



**Teresa Eva Pereira  
Baptista**

**Competências sócio-emocionais em crianças com  
perturbação autística**

Relatório de estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação – área de especialização em Educação Especial, realizada sob a orientação científica da Doutora Lénia Sofia de Almeida Carvalhais, investigadora do Centro de Psicologia da Universidade do Porto e sob a co-orientação da Doutora Paula Ângela Coelho Henriques dos Santos, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro



Dedico este trabalho a todos os pais de crianças com necessidades educativas especiais e a todos os profissionais de educação que, além dos conteúdos programáticos, incluem nos seus planos de intervenção estratégias para o desenvolvimento das competências sociais.



## **o júri**

presidente

**Professora Doutora Marlene da Rocha Miguéis**  
professora auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Lénia Sofia de Almeida Carvalhais**  
investigadora no Centro de Psicologia da Universidade do Porto

**Professora Doutora Paula Ângela Coelho Henriques dos Santos**  
professora auxiliar no Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Ana Maria Silva Pereira Henriques Serrano**  
professora associada do Instituto de Educação da Universidade do Minho



## **agradecimentos**

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus que me mostrou o caminho para a realização de um sonho.

Às minhas orientadoras, professora Doutora Lénia Carvalhais e Professora Doutora Paula Santos, pelo questionamento constante e construtivo, fazendo-me ir além do que imaginava. Obrigada pelos ensinamentos, pelo apoio e por nunca vos ter faltado tempo para me ajudar a dissipar as minhas dúvidas e incertezas.

À mestre Marisa Filipe, pela sua generosidade e contributo.

À educadora Ana Vera e a toda a equipa da Unidade de Autismo onde realizei o estágio curricular, obrigada pelo excelente acolhimento, pela compreensão e colaboração no ajuste dos seus horários em função da minha apertada agenda.

À mãe da criança com quem realizei a intervenção, por ter aceite e demonstrado tanto interesse no meu trabalho e por alterar as suas rotinas diárias em função da minha disponibilidade horária para realizar a intervenção.

À Esther, que de colega de mestrado rapidamente se transformou numa boa amiga e companheira. Obrigada pelos momentos de partilha, pelas palavras de coragem e pela genuína vontade de ajudar.

Ao Paulo, o meu melhor amigo e amor da minha vida, devo-lhe o ânimo e o incentivo para conseguir conciliar o meu trabalho e o estágio. Agradeço-lhe o apoio e a paciência.

Às minhas queridas irmãs, obrigada pelo amor incondicional e por acreditarem sempre.

Aos meus amigos Zé, Tânia, Isabel, Mariana, João, Rô e Sandrinha, agradeço o interesse que sempre demonstraram durante o estágio, a força que deram e os bons momentos de alegria e amizade que me proporcionaram sempre que sobrava tempo.





## palavras-chave

Autismo, avaliação, intervenção, competências sociais, emoções, expressão facial.

## resumo

As limitações ao nível do reconhecimento facial de emoções são apontadas como um dos factores que podem estar na base das dificuldades interacção social das crianças com Perturbação Autística (PA), traduzindo a falta de reciprocidade emocional e a dificuldade na compreensão dos factos a partir da perspectiva do outro. Neste sentido, as crianças com PA manifestam comprometimento das competências sociais. Com este estudo, desenvolvido no âmbito de um estágio, procurámos avaliar as competências ao nível do reconhecimento visual de emoções em faces em crianças com e sem PA, bem como desenvolver um programa de intervenção centrado nesta temática. A amostra compreendeu um total de seis crianças nativas do português europeu, cinco rapazes e uma rapariga, com a mesma idade cronológica (sete anos) sendo que três crianças apresentavam o diagnóstico de PA, e as restantes crianças, que constituíram o grupo de controlo apresentavam um desenvolvimento normal. No sentido de avaliar o reconhecimento facial, foi aplicado um teste com seis emoções distintas: raiva, alegria, surpresa, tristeza, medo e nojo. As imagens correspondentes às diferentes emoções incluíram um total de trinta e seis fotografias, dezoito do sexo masculino e dezoito do sexo feminino, validadas pelas investigações de Ekman (1993). Os resultados do reconhecimento facial de emoções no grupo experimental e no grupo de controlo não se diferenciaram estatisticamente. Por outro lado, verificou-se uma grande variabilidade nos resultados obtidos pelo grupo experimental, o que nos leva a concluir que, embora o diagnóstico seja o mesmo, as crianças com PA apresentam características individuais que as diferenciam entre si. Após a avaliação das competências sociais relacionadas com o reconhecimento facial das emoções, a avaliação das funções executivas (BRIEF, Gioia et al., 2000) e das capacidades e dificuldades (Goodman, 2005), procedeu-se à intervenção com uma das crianças do grupo experimental. Esta intervenção procurou contextualizar a criança no âmbito das suas dificuldades de cariz prioritário e encontrar estratégias compatíveis com as suas necessidades. Após a intervenção verificou-se que a criança apresentava uma redução dos comportamentos estereotipados (promotores de isolamento), um aumento da interacção com os pares, uma melhoria na gestão dos conflitos e um autocontrolo emocional.



**keywords**

Autism, assessment, intervention, social skills, emotions, facial expressions.

**abstract**

The constraints on the facial recognition emotions are seen as one of the factors that may underlie the social interaction difficulties of autistic children, reflecting the lack of emotional reciprocity and difficulties in understanding the facts from the perspective of the other. In this sense, children with autism manifest impairment of social skills. In this study developed within a stage, we tried to assess the skill's level of the visual recognition of facial expression of emotions in children with and without special needs education. We also developed an intervention program focused on this theme. The sample comprised a total of six European Portuguese native children, five boys and one girl, with the same chronological age (seven years old). Three of these children had a diagnosis of autism, and the remaining children, who constituted the control group had normal development. In order to evaluate facial recognition, a test was applied with six different emotions: anger, joy, surprise, sadness, fear and disgust, represented in thirty-six different photographs, eighteen male and eighteen female. All of these images were validated by investigations of Ekman (1993). The results of the facial recognition of emotions in the experimental group and control group did not differ statistically. On the other hand, there was a large variability in the results obtained by the experimental group, which leads us to conclude that, although the diagnosis is the same, the children with autism have individual characteristics that differentiate them from each other.

After assessing the social skills related to the recognition of facial emotions, the evaluation of executive functioning (BRIEF, Gioia et al., 2000) and the strengths and difficulties (Goodman, 2005), proceeded to an intervention with one child of the experimental group. This intervention sought to contextualize the child within the priority nature of his difficulties and find strategies compatible with his needs. After the intervention, it was concluded that the child had a reduction of stereotyped behavior (isolation promoter), an increase in interaction with the peers, an improvement in conflict management and emotional control.



# ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS .....	iii
LISTA DE TABELAS .....	v
LISTA DE ACRÓNIMOS.....	vii
INTRODUÇÃO .....	- 1 -
1. Problema.....	- 2 -
2. Questões e Objectivos.....	- 3 -
3. Estrutura do relatório .....	- 4 -
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>- 5 -</b>
CAPÍTULO I – PERTURBAÇÃO AUTÍSTICA: EVOLUÇÃO CONCEPTUAL.....	- 7 -
1.1. Factores Etiológicos .....	- 9 -
1.2. Manifestações.....	- 10 -
CAPÍTULO 2 – COMPETÊNCIAS SÓCIO EMOCIONAIS EM CRIANÇAS COM PA .....	- 13 -
2.1. Teoria da Mente .....	- 15 -
2.2. A capacidade de reconhecimento facial de emoções .....	- 16 -
2.3. Avaliação das competências sócio emocionais .....	- 19 -
2.4. Instrumentos de avaliação das competências sócio emocionais em PA.....	- 21 -
CAPÍTULO 3 – MODELOS DE INTERVENÇÃO EM PA.....	- 25 -
3.1. Modelo TEACCH.....	- 27 -
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>- 31 -</b>
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA.....	- 33 -
4.1. Objectivos .....	- 34 -
4.1.1. Estudo da avaliação da capacidade de reconhecimento facial de emoções. ...	- 34 -
4.1.2. Estudo de caso.....	- 34 -

4.2.	Amostra .....	- 36 -
4.2.1.	Estudo da avaliação da capacidade de reconhecimento facial de emoções...	- 36 -
4.2.2.	Estudo de caso.....	- 36 -
4.3.	Instrumentos de Avaliação e Materiais de Intervenção .....	- 37 -
4.3.1.	Teste de reconhecimento de emoções (Ekman, 1993).....	- 37 -
4.3.2.	Estudo de caso.....	- 37 -
4.3.2.1.	Instrumentos de Avaliação aplicados no âmbito do estudo de caso.....	- 37 -
4.3.2.2.	Materiais de Intervenção utilizados no âmbito do estudo de caso.....	- 39 -
4.4.	Procedimentos.....	- 44 -
4.4.1.	Estudo da avaliação da capacidade de reconhecimento facial de emoções...	- 44 -
4.4.2.	Estudo de caso.....	- 44 -
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS.....		- 45 -
5.1.	Estudo da avaliação da capacidade de reconhecimento facial de emoções .....	- 45 -
5.2.	Estudo de caso .....	- 46 -
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES.....		- 51 -
BIBLIOGRAFIA.....		- 59 -
<b>ANEXOS</b> .....		- 65 -
ANEXO 1 – Quadro de Observação.....		- 67 -

# LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Recurso à caixa das emoções .....	- 39 -
Figura 2 - Local onde decorreu a intervenção.....	- 41 -
Figura 3 - Caderno das Emoções .....	- 42 -
Figura 4 - Actividade de associação de emoções à sinalização rodoviária .....	- 43 -





# LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Acertos do grupo controlo e do grupo experimental no que respeita a capacidade de reconhecimento de emoções em faces.....	- 45 -
Tabela 2 - Resultados da aplicação do questionário BRIEF .....	- 47 -
Tabela 3 - Resultados da aplicação do questionário de capacidades e de dificuldades- SDQ-Por .....	- 47 -
Tabela 4 - Teste de Reconhecimento Facial de Emoções após a intervenção .....	- 50 -



# LISTA DE ACRÓNIMOS

ABA – *Applied Behaviour Analysis Model*

BRIEF – *Behavior rating scale inventory of executive function*

DIR – *Developmental, Individual-Difference, Relationship-Based Model*

PA – *Perturbação Autística*

PEA – *Perturbações do Espectro do Autismo*

PECS – *Picture Exchange Communication System Model*

SDQ – *Skills and Difficulties Questionnaire*

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



# INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório insere-se no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Ciências da Educação - Especialização em Educação Especial.

O tema desta investigação prende-se com o estudo das competências sócio emocionais em crianças com PA. Este estudo engloba uma análise comparativa do reconhecimento facial de emoções em crianças com PA e crianças sem este diagnóstico, da mesma idade cronológica e a frequentar a mesma escola. A elaboração deste relatório insere-se no âmbito do estágio curricular desenvolvido numa Unidade de Ensino Estruturado, do distrito de Aveiro. Para além desta análise comparativa, o estágio curricular incluiu ainda a intervenção com uma criança com diagnóstico de PA.

Esta temática partiu do interesse em compreender as dificuldades que as crianças com PA enfrentam nas relações e no contacto com os outros. Por outro lado, as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) têm vindo a ser alvo de interesse por parte dos investigadores nos últimos anos. A contribuição deste projecto assume também esse propósito, um facto que é legítimo na medida em que a prevalência destas perturbações tem vindo a amplificar-se (Sweeney & Hoffman, 2007). Uma vez que a intervenção realizada no âmbito deste trabalho incidiu sobre uma criança diagnosticada com autismo, utilizaremos a partir deste momento, a nomenclatura que se encontra no DSM IV-TR (2000): “Perturbação Autística” (PA) para designar o fenómeno em estudo.

## 1. PROBLEMA

O desenvolvimento infantil harmonioso pressupõe a sequência de várias etapas evolutivas, contudo, há um desfasamento do desenvolvimento da criança com PA em relação ao padrão normal. Brasic (2008) defende que, a este nível, se verificam alterações muito precoces, tipicamente antes dos três anos, evidenciando-se os desvios qualitativos na comunicação, na socialização e na capacidade para realizar o jogo simbólico. Entre as manifestações da PA incluem-se as dificuldades ao nível da interacção social. De acordo com Howlin (2005), esta competência apresenta-se também limitada em crianças autistas, com desenvolvimento cognitivo adequado para a idade cronológica. Se para uma criança ou adulto com desenvolvimento normal, a leitura das expressões faciais de quem os rodeia é habitual, sendo consciente ou não, a vida de um indivíduo autista é afectada nesta capacidade de leitura e reconhecimento das emoções (Ellis, 1997). Deste modo, revelou-se pertinente verificar se as crianças autistas manifestam dificuldades no reconhecimento facial de emoções, um estudo, que apesar de ser efectuado numa amostra reduzida, nos permite também perceber aspectos importantes em crianças autistas portuguesas. Pelo facto de não se conhecer estudos em Portugal sobre esta temática, efectuou-se um estudo inicial numa amostra reduzida de crianças portuguesas com PA. Após essa análise também se procurou verificar se estes dados seriam pertinentes para uma avaliação inicial, tendo em vista uma intervenção nas componentes sociais e emocionais em crianças com PA.

Klin e colaboradores (2007) acrescentam que as dificuldades sociais deveriam diferenciar crianças com PA de crianças com outras perturbações e este parecer sustenta a importância de sublinhar este défice aquando a tomada de decisões sobre que estratégias adoptar no processo educativo da criança. Em sintonia com esta posição, Carter e colaboradores (2005) consideram que as dificuldades na interacção social têm sido consistentemente identificadas como uma, se não a característica, central do autismo. Importa acrescentar que embora com diagnósticos iguais, cada

criança com PA apresenta um quadro de manifestações da perturbação muito particular, cuja intervenção dependerá da especificidade das suas dificuldades.

## *2. QUESTÕES E OBJECTIVOS*

Estudos recentes como os de Golan e colaboradores (2008) demonstraram que as crianças diagnosticadas com PA têm dificuldade em reconhecer emoções a partir de expressões faciais, da entoação vocal e da postura corporal. Querendo esmiuçar todos os factores que envolvem a problemática da interacção social da criança com PA, importa contemplar a necessidade de recorrer a um instrumento de avaliação, para determinar na população alvo da instituição em que ocorreu o estágio, até que ponto se mantém ou não as conclusões obtidas a partir de investigações, que não foram realizadas e aferidas para a população portuguesa. Sugere-se esta meta a alcançar, na medida em que pela revisão da literatura efectuada, não se encontraram até à data, trabalhos de investigação em Portugal que preconizassem a comparação de indivíduos com PA, relativamente a outros com desenvolvimento normal, no âmbito do reconhecimento facial de emoções. Será a capacidade de reconhecimento facial de emoções determinante para a qualidade das relações e interacções estabelecidas pelos indivíduos com PA? O que caracteriza a sua interacção social? Que instrumentos de avaliação recolhem dados acerca das competências da criança com PA? Que caminhos e estratégias de intervenção estão delineados? Pretende-se igualmente com esta investigação assumir o compromisso de intervenção com uma criança inserida num contexto de ensino regular e acompanhada também pela equipa multidisciplinar da Unidade de Ensino Estruturado. No âmbito deste compromisso, outros objectivos emergem: contextualizar a realidade da criança delineando quais as suas reais dificuldades de interacção social; desenhar um plano de intervenção contingente com essas dificuldades; atribuir flexibilidade e rigor na adequação das estratégias a propor.

### *3. ESTRUTURA DO RELATÓRIO*

Este relatório apresenta numa primeira parte o enquadramento teórico do tema em análise. No primeiro capítulo descreve-se a evolução do conceito da PA, bem como os respectivos factores etiológicos e manifestações. O segundo capítulo centra-se nas competências sócio emocionais da criança com PA, fazendo referência aos pressupostos teóricos da Teoria da Mente e à capacidade de reconhecimento facial de emoções de crianças com PA. Também neste capítulo se refere a importância da avaliação das competências sócio-emocionais e alguns dos respectivos instrumentos de avaliação. Por sua vez, no terceiro capítulo são apresentados alguns modelos de intervenção, focando-se a análise no modelo de intervenção TEACCH.

Numa segunda parte deste trabalho, são apresentadas as várias componentes associadas ao estudo empírico. O quarto capítulo incorpora a metodologia utilizada, descrevendo os objectivos, a amostra, os instrumentos e material utilizado, bem como os procedimentos durante o processo de estágio curricular.

No quinto capítulo são colocados em destaque os resultados. Posteriormente, no sexto e último capítulo é realizada a discussão dos resultados e são apresentadas as conclusões deste estudo.



# **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



# CAPÍTULO I – PERTURBAÇÃO AUTÍSTICA: EVOLUÇÃO CONCEPTUAL

Segundo o DSM-IV-TR (2000), as PEA são Perturbações Pervasivas/Globais do Desenvolvimento, nas quais se incluem a perturbação autista, a perturbação de Asperger, a Perturbação de Rett, a perturbação desintegrativa da primeira infância e a perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação. Whetherby (2000) refere que as características principais das PEA são:

- 1) Dificuldades na interação social, manifestadas pela relutância no uso de comunicação não-verbal, falta de reciprocidade sócio emocional e falha no estabelecimento de relações sociais;
- 2) Défices na comunicação verbal e não-verbal, demonstradas pelo atraso ou falta de linguagem falada e gestual, problemas em iniciar ou em manter uma conversa, dificuldades no jogo de faz-de-conta;
- 3) Padrões de comportamentos e movimentos repetitivos e adesão inflexível a rotinas.

A perturbação autista foi definida por Kanner, em 1943, sendo inicialmente denominado Distúrbio Autístico do Contacto Afectivo, como uma condição com características comportamentais bastante específicas tais como: perturbação das relações afectivas com o meio, solidão autística extrema, inabilidade no uso da linguagem para comunicação, presença de boas potencialidades cognitivas, aspecto físico aparentemente normal, comportamentos ritualísticos, e incidência

predominante no sexo masculino (Tamanaha, Perissinoto, & Chiari, 2008). Em 1944, Asperger apresentou estudos onde definiu o distúrbio que ele próprio denominou como “Psicopatia Autística”, manifestada pelo transtorno severo na interação social, uso pedante da fala, desajeitamento motor e incidência apenas no sexo masculino. Nos anos 50 e 60, ganharam força as teorias psicanalíticas, que consideraram o autismo uma perturbação emocional decorrente da acção de factores externos à criança. Na sua génese estaria a relação dos pais com a criança, cujo desenvolvimento era normal até ao nascimento (Oliveira, 2010). A frieza dos progenitores, sobretudo por parte da mãe, era apontada como a causa de um défice afectivo que conduzia ao autismo. Em 1967, Bettelheim introduz o conceito “Mães frigorífico”.

Na década de setenta, Lorna Wing realizou um estudo epidemiológico que permitiu concluir que todas as crianças diagnosticadas com Autismo apresentavam uma tríade de características muito específicas, que se agrupavam nos seguintes sintomas:

- 1) Uma limitação extrema na capacidade da criança participar em situações que exigem um certo convívio social ou “interacção social” mútua;
- 2) Uma forte diminuição da capacidade da criança participar em convívios sociais, que incentivem a utilização da expressão livre da comunicação tanto receptiva como expressiva;
- 3) Uma redução do poder de utilização da capacidade imaginativa e da fantasia da criança, fazendo com que ela adquira um limitado repertório comportamental. Isto quer dizer que a criança tem dificuldade em fantasiar e que o seu comportamento se torna muito repetitivo e estereotipado.

A estes três sintomas deu-se o nome de “Tríade de Lorna Wing” (Wing, 1996, cit. por Marques, 2000). Na revisão de critérios de diagnóstico, utilizados no DSM-IV, foi proposta a classificação do autismo infantil como subcategoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Essa secção caracterizou-se pelos prejuízos severos e invasivos nas áreas de interação social e repertório restrito de interesses e actividades. Assinalou-se ainda que, no quadro das PEA, houve um aumento na prevalência sugerida pelos estudos epidemiológicos, fixando-se em,

aproximadamente, 15 casos por 10000 indivíduos, (Tamanaha, Perissinoto, & Chiari, 2008).

### *1.1. FACTORES ETIOLÓGICOS*

Uma vez que se desconhece as causas exactas da perturbação do autismo, várias teorias explicativas foram surgindo no âmbito da investigação. Tendo em conta uma perspectiva neurológica, avança-se com a possibilidade de alterações ao nível da activação do córtex superior (Santos & Sousa, (s.d.)). Outros autores, avançam com factores genéticos e de base biológica, que podem estar relacionados com complicações obstétricas, exposição a agentes tóxicos e infecções pré-natais, perinatais e pós-natais. De acordo com Brasic (2008) algumas crianças desenvolvem a perturbação do espectro do autismo após vacinação, incluindo inoculações para sarampo, parotidite e rubéola.

Em 1994, Cohen e Bolton apresentaram a Teoria do Patamar Comum, defendendo que existem várias causas, das quais ainda algumas não foram descobertas, que afectam várias áreas cerebrais e que serão estas as áreas responsáveis pelo desenvolvimento normal da comunicação, do funcionamento social e do jogo. A tendência actual é de considerar o autismo uma perturbação comportamental, com causas múltiplas e com fortes implicações para o desenvolvimento global infantil. (Volkmar, Lord, Bailey, Schultz, & Klin, 2004, cit. por Camargo & Bosa, 2009).

## 1.2. MANIFESTAÇÕES

Segundo Santiago (2005), o indivíduo autista manifesta ao longo da vida uma evolução dos sintomas, os quais estão relacionados com as características das diferentes faixas etárias e das características individuais:

- 1) No bebé, o autismo pode manifestar-se através da indiferença, falta de interesse pelas pessoas e pelo ambiente, e sentir medos estranhos. As respostas geralmente são diferentes das dos outros bebés. Podem ter problemas de alimentação e ainda problemas de sono;
- 2) Até ao 1 ano de idade, manifesta comportamentos repetitivos, restritivos ou estereotipados (bater palmas, rodar objectos e rodar a cabeça). Pode ainda ter interesses obsessivos pela luz, por um brinquedo ou objecto. O caminhar nestas crianças pode ser tardio.
- 3) Até aos 2 anos de idade, manifesta ausência de comunicação verbal e gestual. A linguagem pode tardar ou mesmo não aparecer. Podem ainda não manifestar interesse pelo comer e vestir sozinho e dar respostas pouco adequadas aos estímulos sensoriais.
- 4) Depois dos 2 anos, a criança começa por isolar-se aquando das brincadeiras em grupo. Nesta altura os problemas do domínio cognitivo, especialmente de linguagem, começam a evidenciar-se. Usa a ecolália constantemente e fala utilizando padrões repetitivos, não usa o “sim” e o “não”, inverte os pronomes e não compreende os sentidos figurados.
- 5) No período dos 3 aos 6 anos, é a etapa mais difícil para a criança e para os pais, com manifestações mais evidentes das dificuldades ao nível da linguagem e interacção social. Podem verificar-se comportamentos agressivos, birras sem causa aparente, medos excessivos das situações diárias.
- 6) Dos 6 anos à adolescência, alguns dos principais sintomas perturbadores do comportamento, tendem a diminuir.

Quando nasce, a criança não evidencia características que apontam para esta perturbação. O comportamento autista começa a manifestar-se por volta dos 2 a 5 anos de idade (Aparas, 2008). Relativamente à esfera comportamental, destacam-se os movimentos repetitivos e as estereotípias, muito evidentes em algumas crianças e com manifestações mais discretas em outras. Segundo Araújo (2009), podem agitar repetidamente os braços, andar de bicos de pés ou manterem-se durante longos períodos de tempo a empilhar brinquedos.

Relativamente a aspectos sociais, as crianças com PA revelam dificuldade em relacionar-se com os outros, incapacidade de partilhar sentimentos, gostos, emoções e a dificuldade em distinguir pessoas. As dificuldades ao nível da socialização, analisadas com maior pormenor noutra parte deste documento, levam a que a criança autista vivencie uma falta de reciprocidade social e tenha uma pobre consciência da outra pessoa.

De acordo com Mello (2005), a comunicação da criança com PA é caracterizada pela dificuldade em utilizar com sentido todos os aspectos da comunicação verbal e não-verbal. Pode verificar-se a existência de mutismo, pobre vocabulário, uso desadequado do tom da voz e velocidade da fala, dificuldades em manter uma conversa, bem com a falta de compreensão de metáforas.

No que respeita ao domínio cognitivo, destacam-se as seguintes características: défices de abstracção, sequencialização e compreensão de regras; dificuldade para compreender um determinado estímulo multissensorial; dificuldade em processar e elaborar sequências temporais e dificuldade para perceber as contingências dos seus comportamentos e dos comportamentos dos outros. Importa ressaltar que embora estas dificuldades sejam comuns em crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, estas expressam-se em cada indivíduo de forma distinta, tornando-se imprescindível uma observação cuidada para identificar as suas necessidades individuais, assim como áreas fortes.





## CAPÍTULO 2 – COMPETÊNCIAS SÓCIO EMOCIONAIS EM CRIANÇAS COM PA

De acordo com o DSM-IV-TR (2000), verifica-se na população autista um acentuado déficit no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, nomeadamente no contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos. Por outro lado, Garcia e Rodriguez acrescentam a estas dificuldades, a “incapacidade de estabelecer relações com os pares que impliquem uma partilha mútua de interesses, de actividades e emoções.” (1997, p. 252). Os mesmos autores afirmam que a criança autista raramente procura os outros em busca de conforto e afecto em caso de ansiedade, desconforto ou sofrimento e que se verifica, ainda:

Inexistência de procura espontânea para partilha de alegrias, interesses ou de sucessos com os outros; Ausência de reciprocidade social e emocional, que se manifesta por respostas perturbadas ou anormais às emoções dos outros, ou ausência de modulação do comportamento em função do contexto social. (idem, p.152).

Já em 1983, Mahler recolheu e destacou a opinião de mães de crianças autistas em entrevistas de anamnese: "Era muito doloroso ver bebês alegres no colo das outras mães; o meu filho tentava escorregar do meu colo assim que podia; “Ele nunca saudou a minha chegada, nunca reparou quando eu saía do quarto”; “Nunca senti que era importante para o meu bebê”; "Assim que começou a andar ele fugia de mim."; “Ele nunca sorriu para mim.”; "Assim que começou a andar ele fugia de mim." (p.157).

Este défice ao nível da comunicação não-verbal pode levar a criança autista a sofrer com a falta de habilidade em realizar o intercâmbio de ideias e sentimentos, o que por sua vez leva ao que Gilberg (1992) considerava uma das características fundamentais das crianças autistas: a falta de empatia e de relacionamento emocional com os outros. Também Golan e colaboradores (2008) reconhecem esta característica, traduzindo-a numa dificuldade em reconhecer emoções a partir de expressões faciais, da entoação vocal e da expressão corporal.

Por sua vez, Baron-Cohen e Weelwright (2004), dedicados há vários anos ao estudo das Perturbações do Autismo, colocam em destaque a definição de empatia, que sugere a existência de duas componentes interligadas, a cognitiva (o reconhecimento em outra pessoa de um determinado estado mental) e a afectiva (a reacção emocional ao estado mental dessa pessoa). As causas associadas à dificuldade e/ou ausência de empatia podem prender-se com questões genéticas e neuronais. A população autista tem dificuldade em atribuir um estado mental a outra pessoa e de responder com uma emoção apropriada, e em tempo real, ao estado mental dessa pessoa (idem). O impacto desta dificuldade na vida social das crianças é enorme.

Por outro lado, inerente à dimensão da interacção social das crianças diagnosticadas com PA, importa realçar que pode verificar-se a existência de comportamentos associados à irritabilidade e agressividade, devido a situações geradoras de stresse ou de mudança de rotina. A este respeito, Szabo (1999) considera que as características que melhor traduzem o perfil de uma criança com PA são a apatia, isolamento, agressividade, hipo ou hiperactividade física marcante ou extrema passividade. O autor acrescenta que estas crianças têm crises de choro e angústia sem motivos aparentes, são resistentes a mudanças na rotina e, às vezes, agem de forma agressiva e destrutiva. Dada a inquestionável limitação das crianças autistas ao nível da comunicação não-verbal, é importante sublinhar os resultados da investigação de Filipek e colaboradores (2000) que defendem que, tendo em conta a inexistência de marcas físicas e biológicas que diagnostiquem o autismo, o diagnóstico deve centrar-se no comportamento. Estudos recentes que comparam 109 crianças autistas e 33 crianças com desenvolvimento normal demonstraram que os problemas com o contacto visual, partilha de atenção, brincar simbólico, imitação, comunicação e

linguagem não-verbal são passíveis de serem observados e avaliados por volta dos 18 meses de idade (idem).

## *2.1. TEORIA DA MENTE*

Uma teoria procura, entre outras aspirações, fundamentar e explicar determinados fenómenos. Segundo a teoria da mente, as crianças com PA têm dificuldade na capacidade de estabelecer representações dos estados mentais de outras pessoas (Happé, 1998).

Segundo Cuxart (2000), a teoria da mente está relacionada com a dificuldade que a criança com PA tem em fazer corresponder estados externos a estados internos e de realizar acções simbólicas ou imaginativas. Neste sentido, depreende-se que a capacidade empática associada à “leitura da mente” e ao “colocar-se no lugar do outro” é afectada.

Baptista e Bosa (2002) apontam para o exemplo das crianças sem NEE de quatro anos de idade que já evidenciam condições de interpretar as intenções nas acções dos outros, tanto as reais como as simuladas. Assim, além de procurarem explicação para uma determinada acção de uma pessoa, demonstram capacidade para interpretar situações simuladas, de faz de conta. Esta capacidade mental de interpretação das acções de terceiros, já presente em crianças de 4 anos de idade, não se verifica em indivíduos com PA (nas mesmas faixas etárias). Esta capacidade não se aplica apenas à relação do indivíduo com o outro, mas também aos actos mentais internos, uma vez que os processos de metacognição são extremamente débeis em indivíduos com PA. De acordo com este ponto vista, Happe (1998) compara esta dificuldade da criança com PA a um estado de “cegueira mental”, comparativamente a uma criança com um desenvolvimento normal, cuja capacidade de “ler a mente” se espera intacta. Outro contributo compatível com este ponto de vista é o de Beyer (2002), que defende que a

dificuldade destas crianças na representação mental não se confina apenas à assimilação de conhecimentos informativos, mas que também compromete a compreensão das relações humanas, sendo este um ponto de partida para o desenho da intervenção alicerçada no desenvolvimento das competências sociais, base deste produto de investigação.

## 2.2. *A CAPACIDADE DE RECONHECIMENTO FACIAL DE EMOÇÕES*

A expressão facial é um importante recurso para comunicar e permite expressar emoções e estados de espírito. Por sua vez, o reconhecimento emocional é essencial para interagir e para integrar os indivíduos nas dinâmicas das relações humanas. Ellis e colaboradores (1997) enfatizaram que a capacidade de identificar e distinguir as diferentes emoções é, por si só, uma importante capacidade social e potencia o sujeito a responder de forma empática e a compreender como as suas acções afectam os outros. Outro contributo valioso para o estudo da pertinência das expressões faciais na comunicação com os outros é o de Besche-Richard e Bungener (2008) que consideram a capacidade de reconhecer nos outros um estado emocional, nomeadamente através das expressões faciais, como fundamental para uma boa interacção social. Esta capacidade é importante para que se verifique uma adequação dos comportamentos às diferentes situações da vida quotidiana. De acordo com os mesmos autores, as expressões faciais são indícios não-verbais pertinentes, que orientam os nossos comportamentos no relacionamento com os outros, já que, uma má interpretação ou uma errada identificação das emoções nos outros pode levar a reacções inadequadas. No que concerne às crianças com PA, as suas habilidades de interacção social são afectadas pelas dificuldades que revelam em associar expressões faciais a emoções. Já em 1986, Hobson demonstrou que as crianças com PA se destacavam pela dificuldade em seleccionar a correcta expressão facial na tarefa de a fazer corresponder a gestos, vocalizações ou a contextos emocionais.

Rump e colaboradores (2009) concluíram que esta dificuldade pode contribuir para reacções inapropriadas. Esta dificuldade foi explicada por Lô e colaboradores (2010) como resultante de alterações ao nível das estruturas límbicas, nomeadamente do hipotálamo.

Um dos materiais desenvolvidos para a intervenção nesta área é a Caixa das Emoções, um recurso didáctico criado na Bélgica por Kog, Moons e Depondt (2004). Trata-se de uma ferramenta que aborda as emoções da tristeza, alegria, raiva e medo, procurando ajudar as crianças até aos 8 anos a desenvolver a capacidade de identificar e distinguir emoções. Inclui máscaras e um CD de músicas relativas às emoções, fantoches, cartões com uma imagem referente a uma situação promotora de determinadas emoções, entre outros materiais. Ferre Leavers (2004) lembra Nanette Smith, que conclui na sua dissertação sobre este assunto e afirmou num programa da BBC para professores: “Usamos a Caixa Cheia de Emoções por apenas sete semanas e já observamos uma diferença significativa percebemos um sentimento geral de protecção, consciência, amizade e empatia entre as crianças” (p.63).

Destacam-se entre os objectivos específicos da Caixa das Emoções:

- Reconhecer sentimentos;
- Nomear sentimentos;
- Distinguir os sentimentos neles próprios e nos outros;
- Identificar, compreender e expressar as suas emoções;
- Estar mais atento e sensível aos sentimentos dos outros;
- Tornar-se mais consciente dos sentimentos dos outros;
- Expressar amizade e empatia;
- Imaginar-se na perspectiva dos outros;
- Identificar sentimentos com base em sinais corporais;
- Reconhecer o que se sente e o que se faz, por exemplo, quando se está com medo;
- Aprender a nomear cada sentimento;
- Aceitar que o outro se zangue com ele, sem querer fugir da situação ou ficar deprimido;

- Aprender a exprimir e a comunicar os sentimentos aos outros (para diminuir a possibilidade de manifestar comportamentos menos adequados, numa situação emocionalmente complicada);
- Reagir de forma menos agressiva;
- Fazer uma ligação entre as suas vivências e as dos outros.

A Caixa das Emoções inclui uma grande diversidade de materiais:

- Fantoches de dedo;
- Uma roda das emoções;
- Máscaras;
- 48 histórias – “cartão-situação”;
- 21 cartões de actividades;
- CD com músicas das várias emoções;
- 4 gravuras grandes, com as respectivas emoções;
- 16 fichas com as 4 emoções;
- 4 casinhas de emoções, cada uma com 12 cartões situação;
- 12 cartões para cada emoção – no verso de cada cartão tem uma história que ajuda a orientar a conversação.

No que respeita a dinamização de actividades recorrendo às figuras, devem ser colocadas as seguintes questões:

- ...Como é que a criança se sente?
- ...Como se vê isso?
- ...O que é que a criança está a fazer?
- ...És capaz de fazer como ele?
- ...Porque é que eles estão tão...?
- ...Repara nos olhos, nos ombros...

As actividades que implicam a exploração das máscaras podem ser orientadas da seguinte forma:

- Solicitar à criança que coloque a máscara para mostrar como se sente a propósito de um determinado acontecimento;
- Representar várias histórias recorrendo a emoções e usar as máscaras para as representar.

As actividades recorrendo aos Cartões Situação podem ser orientadas através das seguintes questões:

- O que se passa aqui?
- O que aconteceu?
- O que faz...fez?
- Como se sente?
- Porquê?
- O que achas que pode acontecer agora?

### 2.3. *AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS SÓCIO EMOCIONAIS*

É inquestionável a importância de um diagnóstico precoce para se proceder a uma intervenção atempada. Este diagnóstico antecipado favorece a intervenção precoce, que se traduz num aumento das possibilidades de resultados positivos e ajuda a reduzir o impacto deste transtorno. Isto é possível graças à plasticidade dos sistemas neurológicos, o que faz com que os primeiros anos de vida das crianças sejam cruciais. Neste sentido, Santos (2007) considera que “intervenções consistentes, bem concebidas, atempadas (quanto mais cedo, melhor) podem melhorar o futuro de muitas crianças consideradas em risco de desenvolvimento cognitivo, social ou emocional.” (p.48).

Por outro lado, se os profissionais de Educação Especial pretendem assegurar que a sua prática de intervenção é baseada na evidência, necessitam de conhecer e saber

analisar os diferentes instrumentos de avaliação, bem como saber adequá-los à especificidade de cada indivíduo.

Corroborando Marques (1998), a avaliação decorre em dois momentos distintos: “Um primeiro tempo, será aquele no qual se tenta delimitar um diagnóstico preciso da perturbação que se nos depara. É preciso delimitar fronteiras de outras perturbações semelhantes. O segundo tempo, será aquele em que se avalia para se intervir eficazmente.” (p.35).

Em primeiro lugar é preciso ter em conta algumas variáveis que podem influenciar de maneira decisiva os resultados da avaliação. Ozonoff (2005) considera que:

Um factor importante a ter em consideração é o ambiente no qual se faz a avaliação, já que, por exemplo, uma criança autista reagirá de uma forma diferente se é avaliado numa aula familiar e com pessoas do quotidiano, em situação de atenção individual do que numa situação mais desestruturada junto de pares ou numa aula distractiva. No primeiro caso poderá chegar-se a conclusão dum alto funcionamento da criança autista, enquanto no segundo caso aparecerá um conjunto maior de sintomatologias. Por este motivo é importante complementar a avaliação com questionários aos pais e aos educadores e outros profissionais que estão em contacto com a criança, assim como observar directamente a criança em questão através de escalas de avaliação do comportamento adaptativo e cognitivo (tradução a partir do texto original, p.525)

Neste sentido, importa reforçar a necessidade de valorizar o papel das equipas multidisciplinares, em que médicos, psicólogos, neurologistas, terapeutas da fala, pediatras, fisioterapeutas, educadores, professores e professores de educação especial, juntamente com os pais da criança reúnem esforços para a realização de um diagnóstico adequado e traçam um rumo interventivo consistente, de acordo também



com os pressupostos da Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde (versão para Crianças e Jovens, 2003) e do modelo de escola inclusiva.

Investigação recente revela que são poucos os estudos que compararam directamente diferentes instrumentos e, além disso, há pouca base empírica para apoiar os profissionais que têm que escolher uma ferramenta de avaliação (Ozonoff et al., 2005).

#### 2.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS SÓCIO EMOCIONAIS EM PA

Tem-se verificado uma grande evolução nas últimas décadas ao nível da investigação e das práticas baseadas na evidência. Há dez anos atrás, o autismo era considerado uma perturbação rara, poucos eram os clínicos que sabiam como avaliá-la. O autismo era diagnosticado através de uma opinião clínica subjectiva, sem o uso de ferramentas objectivas de avaliação do desenvolvimento e do comportamento (idem). Neste ponto serão apresentados alguns instrumentos de avaliação validados para a população americana e inglesa, para medir as capacidades de crianças com PA ao nível da interacção social.

Segundo Marques (1998), em Portugal, os instrumentos mais comumente utilizados, embora não validados para a população portuguesa, são a *Childhood Autism Rating Scale*, adaptada por Pereira, Riesgo e Wagner (2008) e a *Checklist for Autism in Toddlers*, adaptada por Losapio e Pondé (2008) para a população brasileira:

- 1) *Childhood Autism Rating Scale* (Schopler, Reichler & Renner, 1988) – Consiste em 15 itens com diferentes áreas: relações com as pessoas, resposta emocional, imitação, movimento do corpo, uso de objectos, adaptação à mudança, resposta visual, resposta ao som, ao paladar, cheiro e tacto; medo e

ansiedade; comunicação verbal e não-verbal; nível de actividade, de consciência da resposta intelectual; impressão global. É uma escala apropriada para crianças com mais de 24 meses de idade. Existe um contínuo de sete resultados para cada um dos itens, do normal à anomalia severa do comportamento, nos quais os resultados dependem das características pessoais da criança e divide-se em 3 categorias: não autismo, autismo moderado e autismo severo. A pontuação pode variar de 0-60, sendo que uma pontuação superior a 30 indica o diagnóstico do autismo.

- 2) *Checklist for Autism in Toddlers* (Gilberg, Nordon & Ehlars, 1996) – É uma escala de 9 questões de sim/não para pais, e 5 itens observacionais que é preenchida pelo médico, sendo aplicada a crianças, de cerca de 18 meses, com levado risco genético e que permite um diagnóstico precoce deste tipo de perturbações. Tem como itens: Jogo intencional, apontar protodeclarativo (apontar usado apenas para obter aquilo que se pretende, sem intenção de mostrar ou de partilhar algo de interessante), atenção partilhada, interesse social, jogo social.
- 3) *Early Social Communication Scales* (Mundy & Hogan 1996; ESCS-L; *d*; Ban Hecke et al., 2007) – Este instrumento é uma ferramenta de avaliação, validada para a população americana, assente na observação estruturada da criança, com recurso à vídeo-gravação. Foi concebida tendo em conta as competências de comunicação não-verbais, que se desenvolvem normalmente nas crianças com idades entre os 8 meses e os 30 meses. Esta escala implica cerca de 15 a 25 minutos de aplicação e pode ser administrada por profissionais da educação ou por médicos. O principal objectivo deste instrumento é o de classificar comportamentos comunicativos e sociais em 3 categorias:
  - a) Solicitação de um pedido através de comunicação não-verbal: refere-se à capacidade da criança usar comportamentos não-verbais para solicitar ajuda de modo a alcançar determinados objectos ou viver uma situação específica.
  - b) Partilha de atenção: capacidade da criança em usar comportamentos não-verbais para partilhar uma experiência com outras crianças ou adultos.

- c) Comportamentos de interacção social: capacidade da criança se envolver na brincadeira e em interacções afectivas e positivas de *turn-taking*.
- 4) *Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R)* (Rutter et al., 1994) – O objectivo desta escala, validada na população inglesa e brasileira (Becker et al., 2012), é extrair informação relativa ao comportamento e desenvolvimento da criança autista através de uma entrevista semi-estruturada dirigida aos pais. Serve para avaliar indivíduos com idade inferior aos dois anos, com suspeita de diagnóstico de espectro de autismo (Rutter, Le Couteur, & Lord, 2003). Consta de 93 itens distribuídos por três áreas: - Linguagem e comunicação – Interacção social recíproca- Interesses e comportamentos específicos, repetitivos e estereotipados (idem). Este instrumento contempla alguns aspectos como a experiência de vida da criança ao nível do comportamento, do desenvolvimento, aquisição da linguagem, o funcionamento habitual da criança, desenvolvimento social e outros assuntos clínicos relevantes, tais como agressão, auto-julgamento e possíveis episódios epilépticos (idem).
- 5) *The Social Communication Questionnaire / Autism Screening Questionnaire* (Berument, Rutter, Lord, Pickles, & Bailey, 1999; Rutter et al., 2003). É baseado na escala apresentada anteriormente, a ADI-R, pelo que contém o mesmo tipo de perguntas propostas na ADI-R (Ozonoff, 2005). A diferença entre as duas escalas é a estrutura mais curta, com um formato de resposta sim/não, que os próprios pais podem preencher autonomamente (idem). É um instrumento eficaz na obtenção de informações relativas ao diagnóstico.. Há duas versões disponíveis, uma para o comportamento actual e outra para o comportamento ao longo da vida (*lifetime*). A segunda versão é mais adequada para obter uma triagem e para o diagnóstico; enquanto a primeira é mais apropriada para avaliar a mudança ao longo do tempo do indivíduo autista. Este instrumento é válido também para distinguir o diagnóstico da PA e outro tipo de deficiências semelhantes, em indivíduos cuja idade seja igual ou superior a 4 anos (idem).



## CAPÍTULO 3 – MODELOS DE INTERVENÇÃO EM PA

No momento de desenhar uma intervenção destinada a uma criança com PA, é muito importante analisar exaustivamente as capacidades que a criança possui e os aspectos em que sente mais dificuldade. Actualmente são várias as possibilidades de modelos reconhecidos e validados nesta área. De seguida, serão apresentados sumariamente alguns desses modelos, à excepção do Modelo TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*), analisado com maior pormenor, no subcapítulo 3.1, por ser este a linha orientadora que pautou o trabalho da equipa na unidade, onde foi realizado o estágio de intervenção. Neste ponto serão apresentados alguns modelos de intervenção no processo educativo da criança com PA. (Hilton & Seal, 2006).

- 1) Modelo ABA (*Applied Behaviour Analysis* – Análise Comportamental Aplicada) - Consiste na aplicação de métodos de análise comportamental e de dados científicos com objectivos de modificar comportamentos. A evolução de cada pessoa através de um programa ABA depende de vários factores, nomeadamente das capacidades e competências do sujeito, das suas necessidades e da forma como o modelo é implementado. Recorre-se à observação e à avaliação do comportamento do indivíduo, no sentido de potenciar a sua aprendizagem e promover o seu desenvolvimento e autonomia (Centro Abcreal Portugal, 2009).

- 2) Modelo DIR - Modelo baseado no Desenvolvimento, nas Diferenças Individuais, e na Relação – um modelo de intervenção intensiva e global, que se associa a abordagem *Floor-time* com o envolvimento e participação da família, com diferentes especialidades terapêuticas (integração sensorial, terapia da fala) e a articulação e integração nas estruturas educacionais (Silva et al., 2003). A abordagem *Floor-time* é um modo de intervenção interactiva, não dirigida, que tem como objectivo envolver a criança numa relação afectiva, baseado numa abordagem estruturada e na certeza de que em todas as crianças existe uma capacidade para comunicar e que essa capacidade depende do seu grau de motivação e de envolvimento afectivo (Barbosa, 2009).
- 3) Modelo de Intervenção PECS (*Picture Exchange Communication System*) – O Sistema de Intercâmbio de imagens PECS tem como preocupação ir ao encontro dos gostos das crianças (brinquedos, alimentos, bebidas, entre outros.). Depois de se conhecerem as preferências da criança são-lhe dadas imagens desses objectos. Inicialmente é prestada ajuda física à criança para que ela as agarre, ajuda essa que começa a ser progressivamente retirada até que ela o consiga fazer sozinha. Nesta altura, a criança já é capaz de principiar a interacção. O grau de dificuldade vai aumentando até que consiga criar enunciados simples a partir de várias imagens e de uma sequência de frases (Santos & Sousa, s. d.).
- 4) Modelo de Intervenção TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* – Tratamento e Educação de Crianças Autistas e com Perturbações da Comunicação). Este programa foi criado em 1971, por Eric Schopler e os seus colaboradores, da Universidade de Chapel e Hill, na Califórnia do Norte. Tendo em conta as características especiais das crianças autistas, chegou-se à conclusão que os ambientes educativos estruturados na educação destas crianças era o mais vantajoso para o seu desenvolvimento. É desta constatação que surge o modelo TEACCH.

### 3.1. *MODELO TEACCH*

Este modelo baseia-se em sete princípios fundamentais, nomeadamente a adaptação do meio às limitações do indivíduo; elaboração de um Programa de Intervenção Personalizado; estruturação do Ensino, nomeadamente, das actividades, dos espaços e das tarefas; aposta nas competências emergentes, sinalizadas na avaliação; abordagem de natureza cognitivo comportamental; treino dos profissionais para melhor trabalharem com as crianças e a família e a colaboração parental, continuando em casa o trabalho iniciado nas estruturas de intervenção (Marques, 2000). O aspecto principal do programa no meio escolar é a possibilidade de estruturar a sala de aula, bem como as actividades de modo a mostrar à criança o que se pretende em cada uma das tarefas. As componentes principais deste tipo de ensino, contempladas no Manual de Apoio à Prática (2008) são:

- 1) **Estrutura Física:** O modelo TEACCH pressupõe a estruturação e adequação do ambiente. Tal passa pela organização espacial da sala de apoio que deverá fornecer à criança pontos de referência, que lhe permitirão agir de forma mais autónoma e adequada e desenvolver a comunicação através do acesso aos símbolos. A sala deverá ser estruturada de forma visual e claramente definida, com delimitação das áreas de trabalho, através de mobiliário ou de outro material para evitar situações distractivas. A cada área deverá corresponder uma actividade específica. Na Unidade de Ensino Estruturado poderão ser criadas diversas áreas que a seguir se diferenciam e explicitam:
  - a) **Área de Transição:** Consiste em um espaço com os horários individuais afixados e que têm como função orientar as actividades quotidianas de cada aluno. Estes horários permitem, igualmente, apoiá-lo nas mudanças ou alterações de rotina, ao mesmo tempo que facilitam a aquisição de conceitos temporais (sequência), a compreensão de ordens verbais, a diminuição de problemas comportamentais e a aquisição da autonomia.

- b) Área de aprender: Este espaço destina-se ao ensino individualizado e, por tal motivo, deve ser livre de distratores. Pretende-se que a criança mantenha a atenção e concentração de modo a facilitar a aquisição de novas competências. As estratégias utilizadas para alcançar estes objectivos passam pela demonstração, pelo uso de pistas visuais ou verbais, pela ajuda física, por reforços positivos e pela proposta de actividades do interesse do aluno. É importante que o plano de trabalho se encontre em local visível e que os símbolos apresentados correspondam aos das tarefas a realizar que por seu turno se encontram em tabuleiros colocados à sua direita.
- c) Área de trabalho: Nesta área, que deverá existir para cada aluno, pretende-se que o mesmo realize autonomamente as tarefas já aprendidas. Nela deverá constar um plano de trabalho com informação visual sobre o que fazer e respectiva sequência.
- d) Área de reunião: Esta área destina-se ao desenvolvimento de actividades que potenciem a comunicação e a interacção social. A reunião pode ter lugar a qualquer momento do dia, desde que estejam presentes todos os alunos ou, pelo menos, a maioria. A exploração do calendário, dos mapas de presença, de sons e a audição de histórias são algumas das actividades que poderão ser trabalhadas nesta área.
- e) Área de grupo: Neste espaço, são desenvolvidas actividades que visam promover a interacção, a partilha com os pares, a aquisição de regras sociais (saber esperar pela vez, de fazer escolhas) e a generalização de aprendizagens. Todos os alunos deverão participar, independentemente, do seu nível de funcionamento. Privilegia-se as actividades de expressão (musical, plástica, entre outras) e os jogos de grupo.
- f) Área de lazer ou de brincar: Neste local, pretende-se que o aluno seja capaz de aprender a relaxar, realizar pequenos momentos de espera, aprender a brincar (com a presença do adulto). É importante a existência de material que possibilite a descontração como tapetes, almofadas, brinquedos, música, entre outros. É também o espaço



indicado para o desenvolvimento de actividades criativas pelos pares da escola.

g) Área do computador: Pode ser utilizado de forma autónoma, com ajuda ou em parceria. O recurso às Tecnologias de Informação e Comunicação constitui uma importante estratégia para colmatar possíveis lacunas a nível da reprodução gráfica, da generalização das aprendizagens, da atenção e da motivação. Esta área promove, ainda, competências a nível da coordenação óculo-manual, da compreensão de conceitos, da expressão de conhecimentos e da utilização de meios da comunicação (aumentativos ou alternativos).

- 2) Organização do tempo: A organização do tempo é outro dos aspectos fulcrais da metodologia TEACCH. Para este efeito, utilizaram-se três procedimentos: o horário individual, o plano de trabalho e o cartão de transição. O horário individual tem como função não só organizar o tempo, como também servir de base à comunicação e interiorização de conceitos. Fornece, também, ao aluno a possibilidade de adquirir a noção de sequência, ao mesmo tempo que o auxilia nas capacidades de antecipação e de previsão, áreas em que revela dificuldades e que são fundamentais para a diminuição da ansiedade e da adopção de comportamentos disruptivos. O horário deve ser realizado em função de cada aluno e adaptado ao seu nível de funcionalidade. Os horários podem ser organizados recorrendo-se a objectos reais ou partes destes, a miniaturas, fotografias, entre outros; a palavra escrita deve estar sempre presente.
- 3) O plano de trabalho tem como objetivo indicar ao aluno as tarefas a realizar em cada área. Deve ser adaptado ao seu nível de funcionalidade e apresentado de cima para baixo ou da esquerda para a direita. Enquanto rotina permite ao aluno adquirir a noção de princípio, meio e fim; como pista visual, permite-lhe aprender a trabalhar sozinho e a adquirir autonomia.
- 4) O cartão de transição que pode consistir em um objecto, no cartão do nome ou noutra pista visual adequada ao seu nível de funcionalidade, tem como finalidade informar o aluno de que se deve deslocar à área de transição para saber o que irá fazer. O cartão é colocado no final do plano de trabalho.



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

Uma vez que a Unidade de Ensino Estruturado, onde se realizou o estágio, não se assumia como o local de trabalho da estagiária, antes de qualquer intervenção procedeu-se a uma fase de recolha de dados, assente na avaliação da capacidade de reconhecimento facial de emoções num grupo de crianças com PA e num grupo de crianças da mesma idade, sem necessidades educativas especiais. A análise dos resultados obtidos nesta etapa assume-se, por isso, de carácter quantitativo, uma vez que implicou a aplicação de um conjunto de instrumentos de avaliação, com o objectivo de quantificar o número de respostas corretas e erradas dadas pelos participantes.

Após a etapa inicial de avaliação do reconhecimento visual de emoções em faces, procedeu-se a uma nova etapa conducente a uma fase de intervenção, que consistiu em um estudo de caso. Os parâmetros da esfera metodológica assente no estudo de caso pautaram-se por uma índole qualitativa, incluindo um processo de recolha de informação e uma progressiva contextualização das dificuldades e progressos da criança no que concerne às suas competências sociais. Lembrando Yin “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos.” (2001, p.32). Por sua vez Pardal e Correia (1995) consideram que a investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única, em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidências, recorrendo ao

desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a recolha e a análise de dados.

#### *4.1. OBJECTIVOS*

##### *4.1.1. ESTUDO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE RECONHECIMENTO FACIAL DE EMOÇÕES.*

Tendo em conta as pesquisas que fizemos centradas na população autista e nesta dificuldade de reconhecimento facial de emoções, percebemos que em Portugal são escassos os estudos focados nesta temática. Com este estudo e numa amostra de indivíduos com e sem PA, tentámos perceber quais as diferenças ao nível da capacidade de reconhecimento visual de emoções em faces, entre os dois grupos.

##### *4.1.2. ESTUDO DE CASO*

Entre os objectivos gerais a traçar para a intervenção, destaca-se a necessidade de contextualizar a realidade da criança, delineando quais as suas reais dificuldades de interacção social; desenhar um plano de intervenção contingente com essas dificuldades; atribuir flexibilidade e rigor na adequação das estratégias a propor e finalmente contribuir para o desenvolvimento das competências sócio emocionais da criança em causa. Os objectivos específicos incluíram a necessidade de:

- 1) Encorajar competências de amizade e relacionamento;

- 2) Proceder à mediação com os pares para conversar, ajudar, emprestar/partilhar, não incomodar, pedir desculpa, agradecer, pedir ajuda, ser simpático, não usar linguagem agressiva, não usar agressão física;
- 3) Registrar e conversar sobre os comportamentos adequados, elogiando e reforçando a necessidade que aconteçam mais vezes;
- 4) Orientar diálogos que abordem sentimentos e intenções de outros, bem como as acções esperadas face a uma determinada situação;
- 5) Ajudar na compreensão das convenções sociais da sala de aula, do recreio e de outros contextos escolares;
- 6) Identificar situações de stresse e ajudar a criança a encontrar estratégias alternativas para resolver algumas situações de conflito;
- 7) Desenvolver competências de raciocínio social – usar imagens de acções diversificadas, no sentido de o levar a fazer referência aos pensamentos, sentimentos e intenções dos personagens, da imagem (e não só descrever as acções e os objectos);
- 8) Usar também situações que ocorram com o aluno no sentido de as problematizarmos e encontrar diferentes formas de actuação;
- 9) Desenvolver estratégias para aperfeiçoar a capacidade de reconhecer e compreender pensamentos, desejos, intenções e emoções de outras pessoas, para que o seu comportamento faça sentido e para prever o que vão a seguir, de acordo com o modelo conceptual da Teoria da Mente.

## *4.2. AMOSTRA*

### *4.2.1. ESTUDO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE RECONHECIMENTO FACIAL DE EMOÇÕES*

A amostra do estudo referente às competências de reconhecimento facial de emoções compreendeu um total de 6 crianças nativas do português europeu, cinco rapazes e uma rapariga, com a idade cronológica de 7 anos, sendo que 3 crianças estão diagnosticadas com a Perturbação Autística (P.A.), acompanhadas pelos serviços de Educação Especial, previstos pelo Ministério da Educação. As restantes 3 crianças apresentam um desenvolvimento normal. Todos os participantes frequentavam o segundo ano de escolaridade do 1º ciclo do Ensino Básico. As crianças diagnosticadas com PA eram acompanhadas pela Unidade de Autismo, inserida na mesma escola e frequentada pelas crianças sem necessidades educativas especiais.

### *4.2.2. ESTUDO DE CASO*

A intervenção realizada no âmbito do estudo de caso incidiu sobre uma criança do sexo masculino, com 7 anos de idade, diagnosticada com PA. Esta criança frequentava segundo ano do 1º ciclo do Ensino Básico, sendo também apoiada pela equipa multidisciplinar da Unidade de Ensino Estruturado existente na mesma escola.

Comparativamente a todos os sujeitos do grupo experimental e do grupo controlo, intervenientes no estudo da avaliação da capacidade de reconhecimento facial de emoções, a criança designada na tabela 1, como sujeito G, apresentou boas capacidades no que respeita ao reconhecimento visual das emoções em faces. Contudo, estas competências foram reconhecidas e registadas apenas do ponto de vista teórico, dado que na esfera das vivências sociais era evidente e confirmou-se a



dificuldade na gestão das emoções e de autocontrolo, ao nível da impulsividade referente a comportamento mais agressivos.

#### 4.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E MATERIAIS DE INTERVENÇÃO

##### 4.3.1. TESTE DE RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES (EKMAN, 1993)

Foi aplicada aos 6 participantes um teste de reconhecimento facial com 6 emoções distintas: raiva, alegria, surpresa, tristeza, medo e nojo. As imagens correspondentes às diferentes emoções incluíam um total de 36 fotografias, 18 do sexo masculino e 18 do sexo feminino, validadas pelas investigações de Ekman (1993).

Optou-se pelo recurso a um instrumento validado por este autor, na medida em que se revelou um dos pioneiros no estudo do reconhecimento facial de emoções, defendendo que cada emoção tem uma expressão facial universal, com características pessoais, podendo variar em intensidade e podendo todos estes aspectos serem explicados através de métodos capazes de medir objectivamente esses sinais e expressões fisiológicas determinados pelas emoções (Ekman, 1993).

##### 4.3.2. ESTUDO DE CASO

###### 4.3.2.1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO APLICADOS NO ÂMBITO DO ESTUDO DE CASO

Foram aplicados os questionários *Behaviour Rating Scale Inventory of Executive Function* (BRIEF) (Gioia, Isquit, Guy, & Kenworthy, 2000) e o Questionário de Capacidades e de Dificuldades SDQ-Por (Goodman, 2005) à família da criança, no

âmbito de uma outra investigação desenvolvida pela Mestre Marisa Filipe, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto. Os resultados desta avaliação foram gentilmente cedidos, de modo a melhor desenhar uma estrutura de intervenção compatível com a especificidade da criança em causa.

O questionário *Behavior Rating Inventory of Executive Function –BRIEF* (Gioia et al. 2000) é um instrumento de avaliação das funções executivas, que fornece dados acerca de aspectos da vida diária de crianças e adolescentes, entre 5 e 18 anos de idade. Existem duas versões diferentes, uma para pais e outra para professores e, neste caso particular, foi a mãe da criança a preencher o instrumento. Este questionário incorpora questões sobre as seguintes dimensões: Controlo Emocional Externo, Controlo Emocional Interno, Controlo Inibitório, Índice de Regulação Afectivo-Comportamental, Planeamento/Memória de Trabalho, Iniciativa/Flexibilidade, Organização dos Materiais e Índice Metacognitivo.

Por sua vez, o Questionário das Capacidades e das Dificuldades - SDQ-Port (Goodman, 2005) é um questionário de despiste comportamental destinado a crianças entre os 3 e os 16 anos de idade. É um instrumento que está actualmente traduzido e aferido para a população portuguesa e que pode ser aplicado a pais e educadores e professores. O questionário é composto por 25 itens, incluindo uma escala de avaliação tipo *Likert* de três pontos assumindo os seguintes critérios: 1-Não é verdade, 2-É um pouco verdade, 3-É muito verdade. Os 25 itens estão distribuídos por 5 subescalas: escala de sintomas emocionais, escala de problemas de comportamento, escala de hiperactividade, escala de problemas com os colegas e a escala de comportamento pró-social. Cada subescala assume intervalos diferentes para os parâmetros estabelecidos: Normal, Limítrofe e Anormal. Assim, apresentam-se seguidamente os valores correspondentes a cada escala de modo sucinto: escala de sintomas emocionais (normal:0-4, limítrofe:5, anormal:6-10); escala de problemas de comportamento (normal:0-2, limítrofe:3, anormal:4-10); escala de hiperactividade (normal:0-5; limítrofe:6, anormal:7-10), escala de problemas com os colegas (normal:0-3, limítrofe:4, anormal:5-10); escala de comportamento pró-social (normal:0-3, limítrofe:4, anormal:5-10); escala total das dificuldades (normal:0-11, limítrofe:12-15, anormal:16-40).

#### 4.3.2.2. MATERIAIS DE INTERVENÇÃO UTILIZADOS NO ÂMBITO DO ESTUDO DE CASO

##### 1) CAIXA DAS EMOÇÕES

Entre os materiais utilizados na dinâmica de intervenção destaca-se a Caixa das Emoções. A Caixa das Emoções trata 4 emoções básicas: a alegria, o medo, a raiva e a tristeza. Tem como objectivo geral ajudar todas as crianças entre os 3 e os 7 anos a reconhecer, nomear e fazer uma distinção entre sentimentos. Gradualmente, as crianças vão sendo capazes de reconhecer o que se sente e o que se faz quando se está com medo, por exemplo. Assim, conseguem melhor identificar este sentimento no momento em que elas próprias o sentem e, mais tarde, também quando uma outra criança ou adulto passam pela mesma situação. Também devem aprender a dar um nome a cada sentimento.



Figura 1 - Recurso à caixa das emoções

##### 2) HISTÓRIAS

Com o propósito de corresponder aos interesses e de enriquecer os laços afectivos com a criança, a segunda etapa de intervenção assentou no recurso às histórias, por serem um elemento atractivo para a criança, e por se assumirem como um excelente recurso na abordagem das relações humanas, emoções, atitudes e sentimentos. Inicialmente foram propostas histórias, que foram contadas e analisadas com a

criança, dando-lhe também a oportunidade de ser ela a escolher histórias com que se identificasse, convidando-a a trazer de casa algumas que depois contou e explicou o porquê de as ter seleccionado, a mensagem subjacente e as emoções que abordavam. Foram analisadas as seguintes histórias: Asas de Borboleta (Luísa Aguilar/Kalandraka); Tio Lobo (Xosé Ballesteros Roger Olmos/kalandraka); O Cuquedo (Clara Cunha/Livros Horizonte); Os Avós (Chema Heras Rosa Osuna/Kalandraka); O patinho feio (Majora); O Sapo Apaixonado (Max Velthuiss/Caminho); O Meu Primo e Eu (Maria Tereza Gonzalez/Paulinas).

Posteriormente, almejando os reconhecidos benefícios das histórias sociais na intervenção com indivíduos diagnosticados com PA, foram seleccionadas intencionalmente algumas histórias com o propósito de fazer emergir situações da vida real, mostrando claramente à criança comportamentos correctos a adoptar. Durante o conto, os princípios que alimentam a essência das histórias sociais foram seguidos, usando frases descritivas (onde, o quê, quem e o porquê da situação), de perspectiva (que mostram as emoções e pensamentos dos outros), afirmativas (que expressam uma opinião) e directivas (que apontam para uma resposta ou solução). As histórias sociais inventadas para intervenção com a criança relacionaram-se directamente com as suas dificuldades de autocontrolo, por exemplo, em conflito com os colegas.

### 3) EQUIPAMENTOS DO RECREIO

Diariamente foi proposto à criança que se juntasse aos colegas, que no recreio brincavam nos pneus de vários tamanhos fixos no chão, permitindo-lhes saltar de pneu em pneu, experimentando saltos de distâncias modestas e outras mais ambiciosas. Esta proposta de actividade surge da consciencialização das dificuldades no domínio da interacção social da criança alvo de intervenção e do vincado padrão de comportamentos estereotipados, que absorviam toda a sua concentração nos momentos de recreio, mantendo-a sozinha em movimentos repetitivos em volta do espaço escolar, retirando-lhe todas as oportunidades de socialização com os pares. Revelou-se urgente a necessidade transformar estes momentos livres em ocasiões de

contacto e interacção com os colegas, respeitando, simultaneamente, a necessidade da criança em realizar as estereotipias que lhe aportavam algum conforto e alívio.



**Figura 2 - Local onde decorreu a intervenção em contexto**

#### 4) DRAMATIZAÇÃO

Foi proposta à criança a exploração de diferentes emoções e estados de espírito recorrendo à dramatização. As personagens e situações vivenciadas no âmbito destas sessões implicaram enredos promotores da verbalização de estados emocionais por parte da criança, a necessidade de encontrar soluções para resolver conflitos e posterior reflexão acerca das atitudes e dos sentimentos vivenciados.

#### 5) *CADERNO DAS EMOÇÕES*

Dando continuidade à iniciativa da educadora de educação especial, responsável pelo acompanhamento da criança intervencionada, seleccionámos um caderno que

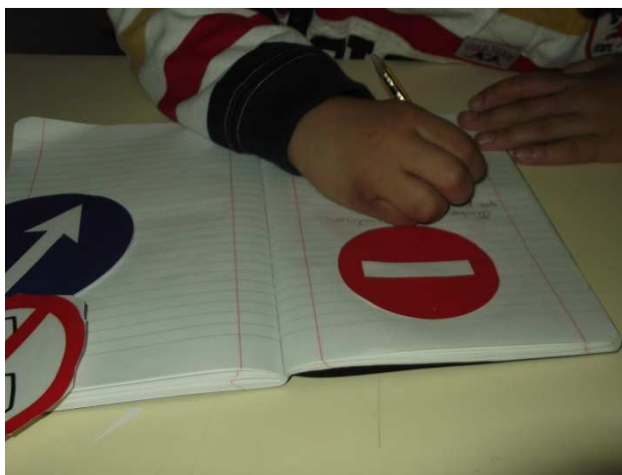
apelidámos de “caderno das emoções”, onde foram registadas por nós e pela criança, conquistas (associadas às brincadeiras nos pneus do recreio com os colegas), reflexões (concernentes a episódios conflituosos que a criança tenha vivido com os pares ou com algum adulto da equipa escolar, descortinado o que se deveria ter feito para solucionar a situação sem agressividade) e actividades de expressão emocional através do desenho.



**Figura 3 - Caderno das Emoções**

## 6) SINAIS DE TRÂNSITO PARA OS COMPORTAMENTOS

Um tema de grande interesse para a criança, alvo de intervenção, prende-se com a sinalização rodoviária. Neste sentido foi-lhe proposta uma actividade, visível na figura 4, cujo objectivo era associar sinais de trânsito e o respectivo significado às regras de convivência do dia-a-dia (por exemplo, sinal de proibido – “é proibido bater em alguém mesmo se me sinto muito zangado”.)



**Figura 4 - Actividade de associação de emoções à sinalização rodoviária**

#### 7) FOTOGRAFIAS, RECURSO A IMAGENS DE JORNAIS, REVISTAS E FOLHETOS

Foi sugerido à criança que tentasse expressar facial e corporalmente as emoções de tristeza, alegria, raiva e medo para fazer o registo fotográfico. Posteriormente, depois da impressão das fotografias fez-se a sua análise acerca das modificações que ocorrem na cara e no corpo e a criança guardou as fotografias no caderno das emoções. Também foi proposto à criança que recorrendo a estes materiais fizesse a correspondência entre as figuras e as emoções, complexificando a actividade com questões como: " O que vês? Como se sente? Porquê?"

#### 8) CD DE MÚSICA

Uma sessão foi dedicada à audição de quatro músicas cujo propósito era de que procedesse à associação de cada uma delas a uma emoção (*Mussorgsky/Night On Bald Mountain* – Medo, *Stevie Wonder/Isn't she lovely* – Alegria, *Beethoven/ Coriolan Overture*-Raiva, *Stephen Foster //Jeannie with the light brown hair* – Tristeza.) Posteriormente, a criança foi convidada a lembrar-se de uma situação ou inventar uma história ao som de cada música, relacionando-a com a emoção subjacente.

#### *4.4. PROCEDIMENTOS*

##### *4.4.1. ESTUDO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE RECONHECIMENTO FACIAL DE EMOÇÕES*

A aplicação do teste realizou-se em formato digital, recorrendo-se ao programa Microsoft PowerPoint, em que as fotografias foram distribuídas por 6 conjuntos das 6 emoções, com um tempo previsto de identificação para cada emoção de 1 minuto. Esta aplicação decorreu durante uma semana no mês de Janeiro de 2012. As questões éticas foram respeitadas através da confidencialidade e anonimato dos dados pessoais dos participantes. As crianças que participaram no estudo foram devidamente autorizadas pelos encarregados de educação.

##### *4.4.2. ESTUDO DE CASO*

O período de intervenção contemplou 4 horas semanais, entre Janeiro e Junho de 2012, com uma criança do sexo masculino, de 7 anos de idade, diagnosticada com PA. O estudo de caso teve início com 5 dias de observação da criança em contexto de sala do ensino regular. Cada sessão de observação foi pautada por um quadro de observação (Anexo I) por nós construído, assente nos seguintes critérios: a) Concentração; b) Participação oral; c) Implicação/Dificuldade na realização das tarefas propostas pela professora; d) Atitude perante comentários dos colegas. Paralelamente foram analisados os relatórios escolares da criança, de modo a melhor conhecer as suas aptidões e dificuldades. O período de intervenção contemplou o espaço de recreio da escola e o contexto de sala de aula. Procurou-se pautar este trabalho pela confidencialidade e o anonimato da criança com quem se realizou a intervenção, requerendo a autorização dos encarregados de educação.



# CAPÍTULO 5 – RESULTADOS

## 5.1. ESTUDO DA AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE RECONHECIMENTO FACIAL DE EMOÇÕES

Na tabela seguinte são apresentados os resultados após a aplicação do teste de reconhecimento emoções em faces (Ekman, 1993), colocando em evidência as diferenças entre o grupo de crianças sem necessidades educativas especiais e o grupo de crianças com PA.

TESTE DE RECONHECIMENTO FACIAL DE EMOÇÕES (Ekman, 1993) – Total de respostas certas em 36 fotografias.			
Crianças com desenvolvimento normal		Crianças com PEA	
Sujeito A	28	Sujeito E	29
Sujeito B	29	Sujeito F	21
Sujeito C	29	Sujeito G	32
Média=28,67		Média=27,33	
Desvio Padrão=0,58		Desvio Padrão=5,69	

**Tabela 1 - Acertos do grupo controlo e do grupo experimental no que respeita a capacidade de reconhecimento de emoções em faces.**

A média de acertos no grupo experimental foi de 27,33 (DP=5,69). O grupo controlo obteve uma média de acertos de 28,7 (DP=0,58). Embora não se tenha efectuado uma análise de comparação de médias entre os grupos experimental e controlo, os resultados permitiram verificar que houve diferenças no número de acertos entre sujeitos. Estas diferenças são sobretudo notórias entre indivíduos com diagnóstico de PA, o que ressalta as diferenças individuais associadas a esta perturbação.

## 5.2. ESTUDO DE CASO

Entre os objectivos definidos para a avaliação das capacidades de reconhecimento de emoções em faces, procurou-se detectar, entre o grupo experimental, a criança que apresentava mais dificuldades neste domínio, para depois planificar uma intervenção adequada. A criança seleccionada para intervir - Sujeito G- (cf. Tabela 1), embora fosse a que menos dificuldades apresentava no reconhecimento facial de emoções, revelou urgência na necessidade de ajuda ao nível da gestão das emoções na sua vida social.

Os resultados obtidos nos questionários aplicados aos pais da criança, nomeadamente o *Behaviour Rating Scale Inventory of Executive Function* (BRIEF-Gioia et al., 2000) e o Questionário de Capacidades e de Dificuldades SDQ-Por (Goodman, 2000), confirmaram as necessidades de intervenção, ao nível dos problemas comportamentais e do controlo emocional na relação com os outros, como se pode ver na tabela 2 e 3.

<i>BEHAVIOUR RATING OF EXECUTIVE FUNCTION</i> (Gioia et al. 2000)		
<b>Categoria</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Resultado</b>
Controlo Emocional Externo	15	Défice grave (3 desvios padrões superiores à média)
Controlo Emocional Interno	12	Superior à média
Controlo Inibitório	18	Défice moderado (2 desvios padrões superiores à média)
Índice de Regulação Afectivo-	45	Défice moderado

Comportamental		
Planeamento/Memória de Trabalho	10	Média
Iniciativa/Flexibilidade	11	Défice ligeiro, (1 desvio padrão superior à média)
Organização dos Materiais	10	Média
Índice Metacognitivo	31	Média
Compósito Executivo Global	76	Défice ligeiro

**Tabela 2 - Resultados da aplicação do questionário BRIEF**

<i>Questionário das capacidades e das dificuldades -SDQ-Por (Goodman, 2005)</i>		
ESCALA	PONTUAÇÃO	PARÂMETROS
Escala Total das Dificuldades	18	Anormal
Escala dos Sintomas Emocionais	3	Limítrofe
Escala de Problemas de Comportamento	4	Anormal
Escala de Hiperactividade	7	Anormal
Escala de Problemas com os colegas	4	Anormal
Escala de Comportamento Pró-social	6	Normal

**Tabela 3 - Resultados da aplicação do questionário de capacidades e de dificuldades- SDQ-Por**

Para além dos resultados obtidos ao nível da avaliação efectuada pela Mestre Marisa Filipe, procurámos também proceder a uma observação guiada (Anexo 1) dos comportamentos da criança em contexto de sala de aula e recreio. Através dos dados recolhidos, foi possível constatar que no que respeita à concentração, embora apresentasse uma postura aparentemente desatenta, surpreendia intervindo com questões pertinentes acerca das temáticas abordadas. A participação revelou-se frequente, contudo nem sempre oportuna, nomeadamente quando surgia em tom de manifestação contra o propósito das tarefas propostas pela professora, revelando nestes momentos muita frustração e até alguma agressividade no modo como se mostrava contrariado. A este respeito, foi possível detectar episódios reveladores de uma auto-estima baixa, com afirmações do género: “ Eu não sou capaz de fazer isto (...) não adianta (...) não sei o que é que eles querem nesta pergunta, não vou fazer...” (Criança G).

Verificou-se a necessidade de incluir no quadro de observação construído um ponto referente à “atitude perante os comentários dos colegas”, dada a grande sensibilidade da criança no que se referia a pedidos dos colegas como, por exemplo, para que ele não arrastasse a cadeira ou para que falasse mais baixo. A sua reacção perante estes comentários poderiam levar ao descontrolo total, fazendo-o comportar-se com agressividade, revelando-se completamente indiferente ao facto de se encontrar dentro da sala de aula, na presença da professora.

Ao nível da intervenção, a aplicação da Caixa das Emoções permitiu verificar que a criança não demonstrou dificuldade em actividades de identificação de emoções, embora o mesmo não se tenha verificado em tarefas mais complexas que implicassem a necessidade de se colocar no lugar do outro ou prever alternativas não agressivas para resolver situações de conflito.

Já no que diz respeito ao uso das histórias, foi possível verificar que estas se assumiram como um excelente ponto de partida para despertar na criança recordações de vivências semelhantes às transmitidas pelas personagens.

Por sua vez, a intervenção com recurso aos equipamentos e ao espaço exterior proporcionaram o confronto entre as crianças e a inevitável resolução de conflitos, embora nas primeiras sessões, a agressividade tenha dominado e caracterizado a interacção da criança para com os seus pares. Contudo, na última sessão de intervenção em contexto, recorrendo aos equipamentos do recreio e à presença dos pares, foi reservado tempo para que a criança completasse duas afirmações que estavam no caderno das emoções. À afirmação: “Quando fui brincar para os pneus, nas primeiras vezes...” a criança respondeu: “Eu não ia para a fila, gritava com os colegas para eles saírem da frente, batia nos amigos, tocava a campainha e eu não ia para a sala.” Posteriormente, à frase “Agora, quando eu vou brincar para os pneus...” a criança escreveu que “eu já vou para a fila e sei esperar pela vez e tenho uma amiga que me dá a vez. Já não grito e dou um espaço aos amigos para eles passarem. Toca a campainha e eu já vou para a sala.”

No que respeita a dramatização, verificou-se uma melhoria ao nível do auto-controlo e da facilidade em encontrar alternativas não violentas para a resolução de situações stressantes.

O caderno das emoções permitiu a reflexão constante acerca das actividades realizadas, tornando possível o balanço de atitudes a valorizar e outras a corrigir. A criança manifestou desagrado quando lhe era proposto fazer o registo por escrito, assumindo nós, na maioria das vezes, essa tarefa (transcrevendo as suas ideias e verbalizações). A título de exemplo, segue-se uma reflexão feita pela criança e registada no caderno, no dia posterior a uma crise de agressividade.

“Ontem eu portei-me bem a trabalhar com a Teresa, mas de repente quando a mãe chegou eu fiz uma birra e gritei com a mãe e com a Teresa e a Teresa ficou triste e a mãe zangada. Gritei porque queria jogar no computador e ao ir para casa tinha que fazer os trabalhos de casa. Tive medo de não ter tempo para jogar no Magalhães. Devia ter reagido de outra forma. Devia ter falado com calma.”

O recurso aos sinais de trânsito revelou-se uma actividade muito apelativa para a criança, que demonstrou muita facilidade em associar as regras de cada sinal às situações quotidianas, que habitualmente tinha que gerir no âmbito das competências sócio emocionais. Nesta actividade, destacam-se as associações da criança relativamente aos seguintes sinais de trânsito: Sinal de Perigo – “Por exemplo, se eu estivesse a fazer um jogo com um amigo e ele estivesse a ganhar, eu podia pensar que ia perder e começava a ficar furioso e nervoso. O sinal diz que tenho que ter cuidado, tenho de me controlar e acalmar”; Sinal de STOP – “Uma vez eu estava a brincar nos pneus e pedi à Sofia para sair da frente e ir para a fila, ela não foi e eu gritei-lhe e bati-lhe. O sinal diz que tenho que parar com isto, gritar e bater.”; Sinal de proibido ultrapassar – “Tenho que me lembrar que é proibido ultrapassar os meninos nos pneus.” Importa referir que, comparativamente à etapa inicial em que havia discrepância entre a boa compreensão teórica das emoções e a sua complicada gestão na relação com os outros, nesta etapa de intervenção, já se verificavam esforços significativos, no sentido de reduzir a agressividade ou de “não deixar a raiva ganhar.”

As actividades que incluíram as fotografias da criança a representar várias emoções faciais, bem como a análise e exploração de imagens de revistas possibilitaram à criança a imaginação de contextos e circunstâncias para cada um dos estados de espírito analisados. Nas últimas sessões referentes a estas actividades, a criança revelou curiosidade em saber os motivos impulsionadores de determinadas emoções expressas por imagens que lhe foram apresentadas. Assim a curiosidade assumiu-se como um elemento novo na dinâmica nas sessões desenvolvidas.

No que concerne à apresentação das músicas à criança, verificou-se que a criança manifestou confusão em distinguir quais as músicas associadas ao medo e à raiva, demonstrando igualmente dificuldade em associar a harmonia das músicas (triste, alegre, assustadora e exaltada) a emoções. Contudo, o mesmo não se verificou na proposta de que a criança se lembrasse de uma vivência que lhe fizesse pensar naquela melodia.

Após o período de intervenção, o teste de reconhecimento facial de emoções foi novamente aplicado ao sujeito G, como se pode ver na tabela seguinte. Apesar da facilidade inicial de reconhecimento facial de emoções, comparativamente às restantes crianças da amostra, após a intervenção verificou-se a melhoria de competências a este nível.

<i>TESTE DE RECONHECIMENTO FACIAL DE EMOÇÕES (Ekman, 1993) Total de respostas certas em 36 fotografias.</i>			
<b>Antes da intervenção</b>		<b>Após a intervenção</b>	
Sujeito G	32	Sujeito G	35

**Tabela 4 - Teste de Reconhecimento Facial de Emoções após a intervenção**

## CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Alguns estudos apontam para o défice ao nível do reconhecimento facial de emoções como um dos factores que contribui para as dificuldades de interacção social sentidas pelas crianças com PA. Esta investigação permitiu verificar que a criança sujeita a intervenção não apresentava dificuldades em reconhecer emoções em faces, contudo, outros factores condicionaram as suas competências ao nível da interacção social. As vivências sociais desta criança foram prejudicadas pela impulsividade e pelos comportamentos agressivos com os outros, características sinalizadas nos relatórios escolares. Em simultâneo, o défice ao nível do controlo emocional externo, do controlo inibitório, o défice do índice de regulação afectivo-comportamental e os problemas com os colegas, destacam-se entre os resultados obtidos a partir da aplicação dos questionários BRIEF (Gioia et al., 2000) e SDQ (Goodman, 2005).

Tendo em conta a intervenção efectuada no âmbito do estudo de caso com a criança G, verificámos que a Caixa das Emoções, como primeira etapa interventiva, proporcionou uma panóplia de actividades diversificadas às quais a criança se mostrou receptiva. Foi possível perceber que em actividades de identificação de emoções, nomeadamente a partir das máscaras e do CD, não se verificaram dificuldades por parte da criança, um dado compatível com os resultados da aplicação do teste de reconhecimento facial de emoções (Ekman, 1993). Aliás, esta competência destacou-se comparativamente às restantes crianças, quer do grupo experimental, quer do grupo controlo. Contudo, o mesmo não se verificou aquando da exploração

dos cartões situação, quando a tarefa requeria que a criança se colocasse na perspectiva do outro e opinasse sobre as razões de determinadas reacções e emoções. Frequentemente, às questões que implicavam imaginar as causas de situações apresentadas pelos cartões-situação, seguiam-se longos silêncios, ou respostas como “não sei”. Intencionalmente, em sessões diferentes, intervaladas, foram-lhe apresentados dois cartões-situação que já tinham sido abordados. A criança manifestou-se referindo que já tínhamos visto aquelas histórias, descreveu o enredo, mas às questões “Como é que sabes que se sente triste” (que também já tinham sido colocadas) mostrou uma vez mais desconforto e frustração por não encontrar uma resposta óbvia. Esta dificuldade assenta no défice imaginativo que caracteriza a PA, que incorpora a tríade de Lorna Wing (1996), na incapacidade de se abstrair de si meso e de se colocar na perspectiva do outro, explicada pela Teoria da Mente.

Quanto às histórias, foi possível à criança rever-se em determinadas personagens, o que constituiu uma mais-valia na nossa intervenção. De acordo com White (2002), as histórias sociais são como professores amigos flexíveis para as crianças com PA, cada história pode informar, reassegurar, ensinar, consolar, apoiar, louvar e corrigir. Por exemplo, após o conto da história "Orelhas de Borboleta", a criança identificou-se imediatamente com a menina que se sentia gozada pelos colegas, explicando que “...tenho amigos que também me chamam nomes... Que raiva!.. Fico furioso, só me apetece bater-lhes.” Este episódio merece toda a relevância para análise, na medida em que enquanto estava a contar a situação ficou descontrolado só de se lembrar e inclusivamente saiu da cadeira. Foram frequentes os episódios que vivenciámos e outros que foram transmitidos pela docente de Educação Especial, caracterizados pela dificuldade da criança controlar esta emoção, a raiva. De acordo com Baptista e Bosa (2002), a raiva pode surgir quando a criança se sente ameaçada, contrariada ou maltratada, expressando-a verbal ou fisicamente e podendo ser acompanhada por explosões agressivas. Estas manifestações podem ser entendidas como formas de expressar aquilo que está a deixar a criança zangada. À medida que as sessões de intervenção se foram realizando, o carácter flexível da planificação contemplou estratégias específicas do desenvolvimento de autocontrolo, patente nas sessões seguintes realizadas em contexto com os pares, em que necessidade de resolução de



conflitos se impôs. A intervenção em contexto, a construção de relações mais positivas entre a criança e os colegas permitiu que a criança pudesse pensar em alternativas para resolver as situações, detectando sinais indicadores de que seria adequado parar, para não se deixar dominar por uma raiva “cega”. Foi possível perceber que gradualmente os actos agressivos foram substituídos por negociação, cooperação e pela consciência de que podemos conseguir o que queremos conversando e sendo simpáticos. Uma afirmação frequente dita pela criança nas sessões de interacção com os colegas foi “ já estou nervoso, mas vou ganhar à raiva”. De facto, coube ao adulto servir como mediador, sendo que de acordo com Cavallaro, Haney e Cabello (1993), nestas situações, o adulto não é só o fornecedor, ou o fornecedor primário, de instruções e de actividades para as crianças. Pelo contrário, o adulto deverá ser visto como um facilitador, baseando-se nas oportunidades que surgem no contexto, para promover as aprendizagens das crianças. Este tipo de intervenção insere-se nos fundamentos do modelo ecológico que prevê a existência de várias esferas e sistemas interligados e nos quais ocorrem os comportamentos da criança e onde a intervenção a realizar deve acontecer, não se cingindo ao espaço sala.

Por acréscimo, além de um melhor controlo emocional, o recurso ao material do recreio possibilitou uma maior interacção da criança com os pares, contribuiu para a redução dos comportamentos estereotipados e para o aumento da auto-estima e autoconfiança.

Nas sessões de dramatização, que ocorreram depois da intervenção em contexto, junto dos pares, a criança mostrou-se muito mais hábil no modo como apresentava soluções correctas, sem se deixar dominar pela impulsividade ou pela raiva. Neste sentido, procurou-se assumir o papel de personagens impulsivas e dominadas pela raiva, sugerindo antecipadamente que a criança participasse na procura de soluções para a conquista do bem-estar emocional. Esta tarefa foi efectuada com sucesso, pois a criança valeu-se das aprendizagens e das experiências vividas em contexto real com os pares. O recurso ao drama e à invenção de personagens e situações foram também técnicas usadas, com o propósito de levar a criança a vivenciar diferentes episódios e reflectir sobre eles. Farrel (2008) defende que a terapia pela dramatização incentiva o

aluno a experienciar a sua natureza física, a examinar novamente as suas atitudes, valores e sentimentos e a tentar maneiras diferentes de agir e de se comportar. O autor acrescenta que o desempenho de papéis permite à criança expressar sentimentos intensos e aprender com a externalização da experiência. É relevante acrescentar que McFarlane (2005) atribui às dramatizações um papel determinante no desenvolvimento da auto-estima da criança, uma vez que a ajuda a compreender e a lidar com as suas emoções.

A proposta de actividade assente na construção do “caderno de emoções” não mereceu muita receptividade por parte da criança e não se verificou um elevado nível de implicação nestas actividades, nomeadamente no que respeita a propostas de expressão de emoções via desenho ou pintura. Por outro lado, o uso do caderno das emoções assumiu-se como um diário, onde se registaram sucessos e conquistas, recordações relacionadas com situações de conflito e análise do que o motivou, o que ele provocou e alternativas para o ter evitado. A este nível, oralmente a participação da criança foi sempre excelente contudo, quando lhe era solicitado que escrevesse e registasse no caderno, demonstrava alguma desmotivação, assumindo-se tarefa de transcrever para o caderno as suas conclusões.

Vários modelos de educação defendem que na relação pedagógica entre criança e aluno, cabe ao professor valorizar os interesses da criança e partir deles para alcançar metas de aprendizagem mais complexas. Neste sentido, fazendo da motivação o motor da aprendizagem, destaca-se a proposta de actividade, que incluiu os sinais rodoviários, em que foi visível o prazer da criança ao realizar a tarefa e em associar a cada sinal regras de convivência.

Assim, foi possível verificar que se por um lado, os conhecimentos desta criança do ponto de vista teórico das emoções eram correctos e coerentes, na esfera das vivências sociais ressaltava a dificuldade de autocontrolo e de respeito pelas regras de convivência. Assim, delineou-se o plano de intervenção apresentado anteriormente, que de entre as conquistas que proporcionou à criança, permitiu o progressivo abandono dos comportamentos estereotipados no recreio, em substituição de momentos de brincadeira partilhada com os pares, vivências

potencialmente enriquecedoras por fomentarem o desenvolvimento da competência social e da maturidade emocional. Consequentemente, o aluno apresentou progressos, apresentando padrões mais elevados de realização, incluindo o desenvolvimento pessoal e de auto-estima.

Em síntese, os progressos da criança a destacar, reconhecidos também pela professora de Educação Especial, estão associados à substituição de comportamentos estereotipados (promotores do isolamento) por momentos de interacção com os pares. Por sua vez, estas interacções proporcionaram vivências que obrigaram à gestão de conflitos e ao autocontrolo emocional. A este respeito é de salientar a importância do professor na orientação, na gestão de conflitos da criança com PA e os seus pares, bem como no dar à criança um *feedback* positivo constante. De acordo com as observações efectuadas, foi possível verificar um aumento da auto-estima, o que lhe permitiu sentir-se mais capaz e confiante na relação com os colegas.

Posteriormente, a realização das restantes actividades contribuíram para a aprendizagem da criança no que concerne à identificação e ao reconhecimento de expressões faciais, tons de voz e linguagem corporal, que indicam os sentimentos das outras pessoas. As actividades permitiram também enriquecer o vocabulário da criança acerca das emoções e compararam-se diferentes estados emocionais através da expressão facial. As fotografias foram particularmente importantes, porque a criança teve a oportunidade de visualizar e perceber qual o seu comportamento quando enfurecido. E no que respeita à raiva, particularmente desestabilizadora, a criança compreendeu a importância de se acalmar e de encontrar respostas construtivas para os problemas a enfrentar, identificando em último caso, a possibilidade de pedir ajuda a um adulto. Esta consciencialização é explícita na actividade relacionada com os sinais de trânsito onde a criança associou ao sinal obrigatório: “é obrigatório acalmar-me e se for preciso pedir ajuda aos meninos ou adultos”.

Outra questão que se levanta é o facto da maioria das Unidades de Ensino Estruturado distribuídas pelo país, pautarem o seu trabalho com o público com perturbações do espectro do autismo, pelos princípios do modelo TEACCH (Manual

de Apoio à Prática, 2008). Ora, tendo em conta o cariz relacional e afectivo da problemática social, que afecta muitas crianças com PA, justifica-se ponderar a possibilidade de recorrer e de avaliar as vantagens de outros modelos para intervir no contexto das Unidades, como é o caso do modelo DIR, que prevê o desenvolvimento de padrões de interacção social, comparativamente ao modelo TEACCH que assenta em princípios de cariz mais organizacional.

Importa acrescentar que este trabalho contribui para validar a importância da mensagem implícita no Decreto – Lei 3/2008 de 7 de Janeiro, onde pode ler-se que: “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”.

Este estudo de caso incidiu precisamente sobre o desenvolvimento das competências sociais, demonstrando que só depois de alcançados progressos a este respeito a criança pode adquirir melhores níveis de bem-estar emocional, o que facilitará a posterior assimilação dos conteúdos definidos no ensino regular. A este propósito Camargo Jr. e colaboradores consideram que da educação de uma criança autista espera-se (...) “No mínimo uma convivência familiar menos prejudicada; uma vida social menos turbulenta, hiperactiva, impetuosa, auto-agressiva, obsessiva, etc; ser trabalhada por outros profissionais (Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Musicoterapia, Psicologia), conseguir adquirir o conteúdo pedagógico formal e atingir a plenitude da sua potencialidade.” (2002, p. 40).

Em suma, este autor traduz a grande ambição da intervenção preconizada por este trabalho, que almejou a aquisição de competências sociais capazes de proporcionar à criança a garantia de um lugar na família, na escola e na sociedade.

No que respeita à avaliação e à aplicação do teste de reconhecimento facial de emoções (Ekman, 1993), assume-se como uma limitação a este estudo a reduzida amostra, pelo que consideramos pertinente que futuros estudos sejam feitos com

uma amostra mais alargada, em crianças de diferentes faixas etárias. Sublinha-se assim a necessidade de fazer uma avaliação inicial para se detectar dificuldades, tendo em conta que mesmo dentro do diagnóstico de espectro do autismo há bastantes diferenças entre os indivíduos. A inclusão destas crianças e a aquisição de competências sociais implicam que a intervenção do professor contemple estratégias específicas na área das emoções. Neste sentido, destacam-se alguns programas desenvolvidos com o propósito de ajudar a população com PA no âmbito das emoções, como é o caso do programa desenvolvido por Baron-Cohen et al. (2000), uma estratégia validada cientificamente para a população inglesa, designada de *Teaching Children With Autism to Mind-Read: A Practical Guide for Teachers and Parents*.

Tendo em conta a semelhança de resultados entre crianças com PA e crianças com desenvolvimento normal, após a aplicação do teste de reconhecimento facial (Ekman, 1993), ter-se-ia revelado oportuno alargar a intervenção ao grupo de crianças cujo desenvolvimento era considerado normal e comparar os padrões evolutivos em cada grupo de crianças.

Por outro lado, não houve a possibilidade de aplicar após a intervenção o questionário aos pais "*Behaviour rating scale inventory of executive function*" (BRIEF-Gioia et al., 2000) e o Questionário de Capacidades e de Dificuldades SDQ-Por (Robert Goodman, 2005), o que impossibilitou o cruzamento destes dados antes e após a intervenção, sendo este um factor que se assume como limitação a este estudo.

A componente interventiva não contemplou a participação dos pais da criança, o que, na nossa perspectiva, diminui o potencial de eficácia da intervenção e, por outro lado, não foi ao encontro de um dos parâmetros das práticas de qualidade, que é a importância de incluir os pais em todo o processo educativo.

Inerente às características de uma intervenção pedagógica, as adequações dos objectivos e mudanças de estratégias podem afectar a sustentabilidade do estudo, uma vez que o propósito inicial previa o desenvolvimento da capacidade de reconhecimento facial de emoções da criança com PA. Contudo, no âmbito do contexto do estágio e da especificidade da criança em causa, esse objectivo ramificou-

se para o desenvolvimento de outras competências, embora da esfera social, mais complexas. O estudo de apenas um caso, embora profundo, impossibilita conclusões que possam ser generalizadas.

A duração da intervenção não permitiu que pudesse ter sido aplicada uma ferramenta reconhecida internacionalmente pela comunidade científica e escolar, cujo fundamento é ensinar a criança autista a “ler a mente”. Trata-se do “Guia para ensinar a criança autista a ler a mente” de Baron-Cohen e colaboradores (1999). O objectivo principal deste manual é desenvolver as capacidades sociais e de comunicação que, quando comprometidas, dificultam os processos da aquisição de novas habilidades. É um programa de intervenção que consiste em habilitar essas crianças a um melhor desempenho nas interacções sociais. Em futuras investigações seria pertinente estudar se este recurso poderia ser aferido para a população portuguesa e, eventualmente, torná-lo acessível a pais e professores.

Resta acrescentar que apesar das limitações desta investigação, construiu-se um caminho cujo rumo foi o contributo para o desenvolvimento da criança sujeita a intervenção, de modo a que usufrísse de oportunidades de aprendizagem significativas e promotoras de conquistas ao nível das relações com os outros e da gestão das emoções.

# BIBLIOGRAFIA

APA (2000). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR).

Aparas, T. (2008). *Sono-Vigília em Crianças com e sem Perturbações do Espectro do Autismo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro..

Araújo, J. (2009). *As Perturbações do Espectro do Autismo na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado em Fala e Audição da Universidade de Aveiro. Aveiro.

Baptista C.; Bosa C. & Colaboradores. (2002). *Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção*. Porto Alegre: Artmed.

Barbosa, H. (2009). *Análise de recurso a novas tecnologias no ensino de autistas*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Engenharia do Porto, Porto. Portugal.

Baron-Cohen, S., Golan, O., & Ashwin, E.(2009). Can emotion be taught to children with autism spectrum conditions? *Philosophical Transactions of the Royal society*, 364, 3567-3574.

Baron-Cohen, S. & Wheelwright S.(2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163–175.

Becker, M., Riesgo, R., & Wagner, M. (2009) *Tradução e validação do ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised) para diagnóstico de autismo no Brasil*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Besche-Richard, C. & Bungener, C. (2008). *Psicopatologias, emoções e neurociências*. Lisboa: Climepsi Editores.

Beyer, O. (2002). A criança com Autismo: Propostas de Apoio Cognitivo a partir da Teoria da Mente. In: Baptista, C. R. e Bosa, C. (orgs). *Autismo e Educação: Reflexões e Propostas de Intervenção*. Porto Alegre: Artmed.

Brasic, J., (2008), Pervasive Developmental Disorder: Autism. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Camargos, Jr, Walter. (2002). *Autismo Infantil- Sinais Sintomas. Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*. Brasília: Corde.

Camargo, H., & Bosa, A. (2009). Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 21, (1), 65-74.

Centro Abcreal Portugal, o que é o Método ABA, disponível em <http://www.abcrealportugal.org> em 2011-01-03.

Cuxart, F. (2000). *El Autismo: Aspectos Descriptivos Y Terapéuticos*. Málaga: Ed. Aljibe.

Ellis K. (1996). *Autismo*. Rio de Janeiro: Revinter.

Ellis, C.R., Lindstrom, K.L., Villani, T.M, Singh, N.N., Best, A.M., Winton, A.S.W., et al. (1997). Recognition of Facial Expressions of Emotion by Children with Emotional and Behavioral Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 6 (4), 453-470

Ekman, P. (1993). Facial Expression and Emotion. *American Psychologist*, 48 (4), 384-392.

Filipek, P.A., Accardo, P.J., Ashwal, S., Baranek, G.T., Cook, E.H., Dawson, G., & Kallen, R.J. (2000). Practice parameter: screening and diagnosis of autism. *Neurology*, 55(4), 468-479.



García, T. B., & Rodriguez, C. M. (1997). *A criança Autista*. In R. Bautista, *Necessidades Educativas Especiais* (249-268), Lisboa: Dina Livro.

Gilberg, C.L. (1992). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2001. Autism and Autistic – like conditions: subclasses among disorders of empathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 33, 813- 842.

Gioia, G.A., Isquit, P.K., Guy, S.C., Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function BRIEF*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources PAR..

Golan, O. & Baron-Cohen. (2006). Systemizing Empathy; Teaching Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism to recognize complex emotions using interactive multimedia. *Development and Psychopathology*, 18, 591-617.

Goodman, R. (2005). Strengths & Difficulties Questionnaires (SDQ) Disponível: <http://www.sdqinfo.com>.

Grossman, J. B., Klin,A., Carter, A. S. & Volkmar, F. R. (2000). Verbal bias in recognition of facial emotions in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 369-379.

Happé, F. (1998). *Autism: An introduction to psychological theory*. East Sussex, UK: Psychology Press.

Hilton, j. & Seal, B. (2006). Brief Report: Comparative ABA and D.I.R. Trials in Twin Brothers With Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37, (6), 1197-1201, (DOI: 10.1007/s10803-006-0258-z).

Hobson, R. P. (1986). The autistic child's appraisal of expressions of emotion. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(3), 321–342.

Howlin, P. (2005). *Outcomes in autism spectrum disorders*. In F. Volkmar, A. Klin, R., Paul, & D. Cohen (Ed.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 3rd ed. Hoboken NJ: Wiley, 201-222.

Lô N. & Goerl D., (2010). Representação Emocional de Crianças Autistas Frente a um Programa de Intervenção Motora Aquática., *Revista da Graduação*, 3, (2), p?

Losapio, I. M. F. & Pondé M.P. (2008). Tradução para o português da Escala M-CHAT para rastreamento precoce do autismo. *Revista de Psiquiatria*, 30 (3), 221-229.

Mundy, P., Hogan, A. (1996) *A Preliminary Manual for the Abridged Early Social Communication Scale (ESCS)*. Unpublished manual. University of Miami.

Mundy P. Newell L., (2007). Attention, joint attention and social cognition. *Current Directions in Psychological Science*, 16(5), 269-74.

Oliveira, G. (2010). Autismo: diagnóstico e orientação. Parte I - Vigilância, rastreio e orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa/Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 40(6), 278-87.

Ozonoff, S., Goodlin-Jones, B.L., & Solomon, M. (2005). Evidence-based assessment of autism spectrum disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34 (3), 523-540.

Mahler, M. (1983). *As Psicoses infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marques, C. (1998). *Perturbações do Espectro do Autismo: ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães*. (Dissertação de mestrado não publicada).

Marques, C. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo*. Coimbra: Editorial Quarteto

Mello S. (2005,). *Autismo: guia prático*. 4. ed., Brasília: Corde.

Paul R. & D.J. Cohen (Eds.) *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (3rd ed. 201-222). Hoboken, NJ: Wiley.

Pereira A., Riesgo R.S., Wagner M.B. (2008) Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. *Jornal de Pediatria*, 84(6): 487-494.

Pereira M.C. (2005) *Autismo: uma perturbação pervasiva do desenvolvimento*. Vila nova de Gaia: Gailivro.

Rump, K. M., Giovannelli, J. L., Minshew, N. J., & Strauss, M. S. (2009). The development of emotion recognition in individuals with autism. *Child Development, 80*, 1434–1447.

Rutter, M., Lord, C., Le Couteur, A., (2003). *Autism diagnostic interview-revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Santiago, D. (2005). *Dissertation abstracts international: The sciences and engineering*. University of Puerto Rico, Rio Piedras.

Santos, I., & Sousa, P. (s.d.). *Como intervir na Perturbação Autista*. In Psicologia.com.pt

Santos P., (2007). Promovendo um processo de construção de uma cultura de Intervenção Precoce (Dissertação de doutoramento não publicada). Departamento de Ciências da Educação. Universidade de Aveiro.

Schopler, E., Reichler, R.J. & Renner, B.R. (1998) *The childhood autism rating scale (CARS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Silva, P., Eira, C., Pombo, J., Silva, A., Silva, L., Martins, F., et al. (2003). Programa Clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no modelo D.I.R. *Análise Psicológica, 1*, 31-39.

Sweeney D., & Hoffman C., (2007). Reserches Issues in Autism Spectrum Disorders. In: Rutheford, M.M., Quinn, & Mathur, S. (EDS) *Handbook of Research in Emotional and Behavioral Disorders*, 302-330. New York: Guilford.

Szabo, C., (2009). *Autismo: um mundo estranho*. 2ª Edição –São Paulo: Edicon.

Tamanaha, A.C., Perissinoto, J., & Chiari, B.M. (2008). Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 13(3)*, 296-299.

Unidades de Ensino Estruturado para alunos com Perturbações do Espectro do Autismo-Normas Orientadoras. (2008). *Manual de Apoio à Prática*, Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T., & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1): 135-170.

Wetherby, A. (2000). *Introduction to Autism Spectrum Disorders*. Consultado em <http://www.polyxo.com.assessment> a 04-01-2011

### ***LEGISLAÇÃO***

Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro.

# **ANEXOS**



*ANEXO 1 – QUADRO DE OBSERVAÇÃO*

QUADRO DE OBSERVAÇÃO			
Nome da criança:		Dia:	Hora:
Concentração	Participação Oral	Implicação/Dificuldade nas tarefas propostas pela professora	Atitude perante os comentários dos colegas