trabalho centrado não apenas na criança mas nos seus diversos contextos de vida, nomeadamente o contexto escolar e familiar. Os comportamentos das crianças devem ser verificados nos vários contextos, uma vez que pode acontecer da criança não reagir da mesma forma a uma situação em contextos distintos. A interacção entre professores e pais

pode revelar informações valiosas sobre as verdadeiras capacidades e dificuldades que as crianças apresentam. Desta forma se poderá delinear um programa de intervenção adequado ao caso.

Para colocar em prática esse plano, terá que se ter em conta outros aspectos importantes, como por exemplo, o modo de estimulação da criança, para que esta realize o que lhe é pedido com gosto e vontade de repetir. Caso contrário, a criança achará cansativo e não mostrará interesse e não se empenhará.

*“A necessidade de intervir nesta população, numa dimensão que para a generalidade das crianças é adquirida de forma praticamente espontânea ou inata, mas que nestas crianças tem de se construir, passo a passo, através de um processo de estimulação, primeiro individualmente e posteriormente em grupo, as competências básicas e, depois, as mais subtis, ou seja, as da comunicação e das relações interpessoais. Sem esquecer nunca que a criança com Síndrome de Asperger, tal como qualquer outra criança, necessita de estimulação para se desenvolver nas diversas áreas e da forma mais harmoniosa possível”.*<sup>2</sup>

Várias áreas poderão intervir neste plano, como a psicoterapia, a psicomotricidade, técnicas de relaxamento entre outras. Uma área complementam as outras, tornando assim um ciclo de recolha de informação com o objectivo de melhorar o desenvolvimento da criança.

As crianças portadoras da Síndrome de Asperger, e como já foi referido anteriormente, têm dificuldades na socialização. Assim sendo, torna-se pertinente salientar que esta área de desenvolvimento é muito importante de ser estimulada. A comunicação, assim como a socialização são um ponto a ser tratados na parte prática deste trabalho, através de grelhas de avaliação de comportamentos. Fazer uma análise das componentes que participam nesse todo, que é a capacidade comunicativa do ser humano, que parece inata a todos, menos a estes meninos. Consequentemente, os domínios da comunicação e da socialização, têm de ser uma prioridade seja qual for o programa psicoeducacional individual delineado para a criança.

---

<sup>2</sup> [http://www.infoasperger.es/estudios/Estudio\\_SA\\_Daniela\\_Baudrier.html](http://www.infoasperger.es/estudios/Estudio_SA_Daniela_Baudrier.html)

## **CAPÍTULO III – COMPETÊNCIA COMUNICATIVA**

### **1. COMPETÊNCIA COMUNICATIVA E SÍNDROME DE ASPERGER**

Como foi referido no capítulo anterior, a criança com SA apresenta grandes dificuldades no acto da comunicação.

À capacidade que uma pessoa tem de usar a língua de forma adequada às situações que encara, dá-se o nome de competência comunicativa. Essa pessoa terá que dominar conhecimentos extra-linguísticos e contextuais, isto é, ele terá que comunicar adequadamente tendo em conta as diversas situações comunicativas. Esta mesma competência diz respeito à capacidade de quem fala ou escreve, de seleccionar as formas linguísticas adequadas a cada situação, quando deverá falar, sobre o que deverá falar, com quem, onde e de que modo.

As competências comunicativas nas crianças com Síndrome de Asperger revestem-se de uma importância particular. As áreas da fonologia e da sintaxe são adquiridas dentro dos padrões idênticos aos das outras crianças, contudo na área da pragmática, ou seja, no uso da linguagem em contexto social, da semântica e da prosódia que vão revelar a necessidade da criança “aprender a arte de falar” (Attwood, 1998). Aspectos como o conhecimento funcional e sociolinguístico estão em défice na criança com Asperger, e são esses os aspectos que mais se relacionam com a intervenção na competência comunicativa.

Gillberg & Gillberg (1989) apresentam critérios de diagnóstico, como um discurso invulgar; relativamente aos critérios de linguagem terão que estar presentes pelo menos três dos seguintes: linguagem superficialmente expressiva e perfeita; discurso formal e pomposo; alterações de prosódia e características vocais peculiares; alterações na compreensão (inclusivamente interpretações literais erradas).

Normalmente as crianças com SA têm boas capacidades a nível linguístico, com um bom vocabulário e onde se nota o domínio de estrutura gramatical. Contudo,

estas capacidades podem ser apenas superficiais de modo a conseguirem disfarçar a dificuldade de comunicação que realmente sente.

## **2. CONCEITO E OBJECTIVOS DA COMUNICAÇÃO**

Apesar de muitas definições de “comunicação” serem dadas, em todas elas surge algo essencial, algo que a caracteriza, ou seja, a sua complexidade.

Vários autores fornecem-nos definições do termo “comunicação”:

*"A comunicação é um complexo de interações em vários níveis (do interpessoal ao social que viabiliza a expressão em vários processos e níveis de troca simbólica de sistemas significativos, de veiculação ideológica dentro do universo cultural" (MORÁN, 1987:50).*

*"Comunicar é comunicar-se em torno do significado significante. Desta forma, não há sujeitos passivos" (FREIRE, 1977:29)*

*"Comunicação não é só transmissão de mensagem, mas relacionamentos entre interlocutores mediatizados pelas tecnologias de inteligência, da informação e da comunicação, num contexto dinâmico que provoca a cada momento redes de conexões transformando a mensagem e construindo novas mensagens" (LEVY, 1994)*

A comunicação humana é um processo constante, complexo e activo que se distingue da comunicação animal por seu conteúdo simbólico, isto é, as pessoas são capazes de compreender, interpretar, elaborar e modificar signos e símbolos. É impossível não comunicar, a comunicação encontra-se em qualquer lado e dá-se constantemente. Mesmo calados, a olhar para determinada coisa, situação, pessoa, etc., estamos a emitir uma mensagem. Para que aconteça a comunicação é necessária a existência de um emissor, que é quem elabora e põe em circulação a mensagem; um receptor, que recebe e interpreta; a mensagem, ou seja, a informação; o meio, suporte físico através do qual se transmite a mensagem; o código, sistema de referência em função do qual se elabora e interpreta a mensagem e o contexto, que é a situação social, histórica, geográfica e psicológica do acto de comunicação em questão.

O facto de haver comunicação é porque há necessidade de tal, ou seja, faz-se comunicação com algum intuito, com objectivos. Entre esses objectivos encontra-se a necessidade de chamar a atenção para si, pedir ou rejeitar algo, expressar emoções,

controlar os comportamentos do outro, aprender coisas do meio, cumprimentar, informar entre outros.

Nós somos os seres activos que colocamos a comunicação em processamento, e da mesma forma fazemos movimentar o mundo.

### **3. COMUNICAÇÃO VERBAL E COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL (ORAL E NÃO ORAL)**

A comunicação pode ser dividida em quatro sub-grupos: a comunicação verbal e a comunicação não verbal, e a comunicação oral e a comunicação não-oral. No seguinte quadro podemos compreender a diferença entre estes quatro tipos de comunicação.

<b>COMUNICAÇÃO</b>		
	<b>VERBAL</b>	<b>NÃO-VERBAL</b>
<b>ORAL</b>	Fala (produção de sons)	Sons vocais (choro, riso...)
<b>NÃO-ORAL</b>	Escrita	Expressões faciais e corporais Mímica Silêncio

Fig. 3 – Formas de Comunicação

A comunicação verbal oral é, dentro de todos os tipos de comunicação, a mais usual e comum. A comunicação acontece aquando da emissão de palavras e sons que usamos para nos comunicar, como por exemplo, dar instruções, fazer entrevistas ou dar informações etc. A comunicação verbal não oral refere-se ao registo de observações, como pensamentos, interrogações, informações e sentimentos.

Por muitos avanços tecnológicos que vão acontecendo, a palavra ainda é considerada um dos meios de comunicação mais eficazes. Se a palavra for usada no

sítio certo e à hora certa, com certeza que será uma condição para o sucesso, por esse mesmo motivo, devemos apreciar a palavra, devemos encará-la como uma arte.

Para além da importância da comunicação, é da mesma forma importante a forma como se dizem as coisas. Estes dois aspectos jamais se deveriam dissociar.

*“(...)comunicação verbal é toda a comunicação que utiliza palavras ou signos. Através da comunicação verbal, simbólica e abstracta, que se faz por palavras, palavras estas, faladas ou escritas, o homem compreende e domina o mundo que o rodeia e entende, assim, os outros. A linguagem verbal possibilita a memorização de mensagens, vencendo assim as barreiras do tempo. Os sinais escritos substituem os signos vocais expressos nas palavras, a escrita é a representação dos sons articulados na fala, em forma de sinais gráficos, uma transformação da língua natural num código.”<sup>3</sup>*

A comunicação não-verbal é aquela que não necessita de sinais verbais, que não é feita com a fala ou com a escrita. Pode ser feita através de símbolos gráficos, como sinalizações, logótipos, ícones etc. Estes símbolos gráficos são constituídos de formas, cores e tipografia.

Através da combinação destes elementos gráficos é possível exprimir ideias e conceitos numa linguagem figurativa ou abstracta, o grau de conhecimento de cada pessoa é que determina qual a sua capacidade de interpretação entre a linguagem não verbal para uma linguagem verbalizada, falamos do uso dos símbolos (linguagem não verbal) e seus significados (linguagem verbal). As cores mais utilizadas neste processo são àquelas de maior contraste cromático, tais como: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, branco e preto, tanto isoladamente com combinadas entre si. Um exemplo, é o uso dos símbolos pictográficos de comunicação para aqueles que não conseguem comunicar verbalmente.

## **4. COMUNICAÇÃO E SÍNDROME DE ASPERGER**

Na Síndrome de Asperger é possível encontrar casos extremos de elevado desenvolvimento linguístico, onde a gramática e pronúncia são excelentes, inclusivamente em línguas estrangeiras (Jordan & Powell, 1995). Isto é observado

---

<sup>3</sup> <http://www.apagina.pt/arquivo/Artigo.asp?ID=4638>

em indivíduos com SA, especialmente dotadas intelectualmente e detentoras de uma atitude criativa especial para com a linguagem. Asperger afirma que “elas são capazes de expressar a sua própria experiência original numa forma linguística original” (Asperger, 1994). O discurso que estas pessoas têm é normalmente invulgar na escolha das palavras e expressões novas que deixam transparecer uma perspicácia peculiar.

Para Frith

*“talvez a principal característica das crianças para quem propomos a designação de Síndrome de Asperger seja a tendência para falar fluentemente pela altura dos 5 anos, mesmo que o desenvolvimento da sua linguagem seja lento no princípio, e mesmo que a sua linguagem seja notoriamente estranha no seu uso na comunicação” (1994: 3)*

Ao abordar a Síndrome de Asperger, vê-se que a questão do desempenho escolar e as relações pessoais da criança, estão relacionadas com as suas capacidades de comunicação, e as crianças muitas vezes não se comunicam, e se o fazem, exercem a comunicação de forma diferenciada de seus pares sociais.

A criança com SA interpreta literalmente as figuras de linguagem mostrando-se confusa com expressões de duplo sentido, como por exemplo: “Não faças uma tempestade num copo de água”. Normalmente comunica com um tom de voz “estranho ou engraçado” aos olhos de quem não conhece esta síndrome, contudo, durante uma conversa a criança chega mesmo a mostrar desinteresse ao não colocar questões a respeito do tema da mesma, não por não estar atenta, mas sim porque a sua comunicação é muito fraca e esse interesse pode também transparecer graças à ausência do contacto ocular que faz durante a conversa. Este tipo de síndrome é caracterizado ainda pelos problemas que uma criança com SA apresenta aquando de um diálogo.

## **5. DIFICULDADES NA COMUNICAÇÃO**

*“Como ponto de partida, o Código das Necessidades Educativas Específicas (DfES, 2001) indica que “a maioria das crianças com necessidades educativas específicas apresenta forças e deficiências em uma, algumas ou todas as áreas da fala, linguagem e comunicação”. A variedade de dificuldades abrangerá crianças e jovens com:*

- atraso, deficiências ou transtornos na fala e na linguagem;*
- dificuldades de aprendizagem específicas;*

- transtornos do espectro autista;
- deficiências sensoriais, por exemplo, deficiência auditiva;
- deficiências físicas”

*(Farrel. 2008:11)*

No caso das crianças com SA, a grande falha é o modo como elas se expressam. Habitualmente, quando as crianças são diagnosticadas com patologias que implicam uma intervenção na área da comunicação é porque podem apresentar dificuldade para compreender e fazer os outros compreenderem informações transmitidas.

Só existem dificuldades de comunicação quando a comunicação é prejudicada pela incapacidade que as crianças têm de falar ou de se expressar. Os factores que levam a estas dificuldades passam por danos neurológicos (como lesão cerebral), doenças neurológicas (como tumores cerebrais ou meningites), etc.

Os discursos tidos por este tipo de crianças normalmente tendem a reverter para as áreas de interesse delas, logo haverá uma dificuldade na troca de informação entre a criança e terceiros aquando de uma conversa.

O humor destas crianças é muito difícil de controlar, principalmente quando existem trocadilhos ou jogos de palavras implícitos nas conversas, mas que aos olhos de crianças com Asperger não são visíveis. Estes acontecimentos levam a que as restantes crianças se afastem dele, por achá-lo estranho e sem a capacidade de compreensão que supostamente deveria alcançar.

Habitualmente, estas crianças podem usar termos incorrectamente com padrões gramaticais inadequados às situações com que se deparam, podem ainda ter um vocabulário extenso mas mostra dificuldade em se expressar e transmitir aquilo que pretende. Podem escutar uma palavra e não serem capazes de compreender o seu significado assim como fazer com que os outros não compreendam o que eles intencionam, tornando assim fraca a sua capacidade comunicativa.

# **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

## **CAPÍTULO IV – METODOLOGIA**

Os métodos de investigação suportam as preocupações e as orientações de uma investigação, ou seja, tendo em conta o fenómeno que se pretende estudar, tem que se optar por um determinado método. Os dois tipos de métodos existentes são o método quantitativo e o qualitativo. O primeiro

*“(...) é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, esta abordagem reflecte um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível.” (Fortin 1996: 22)*

Em relação à metodologia de investigação qualitativa, há uma preocupação por parte do investigador em compreender absolutamente o fenómeno em estudo. Ele irá observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como ele se apresenta, sem procurar controlá-los. Segundo Fortin (1996:22)

*“o objectivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar. Esta forma de desenvolver o conhecimento demonstra a importância primordial da compreensão do investigador e dos participantes no processo de investigação.”*

No caso da investigação qualitativa, o trabalho prático poderá ainda ser apoiado pelo estudo da história de vida, pelo método de investigação-acção, pela observação participante ou pelo estudo de caso. O meu trabalho incidirá no que foi referido em último.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação. Esta, visa a compreensão, a exploração ou a descrição de acontecimentos e contextos nos quais se encontram abarcados vários factores. Para além destes aspectos, no estudo de caso o investigador terá que juntar os dados recolhidos, estudá-los e daí conseguir tirar ilações. Para Merriam (1988) “O estudo de caso consiste na observação detalhada de um contexto, ou de um indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento específico.”

Nos estudos de caso, o papel do investigador passa pelo estudo de campo, ou seja, há uma recolha de dados, de características do fenómeno em estudo. O

investigador não interfere em nada ao longo da sua investigação, ou pelo menos tenta não interferir. Para Ponte (2006)

*“É uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.”*

Ao longo deste estudo, tomei como “única ou especial” a Carolina (nome fictício), uma criança com 5 anos e 3 meses de idade que tem Síndrome de Asperger. Decidimos encontrar o que nela é mais típico dentro das características desta síndrome de modo a compreender o dito fenómeno de interesse.

Para que no estudo de caso se consigam recolher informações fidedignas, terão que se recorrer a diferentes técnicas, sendo elas as técnicas documentais e as técnicas não documentais. Relativa ao primeiro tipo de técnicas, temos a análise de documentos, enquanto nas técnicas não documentais, o investigador poderá recorrer a inquéritos por questionário, a testes e sondagens, a observações e a entrevistas. Seguidamente irei fazer referência às técnicas que por mim foram utilizadas.

Após determinar as informações que se pretendem recolher, é preciso escolher e de seguida elaborar qual a estratégia de recolha de informação que mais se adequa à situação. Para Luc Albarello (1997) “Os instrumentos metodológicos não podem ser escolhidos independentemente das referências teóricas da investigação. Com efeito, o método de recolha de dados deve ser adaptado ao tipo de dados a investigar.”

As entrevistas são um método muito restrito e, por outro lado, não homogéneo a utilizar.

Para Antoine Léon, a “entrevista é uma situação de interacção essencialmente verbal entre duas pessoas (ou mais) em contacto com um objectivo previamente determinado”. Para Robert (1984) (cit in KETELE J., ROEGIERS 1993), “a entrevista no decurso da qual um jornalista interroga uma pessoa sobre a sua vida, as suas opiniões, com a intenção de publicar um relato da conversa”.

Irei utilizar a entrevista para fins de investigação, ou seja, irei recolher dados de determinadas pessoas que se encontrem em volta da criança, que a conheçam e que interajam com ela nos diferentes contextos para que posteriormente, possa usar os dados recolhidos para uma análise.

Para a construção da entrevista foram tidos alguns cuidados. Como primeira fase, tentei encontrar, através de conversas não formais com a mãe da criança, quais eram as pessoas e técnicos que acompanhavam a Carolina e que de certa forma a ajudam no seu desenvolvimento e me poderiam ajudar a mim relativamente ao nosso estudo de caso. Após me terem sido indicadas, a educadora de infância, a terapeuta da fala, a psicóloga e a professora do ensino especial, com a autorização da mãe, entrei em contacto e pedi permissão para a realização de uma entrevista com elas. Desde logo aceitaram participar neste estudo e foram desta forma marcadas as entrevistas. Numa etapa posterior, elaborei um guião de entrevista (que se encontra em anexo) com a finalidade de se construir um quadro de referência dos assuntos que se pretendia abordar. As questões que constam neste guião são iguais para todos os entrevistados, de modo a se conseguir fazer um cruzamento de dados, com a finalidade de encontrar os pontos de concordância e de não concordância entre eles.

Nos capítulos posteriores serão caracterizados os vários contextos onde a criança se relaciona no seu dia-a-dia, de seguida serão determinadas as necessidades educativas especiais desta criança e por fim irei propor um programa educativo individual e facultar pistas de intervenção para actuar com a Carolina.

## **CAPÍTULO V – CARACTERIZAÇÃO DA REALIDADE PEDAGÓGICA**

### **1. CARACTERIZAÇÃO DO MEIO**

A caracterização da comunidade torna-se importante para compreendermos que um Jardim de Infância não se pode isolar da sua realidade. A comunidade pode permitir inúmeros factores de desenvolvimento, nomeadamente, desenvolver a capacidade de inserção da criança no seu meio, permitindo um conhecimento das suas atitudes, valores ou crenças.

A comunidade engloba, não só os locais físicos da localização geográfica do Jardim de Infância, mas também a sua família. A comunidade é tudo o que está perto da criança e que pode permitir o seu desenvolvimento.

O Jardim de Infância e a habitação da família da Carolina situam-se numa das freguesias do concelho de Paços de Ferreira, distrito do Porto. O concelho em questão faz fronteira com os concelhos de Paredes, Santo Tirso e Lousada. A freguesia é constituída por 1505 agregados familiares.

Nesta zona predomina o ramo do comércio e indústria de mobiliário. A nível de instituições de apoio à população, existem várias, as que facultam apoio à terceira idade, à juventude, à infância e a crianças e jovens com necessidades educativas, dando especial atenção à Associação Paços 2000, à Obra Social Dona Sílvia Cardoso e a Santa Casa da Misericórdia.

A cidade tem acessos rodoviários em óptimo estado, devendo-se à construção da auto-estrada A42 recentemente. Os serviços essenciais à disponibilidade dos seus cidadãos, desde o Centro de Saúde, Correios, Bancos, Transportes Públicos, Escolas Públicas (2 jardins de infância, 2 escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico, 1 Escola EB 2/3 e 1 Escola Secundária), Escolas Privadas, Tribunal, Bombeiros Voluntários,

Guarda Nacional Republicana, Polícia Municipal, Biblioteca Municipal, Piscina Municipal, Áreas de lazer (Parque da Cidade, Shopping Ferrara Plaza), Igreja, Museu, Colectividades Desportivas (Futebol Clube de Paços de Ferreira, Juventude Pacense, Grupo de Vicentinas de S. Vivente de Paulo, Coros de Igreja), Supermercados, Junta de Freguesia e Câmara Municipal.

A maior carência a nível municipal é sem dúvida a inexistência de um Hospital Público, uma vez que os seus habitantes têm que se deslocar a Penafiel em casos de maior urgência, para o Hospital Padre Américo.

O jardim-de-infância onde a Carolina está inserida encontra-se perto do centro da cidade, embora seja uma área um pouco deserta a nível de habitações e relativamente a serviços, fica próximo da Junta de Freguesia, da Câmara Municipal, da Polícia Municipal e do Parque da Cidade. Ao lado do Jardim de Infância, mas num edifício à parte, encontra-se uma das Escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico.<sup>4</sup>

## **2. CARACTERIZAÇÃO DO JARDIM DE INFÂNCIA**

Foi com o pedagogo Froebel e a sua filosofia tão característica que nasceu o primeiro Jardim de Infância, tendo desta forma, segundo Rizzo (1988; p. 26), surgido “(...) a concepção de educar crianças, de idade inferior a sete anos, em ambientes especialmente criados para tal.” Assim sendo, os Jardins de Infância surgiram com o objectivo de estimular o desenvolvimento das crianças. Segundo Vasconcelos (Setembro de 1997; p. 15) o princípio geral da Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar menciona que,

*«(...) a educação pré-escolar é a primeira etapa da educação básica no processo de educação ao longo da vida, sendo complementar da acção educativa da família, com a qual deve estabelecer estreita relação, favorecendo a formação e o desenvolvimento equilibrado da criança, tendo em vista a sua plena inserção na sociedade como ser autónomo, livre e solidário.»*

A entrada no jardim-de-infância é a primeira etapa da educação básica. É nessa fase que ela começa a desenvolver as suas capacidades físicas, a socialização e

---

<sup>4</sup> Dados retirados da ficha da caracterização do Meio (Anexo 1)

modos de relacionamento interpessoal, as suas capacidades cognitivas, a afectividade e a noção de estética. É um período muito fértil onde a criança precisa de ser conduzida de uma forma adequada, para não comprometer sua formação.

Segundo a entrevista realizada à psicóloga que acompanha a Carolina, “Uma criança não trabalha, uma criança brinca.” Assim a escola é o meio que estimula a formação das crianças nas diferentes áreas e de um modo constante.

O Jardim-de-Infância que a Carolina frequenta situa-se num meio urbano central na cidade de Paços de Ferreira, pertencente ao Agrupamento Vertical de Paços de Ferreira. O início de funcionamento deste Jardim-de-Infância é datado de 1990. É um edifício único e apenas constituído por um piso. É uma escola não vigiada em termos de sistemas de videovigilância, contudo nas horas de entrada e saída de crianças, a Polícia Municipal encontra-se constantemente nesse local para orientação e controlo da movimentação a nível de pessoal.

Relativamente ao espaço interior, o Jardim-de-Infância não usufrui de rampas, pelo contrário tem apenas escadas na entrada do edifício; não tem sala de professores, nem salas de departamento ou salas para pessoal não docente; não possui salas para atendimento de encarregados de Educação e alunos; nem salas do género laboratoriais. Não há secretaria, reprografia, papelaria, videoteca, museu e não usufrui de casas de banho adaptadas a alunos com NEE, nem cantina ou refeitório ou bar. Existe uma casa de banho para pessoal docente e não docente e 2 casas de banho para os alunos. Não tem enfermaria, nem pavilhão gimno-desportivo, mas possui um pequeno polivalente com palco.

Tem 3 salas de aulas que reúnem 25 alunos em cada uma delas. Os recursos materiais são bastante adequados e diversificados. Dentro desses encontram-se materiais como retroprojector, máquina de slides, televisão, vídeo, dvd e uma biblioteca de sala de aula.

O espaço exterior do Jardim de Infância é pobre e inadequado, não tendo campo para desportos e brincadeiras, não tem cobertura nem sombras suficientes, não tem jardim, canteiros nem bebedouros. Tem apenas caixotes do lixo e um pequeno canto com areia/terra que se torna quase impossível frequentar devido ao pó.

Como foi referido anteriormente, existem 3 salas de aula. Cada uma das salas recolhe uma turma de 25 alunos, fazendo o total de 75 alunos neste estabelecimento de ensino. Cada sala está à responsabilidade de 3 educadoras de infância licenciadas, uma entre os 31-40 anos, outra dentro dos 41-50 e a última entre os 51-60. São docentes de Quadro Escola, Quadro de Zona Pedagógica e Contratados.

Existem 32 alunos com idade superior a 5 anos. Relativamente ao número de alunos pertencentes à área de residência do Estabelecimento de Ensino são 64, e os restantes 11 não pertencem à área de residência do mesmo.

A nível de Agrupamento Vertical, este Jardim de Infância usufrui de apoios de um psicólogo e de 3 auxiliares de acção educativa.<sup>5</sup>

### **3. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA**

Nos dias de hoje, existem diversas perspectivas para definir a família. Por um lado temos que considerar o que faz referência aos laços de sangue, e por outro, os laços de consanguinidade.

*“A adequada concepção do casal e da família continua inevitavelmente a constituir o centro de interesse de toda a comunidade humana, e a vida adequada dentro do casal e da família nunca deixou de ser a principal preocupação de todos os homens, embora não o confessem. O futuro da geração actual e da vindoura depende do modo como os cônjuges e as comunidades humanas se entenderem com esta instituição, a mais antiga de todas” (Morit, 1969 cit in Flores: 1994:7)*

Desde o seu nascimento as crianças vão gradualmente reconhecendo os seus familiares, mas os seus pais são sem dúvida os sujeitos que irão promover as primeiras aprendizagens, os primeiros contactos com o mundo e a sua educação.

Segundo Bruno Betelheim (Cit in. Ghazal,1993)

*«A finalidade da educação é antes de tudo permitir à criança que descubra a pessoa que pretende ser, e graças à qual poderá sentir-se satisfeita consigo própria e com a sua maneira de viver... A criança deveria ser capaz de fazer na vida tudo aquilo que lhe parece importante e desejável; estabelecer com os outros relações construtivas, satisfatórias e mutuamente enriquecedoras; suportar de modo adequado as tensões e dificuldades que inevitavelmente virá a encontrar ao longo da sua vida. Para tudo isso, os pais não são somente os primeiros formadores da criança mas também os seres pelos quais ela se poderá orientar.»*

---

<sup>5</sup> Dados retirados da ficha de caracterização do Jardim de Infância (Anexo 2)

O agregado familiar da Carolina é constituído por três membros, sendo a Carolina uma delas e os seus pais. A sua mãe tem 35 anos de idade, tem o 6º ano de escolaridade e é doméstica. O pai da Carolina tem 36 anos, tem o 9º ano de escolaridade e é comerciante na área do mobiliário.

Esta família habita na freguesia de Paços de Ferreira, na cidade com o mesmo nome, distrito do Porto. Tem uma moradia própria e uma situação económica estável.

## **4. CARACTERIZAÇÃO DO ALUNO**

Calcula-se que em cada 1000 crianças 4 tenham Síndrome de Asperger, o que significa que em Portugal haverá cerca de 30 000 pessoas com esta disfunção. A Carolina é uma dessas crianças.

A Carolina actualmente tem 5 anos e 3 meses. Como foi referido anteriormente, é filha única de uma família da classe média (os restantes dados relativos aos pais da criança, encontram-se no ponto anterior).

Relativos aos dados do período pré-natal, poderei passar várias informações que constam na anamnese<sup>6</sup> e na ficha de caracterização da identificação do aluno<sup>7</sup>. Os pais da Carolina tinham 29 e 30 anos de idade quando esta foi concebida.

A gravidez da Carolina foi desejada e planeada, decorreu durante os nove meses de gestação e não houve qualquer tipo de complicação durante este tempo. Durante os nove meses a gestação correu com normalidade. A mãe da criança começou a ser acompanhada por um médico logo após a desconfiança de gravidez, no 1º mês. Após essa consulta, mensalmente a mãe ia a uma consulta de rotina para se certificar que estava tudo bem com a criança. Foi uma mãe conscienciosa e que teve em conta todas as indicações dadas pelo médico, alimentou-se bem, não fumou, não bebeu, não consumiu drogas, não ingeriu bebidas alcoólicas e não teve nenhuma doença durante as 38 semanas de gravidez.

---

<sup>6</sup> Anamnese (Anexo 3)

<sup>7</sup> Ficha de caracterização da identificação do aluno (Anexo 4)

O período peri-natal corresponde ao momento do parto, e este, segundo informações recolhidas, foi um parto normal e teve a duração de 30 minutos. A menina nasceu com 2,600 Kg e com 45 cm de comprimento. Outra informação que obtive é que a Carolina não demorou a chorar após o nascimento.

Quanto ao período pós-natal, a criança começou logo a ser amamentada pelo peito da mãe, esteve 3 dias no hospital, não apresentou qualquer tipo de sinais traumáticos nem convulsões. Após a nascença, o médico não mencionou, nem à mãe nem ao pai, que havia algum problema com a criança.

Inicialmente não se desconfiou que a Carolina padecesse de algum tipo de doença. Quando os pais denotaram que algo não estava bem relativamente ao desenvolvimento da menina, levaram-na a um médico, o qual a encaminhou para um psicólogo e diagnosticaram Síndrome de Asperger.

Notaram que a criança, a nível motor, foi-se desenvolvendo normalmente, dentro do que é esperado. Começou por se sentar entre os 6 e os 7 meses de idade e pôs-se de pé mais cedo do que o habitual, aos 9 meses, já em relação ao gatinhar, esta criança nunca gatinhou. A lateralidade da Carolina até aos dias de hoje não se encontra muito bem definida, contudo não apresentava algum tipo de descontrolo de movimentos.

Em relação ao desenvolvimento da linguagem, a criança começou por balbuciar por volta dos 12 meses e o único gesto comunicativo que fazia era apontar. A palavra que a criança utiliza com maior frequência é “mãe”. Actualmente a criança apresenta problemas de linguagem e conseqüentemente de comunicação, derivados da patologia da qual padece, principalmente na compreensão das expressões faciais e na comunicação não verbal. A nível da capacidade visual e auditiva a Carolina não apresenta nenhum défice.

A única doença que a menina teve e que mereça alguma relevância foi a varicela. Respeitante a alergias, quando está muito sol e transpira, começa a ficar com pequenas manchas no corpo.

A relação que a Carolina tem com os pais é bastante favorável ao desenvolvimento dela. Durante a semana e após o horário escolar (15h30) a menina fica na companhia da mãe, onde realiza pequenas tarefas, brinca, vê desenhos animados entre outros passatempos. Durante os fins-de-semana a Carolina passa o

Sábado com a mãe e aos domingos passeiam em família, visitam os avós e tios entre outras actividades.

Quanto ao sono, é uma menina que dorme bem, que consegue adormecer sozinha e sem necessitar de algum objecto para tal. Habitualmente deita-se pelas 22h e acorda pelas 8h45. Não costuma acordar durante a noite, mas, e o único medo que tem é do escuro.

A Carolina faz 5 a 6 refeições por dia. Os pais tendem a apoiar bastante a criança na área da alimentação, pois a menina não mastiga bem. O alimento que não gosta é qualquer tipo de peixe. Consegue comer sozinha, pegando bem nos talheres, mas a mãe tem que lhe cortar os alimentos.

Segundo as informações recolhidas em relação à higiene pessoal, poderei referir que a Carolina já consegue controlar os esfíncteres e vai sozinha à casa de banho. Contudo, para lavar as mãos necessita de ajuda, assim como na lavagem dos dentes. Veste-se e despe-se com a ajuda da mãe e não se consegue pentear.

Aquando do diagnóstico da criança, os pais reagiram o melhor possível. De imediato recolheram informações de forma a poder compreender e agir positivamente perante uma situação destas.

A relação que os pais têm com a Carolina neste momento é de muita cumplicidade. Incutem-lhe os princípios de convivência em sociedade, os modos e as regras necessárias nos diferentes contextos e relativamente ao facto da criança ser portadora da Síndrome de Asperger, faz com que a preocupação aumentasse, mas não deixando cair essa preocupação em extremos.

A restante família, entre os quais, tios e avós (maternos e paternos), vai tendo um contacto constante com a Carolina. São pessoas activas na ajuda da aquisição das competências sociais da criança.

A nível escolar, esta criança frequenta o infantário há dois anos, no qual entrou com 4 anos de idade. No Jardim de Infância tem apoio da professora de NEE uma vez por semana, estando esta a dar apoio há um ano. A par deste acompanhamento, a criança fora do Jardim, tem apoio de uma psicóloga, uma vez por semana e de uma terapeuta da fala duas vezes por semana na instituição CRIAR situada no Porto. A psicóloga acompanha a Carolina há 3 anos e a terapeuta da fala há dois.

## **CAPÍTULO VI - DETERMINAÇÃO DA PROBLEMÁTICA**

Em 1978, o conceito de Necessidades Educativas Especiais difundiu-se a partir do momento que foi adoptado no Relatório Warnock. Este relatório foi construído para reavaliar o atendimento a pessoas com deficiência. Após se terem deparado que 20% das crianças apresenta NEE em alguma fase da sua vida escolar, propuseram o conceito de NEE.

Este conceito foi redefinido na Declaração de Salamanca em 1994, o qual abarcava crianças e jovens portadoras de deficiências ou algum tipo de dificuldades de aprendizagem. O termo NEE incluía crianças em desvantagem, crianças chamadas sobredotadas, crianças em situação de risco, crianças marginais ou desfavorecidas e aquelas com problemas emocionais.

O Estado Português para dar continuidade às ideologias defendidas pela Declaração de Salamanca, criou o Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro que veio substituir o antigo Decreto-lei 319/21 de 23 de Agosto.

O Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro descreve quais são os apoios especializados a utilizar nos diferentes níveis de ensino do sector público, particular e cooperativo, com o objectivo de permitir a criação de condições para o processo de ensino/aprendizagem de crianças com NEE.

De acordo com o Decreto

*“Os apoios especializados visam responder às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade 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 e dando lugar à mobilização de serviços especializados para promover o potencial de funcionamento biopsicosocial.”*

O mesmo Decreto faz referência à criação de unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do Espectro do Autismo, para tal, a Lei refere a

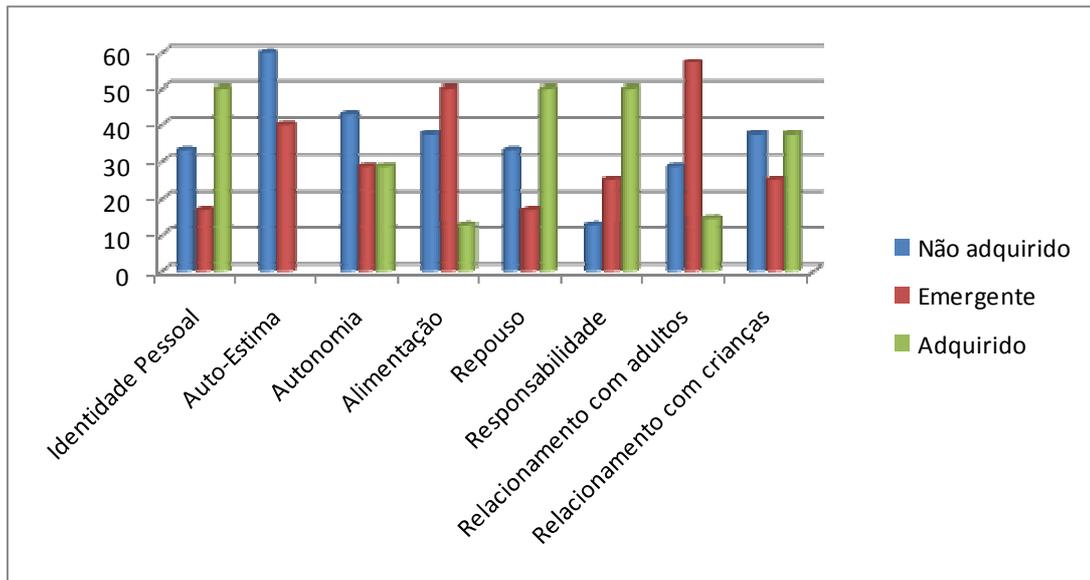
importância da adoção de “opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família” (idem: alínea f) ponto 3 do artigo 25º).

Ao longo deste estudo, e com a recolha de dados da Carolina, conseguiram-se realizar diferentes gráficos representantes das diferentes áreas do desenvolvimento. Através destes mesmos gráficos é possível compreender quais os itens adquiridos, quais os emergentes e quais os não adquiridos.

A Grelha de Avaliação do Desenvolvimento utilizada<sup>8</sup> foi dividida em três grandes áreas, sendo elas a Área de Formação Pessoal e Social (nas quais se encontram a identidade pessoal, a auto-estima, a autonomia (alimentação e repouso), a responsabilidade, o relacionamento com os outros (com adultos e com outras crianças); a Área de Expressão e Comunicação (estando patentes o domínio da linguagem oral e abordagem à escrita (linguagem oral, abordagem à escrita, linguagem receptiva e linguagem expressiva, e o domínio da Matemática (conceitos básicos, noções de matemática e noções espaço-temporais)), o domínio da Expressão Motora, Dramática, Plástica e Musical); e a Área do Conhecimento do Mundo (interesse e curiosidade pelo mundo e sensibilidade e conhecimento básico de problemáticas pertinentes).

---

<sup>8</sup> Grelha de Avaliação do Desenvolvimento (Anexo 5)



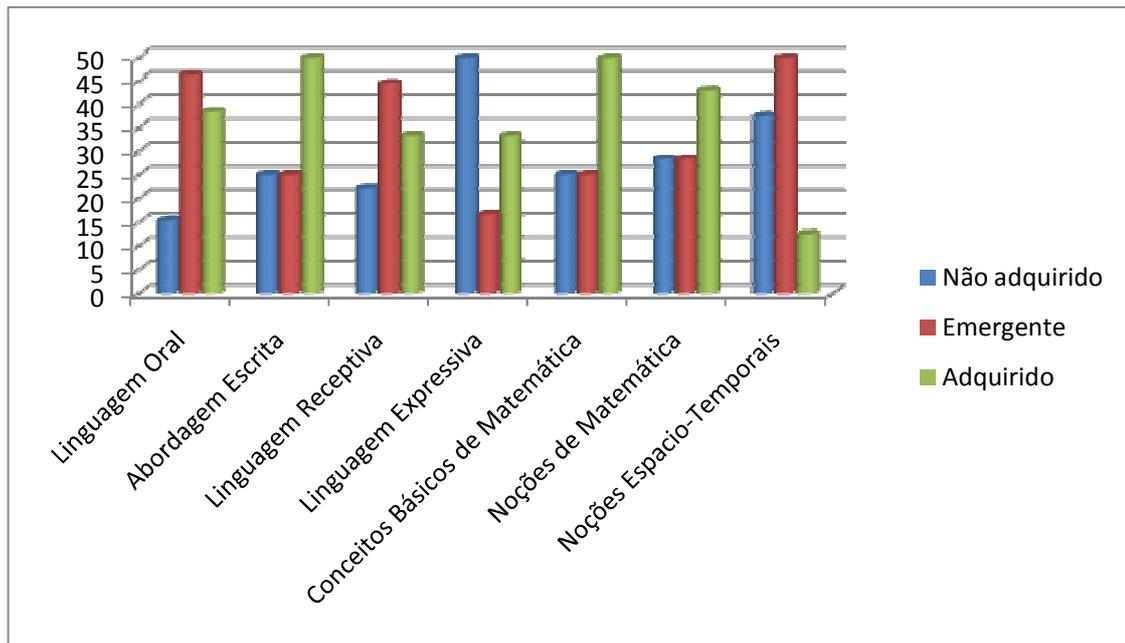
**Gráfico 1 – Área de Formação Pessoal e Social**

Na Área de Formação Pessoal e Social a criança apresenta como pontos emergentes o relacionamento com os adultos, a pouca autonomia aquando dos momentos da alimentação e uma baixa auto-estima.

Relativamente aos pontos não adquiridos e os quais merecem maior relevância, é a auto-estima, a autonomia e o relacionamento com outras crianças.

O que está adquirido por parte da Carolina é a responsabilidade, o repouso e a identidade pessoal.

### **Domínio da Linguagem Oral e Abordagem à Escrita e Domínio da Matemática**



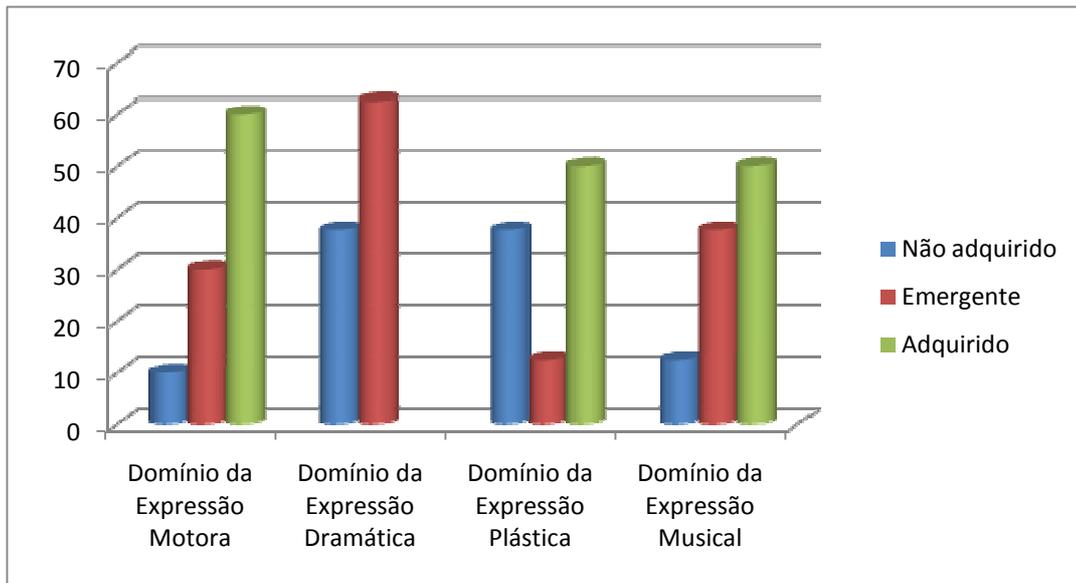
**Gráfico 2** - Área de Expressão e Comunicação

Em relação à Área de Expressão e Comunicação a menina tem como pontos em aquisição a linguagem oral.

O que ainda não está adquirido é a sua linguagem expressiva.

Quanto ao que adquiriu foram alguns aspectos da abordagem à escrita.

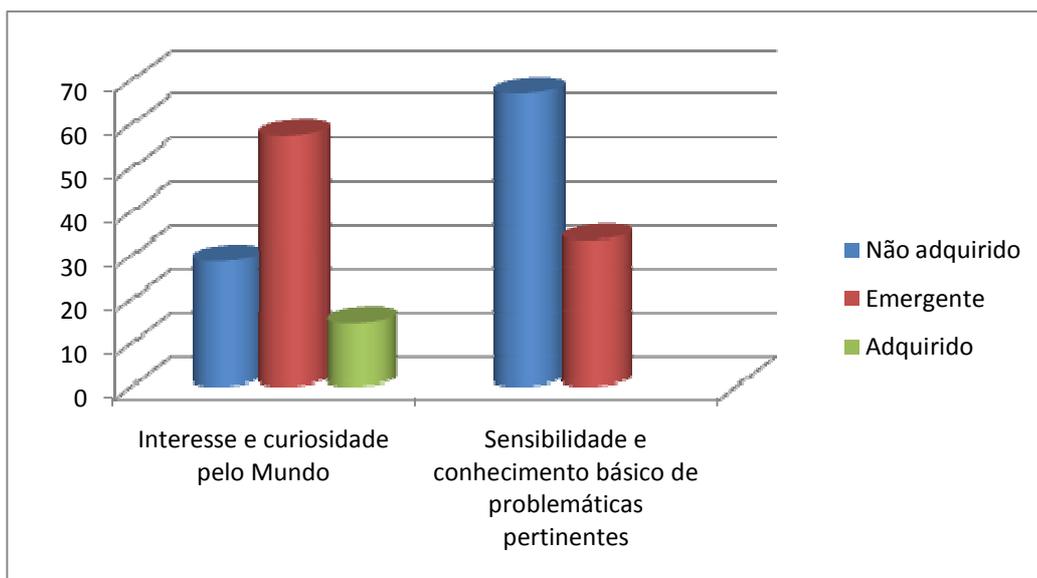
No Domínio da Matemática, a Carolina tem os conceitos básicos bem adquiridos, contudo tem como pontos emergentes e não adquiridos que dizem respeito às noções espaço-temporais.



**Gráfico 3** - Domínio de Expressão: Motora, Dramática, Plástica e Musical

No Domínio das Expressões, a Carolina demonstra que não adquiriu completamente os itens correspondentes à Expressão Dramática e Expressão Plástica.

Como adquirida encontra-se a Expressão Motora e em aquisição e como área emergente, temos a Expressão Dramática.

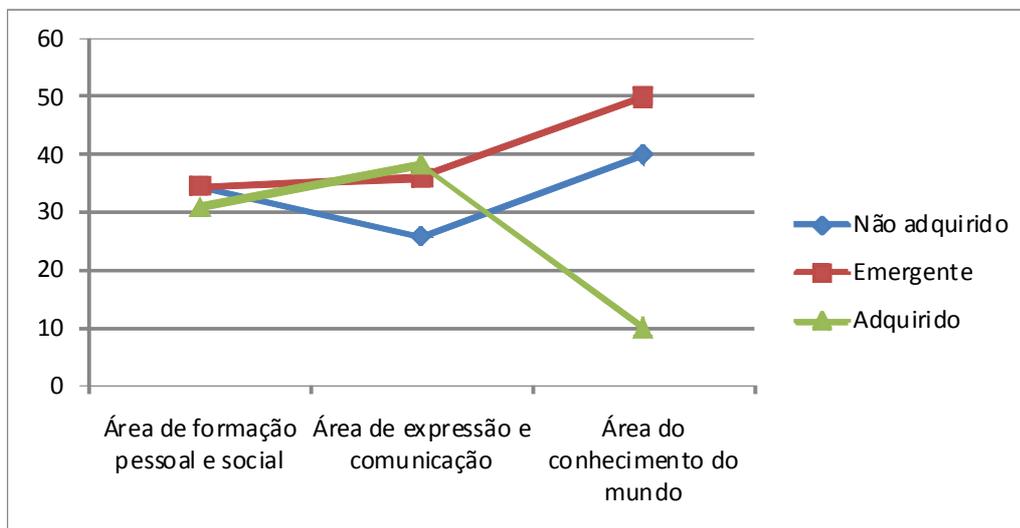


**Gráfico 4** - Área do Conhecimento do Mundo

Quanto à Área do Conhecimento do Mundo, a criança não adquiriu sensibilidade e conhecimento básico de problemáticas pertinentes. Como ponto emergente encontramos o interesse e a curiosidade pelo mundo.

## 1. PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

Como foi referido anteriormente, à Carolina foi aplicada uma Grelha de Avaliação de Desenvolvimento, que nos conseguiu indicar quais as áreas adquiridas, emergentes e não adquiridas, ou seja, os dados recolhidos servem para determinar as necessidades educativas especiais. Seguidamente será definido o perfil intra-individual da menina através das informações do gráfico:



**Gráfico 5 – Perfil Intra-Individual**

Após a análise dos gráficos apresentados, em especial do gráfico do perfil intra-individual, poderei afirmar que a Carolina deverá ser acompanhada e mais estimulada em alguns pontos específicos das três grandes áreas estudadas.

Tendo em conta os Gráficos, 1, 2, 3 e 4, relativos às diferentes áreas, nota-se que a Carolina tem extrema dificuldade na linguagem expressiva, no domínio da Expressão Plástica e Dramática e não tem sensibilidade e conhecimento básico de problemáticas pertinentes. Contudo, as informações que se podem recolher do

gráfico 5 (perfil intra-individual), adverte-nos que no geral e de todas as áreas estudadas, a área mais fraca da criança é o Conhecimento do Mundo.

Além destes dados, seguidamente apresentaremos a análise do conteúdo das entrevistas realizadas à psicóloga, terapeuta da fala e educadora de infância que vêm complementar a informação do perfil da criança.

Neste item resolvemos analisar as entrevistas seguindo a orientação do Docente Carlos Afonso em que estas estão divididas em categorias e subcategorias<sup>9</sup>. A partir deste quadro irá fazer-se uma junção das opiniões mais importantes dos entrevistados para cada categoria e subcategoria apresentada.

Na generalidade das respostas apresentadas, as três entrevistadas têm um ponto de concordância bastante elevado.

Respeitantes ao primeiro contacto com a problemática de Síndrome de Asperger, as três tomaram conhecimento de tal durante as suas formações académicas.

Aquando da questão sobre quais as dificuldades mais sentidas na adaptação da criança, a terapeuta da fala afirma que foi conseguir “Perceber de que forma o comprometimento da comunicação impedia a interacção familiar e a integração nos diversos contextos”. A psicóloga indica que a maior dificuldade talvez “tenha sido o dar continuidade do trabalho para o contexto do jardim” e a educadora afirma que “No início era confuso manda-la fazer uma actividade e tinha noção de que ela não compreendia.”

A boa relação entre a Carolina e aqueles que a rodeiam foi um ponto de concordância das três entrevistadas, contudo a criança relaciona-se mais facilmente com os adultos do que propriamente com os pares.

O modo como a aluna socializa é através da comunicação verbal-oral, mas por vezes quando não consegue expressar aquilo que pretende ainda recorre a alguns gestos para que os outros a entendam.

Em relação à preparação das sessões/aulas, todas as profissionais têm alguns cuidados para apresentar actividades diversificadas e específicas para a Carolina, contudo a educadora refere que “(...) quando planifico, planifico para todos, tendo em conta que a Cláudia participa em todas as actividades”.

---

<sup>9</sup> Quadro com designação das categorias (Anexo 6)

Quanto às dificuldades sentidas nas diferentes áreas, a terapeuta diz que mostra dificuldades nas “funções comunicativas; e linguagem: semântica, morfo-sintaxe, fonologia, pragmática; articulação verbal oral e voz.” A psicóloga refere que a Carolina “no início era muito a comunicação não verbal e o comportamento, não estava adequado”. Na opinião da educadora “A compreensão e a linguagem” são as áreas mais fracas.

Na interação entre os diferentes intervenientes na educação da Carolina, todas concordam que os pais são os co-terapeutas da criança, levam muito em consideração o que lhes é transmitido por todos e realizam tudo o que está ao alcance da menina para que haja um desenvolvimento o mais positivo possível. Contudo, não há comunicação entre a terapeuta e psicóloga e a escola devido à não autorização do Agrupamento. Desta forma, a educadora ainda participou e observou em consultas de terapia da fala e de psicologia, sendo uma mais-valia na compreensão de certos aspectos apresentados pela menina no Jardim de Infância. A psicóloga pediu autorização para observar a menina em contexto escolar, mas o agrupamento não a cedeu.

Esta falha entre os intervenientes da Associação CRIAR e o Agrupamento no qual o Jardim de Infância da Carolina se insere, pode prejudicar o desenvolvimento da criança, quando tal poderia ser evitado através de “boa vontade” por parte do Agrupamento.

## **CAPÍTULO VII - DEFINIÇÃO DO PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL / PISTAS DE INTERVENÇÃO**

### **1. PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL**

O Programa Educativo Individual, segundo Madureira e Leite (2003:104),

*“...é um documento elaborado pelo Serviço de Psicologia e Orientação (ou equipa substituta dos serviços de Saúde Escolar), no qual se identifica e se caracteriza o aluno, se define a organização do seu processo educativo e os intervenientes nesse processo, bem como as medidas educativas a aplicar”*

Este documento é elaborado pelo Professor de Educação Especial em parceria com os outros educadores/professores e técnicos que acompanham a criança, onde se estabelecem os objectivos a atingir, a intervenção, as estratégias assim como os momentos e formas de avaliação a utilizar.

Durante a realização deste trabalho, os dados que me foram fornecidos não foram suficientes, nomeadamente ao nível do Programa Educativo Individual (PEI) da criança realizado pela equipa multidisciplinar que acompanha a criança, uma vez que, o Agrupamento do Jardim de Infância que ela frequenta não nos cedeu. Assim,

de forma a complementar mais este estudo, tornando-o o mais completo possível, com os dados que recolhemos (através de conversas informais com a Educadora e a mãe da criança) e os que me foram cedidos pela terapeuta da fala e psicóloga, consideramos pertinente a elaboração de um PEI.

<b>PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL</b> <i>(Decreto-Lei N.º3/2008 de 7 de Janeiro, com as alterações parlamentares dadas pela Lei n.º 21/08, de 12 de Maio)</i>	
AGRUPAMENTO/ESCOLA <i>Aprovação</i>	AGRUPAMENTO/ESCOLA <i>Homologação</i>
_____, ____/____/____ _____ <i>(Assinatura do Presidente do Conselho Pedagógico)</i>	_____, ____/____/____ _____ <i>(Assinatura do Conselho Executivo)</i>

<b>1) Identificação (art. 9º)</b>		
Nome:	Data de nascimento: 30-03-2004	Ano Escolaridade: Pré-Escolar
Encarregado de educação:		telef.:
Morada:		
Nível de Educação ou Ensino: Pré-Escolar <input checked="" type="checkbox"/> 1ºCEB <input type="checkbox"/> 2º CEB <input type="checkbox"/> 3ºCEB <input type="checkbox"/>		

---

### **Informação Familiar**

Nome do Pai:

Profissão: Comerciante

Nome da Mãe:

Profissão: Doméstica

Morada: Irmãos: 0

### **2) Resumo da história escolar e outros antecedentes relevantes (art. 9º)**

A \_\_\_\_\_ é uma criança com a Síndrome de Asperger. Frequenta o Pré-escolar no Jardim de Infância de Paços de Ferreira 1, há dois anos e irá frequentar o mesmo Jardim de Infância para o próximo ano lectivo. A \_\_\_\_\_ está integrada numa turma de 25 alunos, onde é a única aluna sinalizada e com Necessidades Educativas Especiais. O grupo transmite um ambiente calmo e estruturado e onde há um acompanhamento mais individualizado por parte da educadora e da professora do ensino especial. Esta professora apoia a \_\_\_\_\_ uma vez por semana. Os horários deste Jardim de Infância são duplos e não têm cantina, logo os alunos vão almoçar a suas casas e a \_\_\_\_\_ não é excepção. Após os pais terem identificado características “anormais” na criança tendo em conta a idade dela e o que é esperado nessa mesma idade, os pais dirigiram-se a consultas no Hospital de S. João. A partir daí foi encaminhada para uma psicóloga no centro CRIAR no Porto, onde é seguida e acompanhada há três. Seguidamente a essas consultas, e no mesmo centro é acompanhada por uma terapeuta da fala há 2 anos.

Consoante os dados recolhidos, sabe-se que:

- “A criança sofre de uma Perturbação Global do Desenvolvimento, nomeadamente o Síndrome de Asperger”;
- “Para garantir uma evolução clínica favorável ao nível das suas competências académicas e psicossociais, a \_\_\_\_\_ deve ser integrada num ambiente protector (e estável)”;
- “Deve ter uma turma reduzida, com um ambiente personalizado e individualizado”.

Após o ingresso na Associação CRIAR e do apoio prestado pelas sessões de Psicologia e Terapia da Fala, a aluna \_\_\_\_\_ (aluna com síndrome de *Asperger*), continuou a fazer a aquisição das competências previstas, tornando-se mais autónoma, no entanto deve-se referenciar que a mesma cria laços afectivos com as pessoas que a envolvem, tornando-se dependente quando as mesmas estão presentes, requerendo a sua atenção. Na área da Comunicação, a aluna evoluiu, porém, torna-se, muitas vezes, repetitiva nas expressões, o que acaba por perturbar o funcionamento das aquisições. Relativamente à Interação Social, a aluna criou laços com os professores, auxiliares e amigos, promovendo a amizade, no entanto, devido à sua problemática, existem alturas em que apesar de estar com essas pessoas, coloca-se no meio delas mas não realiza as actividades em conjunto, fá-las sozinha, não sabe ajudar os colegas e tem tendência a falar sozinha. É uma aluna que não gosta de protagonismo, não tem auto-estima, é pouco autónoma, não obedece a todas as ordens que lhe são colocadas e se tiver dúvidas não faz questões para as resolver. Embora a aluna apresente melhorias, a nível social esta precisa de continuar a desenvolver o trabalho iniciado, uma vez que a ausência de uma boa linguagem prejudica o seu desempenho. Na área Motora, a aluna consegue manipular objectos, consegue pintar sem sair do tracejado, pega correctamente nos instrumentos, como por exemplo tesouras, pincéis, lápis etc. No que diz respeito às Expressões, a aluna participa activamente nas actividades propostas, gosta de jogos, gosta de dançar, acompanha ritmos, mas na produção ou imitação de sons não os consegue concretizar.

Tendo em conta as dificuldades apresentadas pela \_\_\_\_\_, as medidas a aplicar estão previstas no Dec.-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro, alínea e).

### **3) Indicadores de funcionalidade / Nível de aquisições / Dificuldades do aluno (códigos e**

<b>significados dos códigos) (art. 9º)</b>
<p>Nas restantes áreas, foi, essencialmente, importante a diversificação de tarefas, até porque qualquer tipo de criança gosta de actividades diferentes e lúdicas, logo a _____ não é excepção. A _____ conseguiu atingir todos os objectivos propostos para este ano lectivo, aspecto conseguido através da cooperação dos professores na escolha de estratégias. Com o trabalho de equipa, na perspectiva de um bom desenvolvimento da aluna, realizaram-se trabalhos, com a ajuda dos colegas de turma, em que a _____ conseguiu bons resultados. É importante referir que uma das mais-valias da aluna é precisamente a participação dos pais em todas as suas actividades, tendo uma colaboração estreita com a educadora e a professora de Educação Especial.</p> <p>Relativamente a dificuldades, e apesar da grande evolução dela ao longo deste ano lectivo, a _____ continua a demonstrar dificuldade em áreas como por exemplo a auto-estima, a autonomia, no relacionamento/interacção com os colegas, na linguagem expressiva e na área do conhecimento do mundo.</p>

<b>4) Factores ambientais (art. 9º)</b>
<p>A _____ vive com os pais, estes são bastantes preocupados com o ensino aprendizagem da sua educanda, comparecendo na Escola sempre que solicitados, dialogando sempre que possível com a Educadora.</p> <p>Relativamente ao Factores ambientais, no capítulo “Apoio e relacionamentos” consideram-se facilitadores substanciais a família, os colegas de turma, a educadora, a professora do ensino especial e as auxiliares de acção educativa.</p> <p>Relativamente ao capítulo “Atitudes” constata-se que a família é um facilitador substancial.</p> <p>O apoio e relacionamentos positivos por parte da família próxima, amigos, conhecidos, pares, colegas, vizinhos, e membros da Comunidade, pessoas em posição de autoridade e outros profissionais têm ajudado na inserção da criança. Nas atitudes também se apresenta como facilitadores as atitudes individuais dos membros da família próxima, atitudes individuais dos amigos e o apoio por parte dos técnicos da Associação CRIAR.</p>

<b>5) Medidas Educativas (art. 16º DL 3/2008)</b>			
Medidas	Explicitação		Observações
	Reforço	das	Organização

<p><b>a) <u>Apoio pedagógico personalizado</u></b> (art.º17.º)</p>	estratégias ao nível de:	Espaço			
		Actividades	X		
	Estímulo e reforço das competências e aptidões			X	
	Antecipação e reforço de conteúdos				
	Reforço e desenvolvimento de competências específicas			X	
<p><b>b) <u>Adequações curriculares individuais</u></b> (art.º18.º)</p>	1 - Adequações nas áreas curriculares comuns				
	2 - Introdução de áreas curriculares específicas:	Leitura e escrita em braille			
		Orientação e mobilidade			
		Treino da visão			
		Actividade motora adaptada			

		Outras. Especifique:		
	3 - Adequação do currículo dos alunos surdos com ensino bilingue, através da introdução de áreas curriculares específicas para:	A língua gestual portuguesa (L1), do pré-escolar ao ensino secundário;		
		O português segunda língua (L2), do pré-escolar ao ensino secundário;		
		Uma língua estrangeira escrita (L3), do 3.º ciclo do ensino básico ao ensino secundário.		
	4 - Introdução de objectivos e conteúdos intermédios			
	5 - Dispensa das actividades por incapacidade do aluno			
<b>c) Adequações no processo de matrícula</b>  (art.º19.º)	Frequência de estabelecimento escolar, independentemente da área de residência		<b>X</b>	
	Adiamento da matrícula no 1.º ano de escolaridade obrigatória			
	Matrícula por disciplinas (2.º e 3.º ciclos e no ensino secundário)			

	Matrícula nas escolas de referência, independentemente da área de residência	Alunos surdos		
		Alunos cegos ou com baixa visão		
	Matrícula em escolas com unidades de ensino estruturado, independentemente da área de residência	Alunos com perturbações do espectro do autismo		
		Alunos com multideficiência e com surdocegueira		
<b>d) Adequações no processo de avaliação</b> (art.º 20º)	Tipo de provas			
	Instrumentos de avaliação e certificação		X	
	Condições de avaliação com modificações, a nível de:	Formas e meios de comunicação		
		Periodicidade		
		Duração		
		Local da prova		
Critérios específicos de avaliação dos alunos com Currículo Específico Individual. Especifique: Avaliação qualitativa				
<b>e) Currículo específico individual</b> (art.º 21º)	Alterações significativas no currículo comum, a nível de:	Introdução de objectivos e conteúdos	X	
		Substituição de objectivos e conteúdos	X	
		Eliminação de objectivos e conteúdos	X	
		Autonomia pessoal e social	X	

	Introdução de conteúdos centrados em:	Actividades de cariz funcional	X	
		Comunicação	X	
		Transição para a vida pós-escolar	X	
<b>f) Tecnologias de apoio</b>  (art.º 22º)	Especifique Computador pessoal			

<b>6) Discriminação dos conteúdos, dos objectivos gerais e específicos a atingir e das estratégias e recursos humanos e materiais a utilizar (art. 9º)</b>	
<i>Conteúdos</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Percepção Espacial Geral;</li> <li>2. Movimentos e Coordenação Gerais;</li> <li>3. Hábitos de Independência Pessoal;</li> <li>4. Compreensão Verbal;</li> <li>5. Compreensão Linguagem Expressiva</li> <li>6. Leitura;</li> <li>7. Fluência Verbal;</li> <li>8. Escrita;</li> <li>9. Conceitos Numéricos;</li> <li>10. Emocional Afectivo;</li> <li>11. Autonomia</li> <li>12. Auto-estima</li> <li>13. Social.</li> </ol>
<i>Obj. Gerais</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obedecer a pedidos complexos (com mais de uma ordem);</li> <li>2. Desenvolver-se de forma independente no cuidado pessoal;</li> <li>3. Perceber e utilizar o próprio corpo para expressar sentimentos;</li> <li>4. Assimilar a linguagem e utilizá-la de forma compreensível;</li> <li>5. Compreender expressões faciais;</li> <li>6. Usar fluentemente a linguagem;</li> <li>7. Diferenciar objectos inteiros e metades;</li> <li>8. Aprender a antecipar o que vai acontecer depois de certa actividade;</li> <li>9. Assimilar e usar conceitos básicos de quantidade e número;</li> <li>10. Controlar os impulsos emocionais;</li> <li>11. Integrar-se e participar no grupo social;</li> </ol>
<i>Obj. Específicos</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discriminar direita e esquerda; discriminar direcções ir, vir, lugares e ruas;</li> <li>2. Descrever pormenores de situações do quotidiano;</li> <li>3. Realização independente dos hábitos pessoais: Comida, vestuário. Uso independente dos serviços sociais básicos.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Atribuir nomes a objectos reais ou desenhados; definir palavras pelo uso e suas características; explicar o significado de frases.</li> <li>5. Questionar quando não compreende o que lhe é dito;</li> <li>6. Atribuir nomes a objectos e desenhos; contar histórias; manter a conversação; expressar verbalmente pensamentos; ideias; sentimentos próprios.</li> <li>7. Compreender que na nossa língua, a escrita e leitura se realiza da esquerda para a direita e no sentido descendente;</li> <li>8. Conhecimento de conceitos de quantidade e número; nada, pouco; primeiro, ultimo; moedas e notas; discriminar os números digitais e associa-los à quantidade.</li> <li>9. Superar medos frente a situações normais da vida; superar reacções de irritabilidade frente a situações de frustração; manter uma atitude emocional regular.</li> <li>10. Integrar-se com outras crianças; participar nas actividades do grupo; cumprir normas de comportamento.</li> </ol>
<p><i>Estratégias</i></p>	<p>Valorizar a participação positiva da aluna</p> <p>Estimular o seu envolvimento nas tarefas</p> <p>Incluir a aluna em pequenos grupos de trabalho utilizar materiais didácticos, variados e adequados à aluna</p> <p>Definir as tarefas a realizar de forma clara e objectiva</p> <p>Adequar o grau de dificuldade das tarefas propostas e o tempo de execução das mesmas às capacidades da aluna.</p> <p>Sensibilizar a aluna para o mundo do trabalho por meio de diálogos, de pesquisas.</p>
<p><i>Recursos</i></p>	<p><b>Humanos:</b></p> <p>No que respeita ao espaço escolar: apoio da Professora de Ensino Especial, da Educadora de Infância, e técnicos da Associação CRIAR (psicóloga, terapeuta da fala).</p> <p>A família deverá continuar a colaborar e participar activamente em todo o processo educativo.</p> <p><b>Materiais:</b></p> <p>Manuseamento de material estruturado ou não estruturado.</p> <p>Jogos de estimulação da atenção e da concentração.</p> <p>Cadernos de exercícios</p> <p>Computador e recursos multimédia</p> <p>Livros que prendam a atenção da criança.</p>

<p><i>Avaliação (alunos)</i></p>	<p>Adequação da maioria das tarefas.  Duração temporária mais prolongada na realização das tarefas escolares.</p>
--------------------------------------	---

**7) Nível de participação do aluno nas actividades educativas da escola (art. 9º)**

Uma das principais preocupações com o trabalho com a \_\_\_\_\_ foi inserir a aluna na turma, que apesar de a aluna já conhecer os colegas, precisa sempre de um reforço a nível social, uma vez que devido à problemática da \_\_\_\_\_ está sempre comprometida.

Como dificuldade moderada nas aprendizagens e aplicação de conhecimentos a aluna apresenta dificuldade em observar, falar, produzir mensagens não verbais, concentrar-se, deslocar-se e vestir-se. Revela dificuldade grave em ouvir com atenção durante muito tempo, imitar, adquirir competências, concentrar a atenção, pensar, escrever, tomar decisões, levar a cabo uma tarefa única com mais que uma ordem, compreender que por vezes a rotina tem que ser modificada, comunicar e receber mensagens orais, comunicar e receber mensagens não verbais, conversação, discussão, lavar-se, cuidar de partes do corpo, comer sem ajuda no corte dos alimentos, adquirir bens e serviços, interacções interpessoais básicas, relacionamento com estranhos, relacionamento formal, relacionamentos sociais informais e educação escolar. Revela dificuldade completa na aprendizagem e aplicação de conhecimentos para resolver problemas, levar a cabo tarefas múltiplas, comunicar e receber mensagens através de expressões faciais. Como dificuldade completa na vida doméstica o preparar refeições simples, realizar o trabalho doméstico, nas interacções e relacionamentos interpessoais as interacções interpessoais complexas, na vida comunitária social e cívica.

**8) Distribuição horária das actividades/ Identificação dos responsáveis (art. 9º)**

<i>Actividades/disciplinas</i>	<i>Carga horária</i>	<i>Intervenientes/ assinaturas</i>
Educação Especial	2h semanais	
Ensino regular	25h semanais	
Terapia da Fala	2h semanais	
Psicologia	2h semanal	

**9) Avaliação da implementação do PEI (art. 9º)**

A avaliação será sistemática, contínua e de carácter formativo, procurando-se o desenvolvimento afectivo, social, moral e psicológico da aluna e a valorização da sua confiança, da sua auto-estima e dos seus conhecimentos.

A implementação deste Plano Educativo Individual estará sujeita a uma avaliação contínua, através de contactos informais com a Educadora de Infância da Turma, a Coordenadora dos Serviços Especializados do Apoio Educativo, a professora de Apoio Educativo, o Encarregado de Educação, Técnicos e outros intervenientes no processo educativo. A avaliação será também periódica com a realização de reuniões para uma reflexão/análise dos resultados obtidos face aos objectivos propostos e alcançados procurando uma intervenção conjunta e eficaz na concretização dos objectivos propostos. A finalidade da avaliação será permitir um ritmo próprio e especial de progressão na aprendizagem de modo a contribuir para o sucesso educativo da aluna.

A família deverá contribuir de forma activa, assim como acompanhar a aluna em todo o seu processo educativo/aprendizagem, de forma a não comprometer a aquisição dos objectivos propostos.

As medidas a aplicar, serão reformuladas sempre que tal se considere necessário.

**10) Declaração do Encarregado de Educação em como foi convocado e participou na elaboração do Programa Educativo Individual (art. 9º)**

<i>Data</i>	<i>Nome</i>	<i>Assinatura</i>

**11) Assinatura dos técnicos que intervieram na elaboração do Programa Educativo Individual (art. 11º)**

<i>Especialidade</i>	<i>Nome</i>	<i>Assinatura</i>
Prof Ensino Regular		
Docente Ed. Especial		
Terapeuta da fala		
Psicóloga		

<b>12) Anexos complementares</b>	
Plano de Reforço e Desenvolvimento de Competências Específicas ( <i>alínea d) artº 17º</i> )	
Adequações Curriculares Individuais ( <i>artº 18º</i> )	
Currículo Específico Individual ( <i>artº 21º</i> )	X
Plano Individual de Transição ( <i>artº 14º</i> )	

<b>13) Data de conclusão e entrega ao órgão de gestão</b>
<p>_____, ____ de _____ de 200__</p>

<b>14) Autorização do Encarregado de Educação</b>
<p><i>Declaro que concordo com a aplicação de medidas educativas referentes ao meu educando, constantes do presente documento.</i></p> <p>_____, ____ de _____ de 200__</p> <p>Assinatura</p> <p>_____</p>

## **2. PLANO DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA**

Ao longo do nosso trabalho, temos tentado transmitir a importância que tem uma boa intervenção no desenvolvimento de uma criança com necessidades educativas especiais. No caso da Carolina é essencial que um professor/educador tenha noção que existem campos a serem tratados com mais empenho do que outros. O papel do professor/educador está patente nesse acontecimento, uma vez que sem a sua capacidade para a realização de actividades diversificadas e criativas, a criança não irá sentir qualquer desejo de as realizar.

Após as informações recolhidas nesta investigação, poderemos colocar à disposição, um possível plano de intervenção pedagógica para o caso da Carolina, uma vez que já temos acesso às áreas adquiridas, emergentes e não adquiridas apresentadas por ela.

Iremos elaborar planos que intervêm na comunicação e linguagem, na atenção/concentração; nas interacções sociais e na vulnerabilidade emocional. A junção das dificuldades sentidas nestes campos leva a que a Carolina necessite de estimulação na área fraca que é a Área de Conhecimento do Mundo, que é a mais generalista e que engloba aspectos das outras áreas.

Inicialmente terá que se ter em conta o modo como a criança é estimulada com mais facilidade, deverão ser realizadas actividades lúdicas primeiramente sozinhas e depois em actividades de grupo. Serão trabalhadas as competências básicas como a comunicação e de seguida as mais subtis como os relacionamentos com os outros e o conhecimento do mundo, principalmente do meio envolvente.

A Carolina é uma criança que mantém algumas estereotípias, logo ela sente necessidade em repetir algumas actividades ou locais onde estas se realizam de modo a que ela se comece a ambientar. Desta forma, e para as “cortar”, os exercícios serão elaborados em vários contextos e ambientes.

Alguns dos cuidados a ter aquando da realização de actividades, passam por: consciencializar os colegas para auxiliar a Carolina nas actividades de sala de aula; integrar o aluno em todas as actividades propostas para a turma; realizar jogos didácticos e outras actividades relacionadas com as vivências/gostos da aluna; promover actividades lúdicas relacionadas com os conteúdos programáticos; estímulo e reforço positivo, de modo a promover a sua auto-confiança dela; valorizar

a participação oral da Carolina; valorizar os saberes já adquiridos ou pertencentes ao quotidiano da aluna; valorizar todos os progressos; destacar a informação mais importante daquilo que é ensinado; evitar o uso de linguagem abstracta; realizar actividades com recurso a materiais manipuláveis, a desenhos, a acetatos e a outros objectos do dia-a-dia de modo a reforçar e/ou facilitar o desenvolvimento de competências entre outros. De seguida apresentamos as planificações para as várias áreas onde se poderá realizar a intervenção.

<b>Objectivos Gerais</b>	<b>Objectivos Específicos</b>	<b>Actividades/Estratégias</b>
- Aumentar as competências Ao nível da comunicação e linguagem	- Melhorar a comunicação não verbal	- Conversações em tira de banda desenhada para exemplificar os problemas relacionados com competências de conversação;  - Ensinar comentários relacionados com competências de conversação;  - Incentivar o aluno a procurar apoio quando sentir dificuldades;  - Dar instruções de como conversar em pequeno grupo;  - Ensinar regras para participar na conversação, quando responder, interromper, ou mudar de assunto;  - Explicar o significado de algumas metáforas;  - Mostrar vídeos para identificar as expressões não verbais e os seus significados;  - Usar jogos de equipa bem estruturados;  - Ensinar a ser flexível, cooperante e a partilhar.

**Figura 4** - Plano de Intervenção a Nível da Comunicação e Linguagem

<b>Objectivos Gerais</b>	<b>Objectivos Específicas</b>	<b>Actividades/Estratégias</b>
- Desenvolver a capacidade de concentração e atenção	- Aumentar a memória visual e discriminativa	- Exploração de fichas de trabalho específicas  - Itinerários;  - Descoberta de diferenças;  - Fazer a sequência de uma história através de imagens;  - Tarefas subdivididas (análise de tarefas)  - Efectuar descrições de gravuras;  - Contar histórias a partir de imagens;  - Divisão dos conteúdos em pequenas unidades e o professor dá frequentemente feedback e redireccionamento;  - Senta-se o aluno à frente e faz-se-lhe frequentemente perguntas directas, para ajudá-lo a prestar atenção ao trabalho;  - Uso do computador;  - Fichas de trabalho;  - Livros de histórias;  - Histórias por imagens.

**Figura 5** - Plano de Intervenção a Nível da Atenção/Concentração

<b>Objectivos Gerais</b>	<b>Objectivos Específicas</b>	<b>Actividades/Estratégias</b>
- Desenvolver a capacidade de concentração e atenção	- Estruturar o ambiente de aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sentar a criança numa área com poucas distrações;</li><li>- Evitar qualquer fonte de estimulação que não seja o próprio material de aprendizagem;</li><li>- Reduzir o nível de ruído durante a realização de tarefas que requerem concentração;</li><li>- Organizar a sala de forma a conciliar diferentes estilos de aprendizagem;</li><li>- Sentar o aluno entre colegas com boa capacidade de concentração;</li><li>- Proporcionar um local na sala onde a criança possa trabalhar isoladamente, se necessário;</li><li>- Manter na sala "um espaço ", onde a criança possa fazer alguma actividade manual ou artística;</li><li>- Estabelecer e realizar tarefas de forma rotineira;</li><li>- Estabelecer regras bem claras e exigir o seu cumprimento.</li></ul>

**Figura 6** - Plano de Intervenção a Nível da Atenção/Concentração (continuação)

<b>Objectivos Gerais</b>	<b>Objectivos Específicas</b>	<b>Actividades/Estratégias</b>
- Desenvolver competências ao nível das relações e das interacções sociais	- Melhorar o entendimento de regras de interacção social	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sensibilizar os colegas da turma para a diferença do aluno, quando a dificuldade social for maior, descrevendo os seus problemas sociais, como uma grande dificuldade. Elogiar sempre os colegas quando têm em atenção a sua problemática. Isto ajuda a promover empatia e tolerância nas outras crianças;</li><li>- Enfatizar os conhecimentos do aluno, criando situações cooperativas onde suas competências de vocabulário, memória e outras sejam vistas como vantajosas pelos colegas, melhorando assim a sua aceitação;</li><li>- Ensinar o aluno a interagir com os colegas (o que dizer e como dizer);</li><li>- Modelar interacções bidireccionais e treinar a sua aplicação;</li><li>- Desenvolver o julgamento social;</li><li>- Encorajar actividades sociais e diminuir o tempo que o aluno despende com interesses isolados. Por exemplo, o professor sentado à mesa de grupo ou em outro local pode activamente encorajar o aluno a participar na conversa com os colegas, não somente solicitando a sua opinião e fazendo-lhe perguntas, mas também subtilmente incentivando as outras crianças a fazer o mesmo.</li></ul>

**Figura 7** - Plano de Intervenção a Nível das Relações e Interacções Sociais

<b>Objectivos Gerais</b>	<b>Objectivos Específicas</b>	<b>Actividades/Estratégias</b>
- Aumentar a gama de interesses do aluno	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir as fixações intensas</li> <li>- Aceitar aos poucos, a aprendizagem de conteúdos fora do seu campo limitado de interesses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não permitir que o aluno discuta perseverantemente ou faça perguntas sobre interesses isolados;</li> <li>- Limitar esse comportamento (interesses isolados) só a um tempo específico do dia. Por exemplo se o aluno tem fixação por algum boneco dos desenhos animados e tem inumeráveis perguntas a fazer sobre ele só o deve fazer durante o recreio. Isso fará parte da sua rotina diária e ele aprenderá rapidamente a não fazer esse tipo de perguntas em outros horários do dia.</li> <li>- Individualizar, se necessário no início, todos os conteúdos em redor da sua área de interesse. De seguida e gradualmente introduzir outros tópicos.</li> <li>- Usar as fixações do aluno como um caminho para abrir o seu leque de interesses.</li> </ul>

**Figura 8** - Plano de Intervenção a Nível do Aumento da Gama de Interesses

<b>Objectivos Gerais</b>	<b>Objectivos Específicas</b>	<b>Actividades/Estratégias</b>
- Desenvolver competências de controlo emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a estrutura emocional, visando enfrentar com maior facilidade a sala de aula;</li> <li>-Adquirir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir explosões oferecendo um alto nível de consistência;</li> <li>- Preparar o aluno para mudanças na rotina diária de forma a diminuir o stress;</li> <li>- Ensinar o aluno a lidar com situações de stress ou de sobrecarga, para prevenir</li> </ul>

	competências no sentido de se tornar mais flexível;  - Melhorar a auto-estima e auto-conceito;  - Diminuir os níveis de ansiedade.	explosões;  -Ensinar passos a concretizar pela criança para controlar uma explosão, por exemplo: expirar fundo três vezes; contar os dedos da sua mão direita três vezes.  - Reduzir ao máximo os efeitos reflectidos na voz do professor. Este deve ser calmo, previsível, compreensível e paciente.
--	--	---

**Figura 9** - Plano de Intervenção a Nível de Competências de Controlo Emocional

Como já foi referido anteriormente, a área fraca que a Carolina apresenta é a do Conhecimento do Mundo. Essa área abrange uma imensidão de itens que constituem outras áreas, pois não se consegue ganhar curiosidade pelo nosso Mundo, sem se conseguir compreender como ele funciona, como se vive nele, que tipo de relações se estabelecem e qual o nosso papel na sua actividade.

Uma vez que a criança não revela interesse nem curiosidade pelo Mundo no qual vive e não tem noção do que acontece à sua volta, estes possíveis planos de intervenção poderão ajudar a Carolina a partir do momento que irão incentiva-la no seu convívio com o meio que a rodeia, irá proporcionar-lhe auto-estima e confiança para tomar iniciativa aquando de situações nas quais terá que interagir com a sociedade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Aquando da escolha deste tema, nunca pensei que fosse tão complexo. Sabia afinal, tão pouco sobre esta patologia. Este trabalho abriu-me os horizontes e fez-me perceber que a Síndrome de Asperger, poderá ter uma causa genética e pode ocorrer na mesma geração ou em várias gerações e em diferentes graus de intensidade segundo leituras realizadas em diferentes estudos estatísticos.

Como professores/educadores, temos a obrigação de criar condições propícias ao acto de comunicação, principalmente para os portadores de SA, uma vez que estes têm dificuldades nessa área, logo a sua inserção na sociedade será mais dificultada. Contudo, para cumprir esta missão, que é o ensinar, temos de compreender as características próprias desta patologia, ou seja, os seus comportamentos estereotipados, com o objectivo de estimular o processo de ensino/aprendizagem. Nesta perspectiva, temos que definir quais os objectivos a atingir, estimulando e acompanhando a criança/jovem no seu processo de desenvolvimento e de aprendizagem, contribuindo para a integração plena destes meninos na sociedade.

Defendendo um ensino inclusivo, deverá a escola preparar-se quer ao nível da comunidade educativa, quer ao nível das estruturas para receber estas crianças, dar-lhes e proporcionar-lhes a aquisição de novas competências.

É extremamente importante que nós educadores/professores e restante comunidade educativa estejamos preparados para trabalhar com crianças ditas “diferentes”, logo parti deste princípio e recolhi dados relacionados com esta temática por vários meios. Realizei entrevistas, elaborei uma grelha de comportamento, fichas de caracterização do meio, da instituição (Jardim de Infância), do aluno e utilizei uma bibliografia diversificada. No cruzamento destes dados pude concluir que esta patologia afecta sobretudo a área da comunicação e da linguagem, logo o acto de socialização encontra-se comprometido.

Para que haja uma intervenção adequada, é importantíssimo apostar na formação e sensibilização de toda comunidade educativa e apetrechar as escolas ao nível de recursos materiais, espaciais e humanos. O ideal seria criar equipas multidisciplinares que englobassem – professores, educadores, psicólogos, terapeutas, educador(a) social, entre outros, trabalhando estes profissionais em

equipa quer ao nível da programação, da aplicação e da avaliação. Só assim se conseguiria um ensino realmente para todos.

Parece que muitos anos vamos ter que percorrer até que consigamos ter uma escola verdadeiramente inclusiva. Cabe-nos a nós, profissionais da educação, zelar por estes meninos e trilhar o caminho da formação para que consigamos dar respostas adequadas às “crianças diferentes” que nos aparecem à escola.

A mudança para uma escola inclusiva só será alcançada quando a própria sociedade mudar os seus valores e quebrar os tabus em relação às pessoas com NEE.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ALBARELLO, L., DIGNEFFE F., MAROY J., RUQUOY D., GEORGES P.** (1997) Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva
- ANTUNES, N.** (2005) Comunicação sobre a Síndrome de Asperger na Infância e na Adolescência;. Seminário sobre a Síndrome de Asperger. Mirandela
- ATTWOOD, T.** (2006) A Síndrome de Asperger – Um guia para pais e profissionais. Lisboa: Verbo
- BORREGUERO, P.** (2004) El síndrome de Asperger : Excentricidad o Discapacidad social? Madrid: Alianza Editorial
- CUMINE, V., LEACH J., STEVENSON G.** (2006). Compreender a Síndrome de Asperger. Porto: Porto Editora
- DSM-IV-TR** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2002.
- FARREL, M.** (2008) Dificuldades de comunicação e autismo. Porto Alegre Brasil: Artmed
- FEURSTEI, R.** (1989) – Programa de Enriquecimento Instrumental (Apoyo didáctico 11-11 y 14 instrumentos. Madrid: Ed. Bruno
- FILIPE, C.** (2005) Comunicação sobre a Síndrome de Asperger na Adolescência e na Idade Adulta; Seminário sobre a Síndrome de Asperger. Mirandela
- FLORES, J.** (1994) Influência da família na personalidade da criança – Porto: Porto Editora
- FORTIN, M.** (1996) O processo de investigação: da concepção à realização. Copyright Décarie Éditeur.
- FREIRE, P.** (1997) Extensão ou Comunicação. São Paulo – Brasil: Paz e Terra
- FRITH, U.** (1994) Autism and Asperger syndrome. Cambridge: Cambridge University Press
- GAUDERER, C.** (1997). Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Rio de Janeiro - Brasil: Revinter
- GHAZAL, M.** (1993) Come a sopa e... cala-te! – Uma abordagem dos conflitos Pais – Filhos. Temas Pedagógicos. Lisboa: Editorial Estampa
- GILBERG, C.** (2002) A guide to Asperger Syndrome. Cambridge University Press

**GONZÁLEZ, C. M.** (1992). El trastorno autista. contextualización e intervención logopédica. Sevilla: Ediciones Alfar

**KETELE, J., ROEGIERS X.** (1993) Metodologia de Recolha de Dados. Lisboa: Grafiroda – Artes Gráficas

**LÉVY, P.** (1994) L'Intelligence Collective: Pour une anthropologie du cyberspace. Paris: La Découverte

**MADUREIRA, Isabel Pizarro e LEITE, Teresa Santos** (2003) Necessidades Educativas Especiais, Universidade Aberta, Lisboa

**MARQUES, C. E.** (2000) Perturbações do Espectro do Autismo. Coimbra: Quarteto Editora

**MEYERS, D.** (1999) Psychology (Ise). W.H.Freeman & Co Ltd

**MORÁN, C.**(1987) Educar para a Comunicação: Análise das experiências latino-americanas de Leitura Crítica da Comunicação. ECA-USP, 1987

**PEREIRA, M. C.** (2005). Autismo. A família e a escola face ao autismo. V. N. Gaia: Gailivro

**PEREIRA, M.** (2006). Uma perturbação do desenvolvimento. Vila Nova de Gaia: Gailivro

**RIZZO, G.** (1988) Educação Pré-Escolar. Rio de Janeiro – Brasil: Francisco Alves Editora

**ROZENTAL, L.** (1993). El autismo. Enfoque fonoaudiológico. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.

**SCHWARTZMAN, J.** (2003) Autismo Infantil. São Paulo: Editora Memnon

**VASCONCELOS, T.** (1997) Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar. Ministério da Educação, Lisboa

**AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO NA ÁREA DAS NEE** – Ministério da Educação

**Legislação Interna** - Decreto – Lei 3/2008 de 7 de Janeiro

**INTERNET:**

[http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_de\\_Aasperger](http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Aasperger)

[http://www.infoasperger.es/estudios/Estudio\\_SA\\_Daniela\\_Baudrier.html](http://www.infoasperger.es/estudios/Estudio_SA_Daniela_Baudrier.html)

<http://www.apagina.pt/arquivo/Artigo.asp?ID=4638>

# **ANEXOS**