


NOÉMIA MARIA da CRUZ GUILHERME RAMOS COLETA

A BALNEOTERAPIA

**Como Processo Terapêutico
Facilitador da Relação Mãe - Filho
no Caso de Crianças com Alterações do Espectro do Autismo**



**Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação
2002**

Noémia Maria da Cruz Guilherme Ramos Coleta

A BALNEOTERAPIA

Como Processo Terapêutico

Facilitador da Relação Mãe – Filho

no Caso de Crianças com Alterações do Espectro do Autismo

Dissertação final elaborada sob a orientação do Professor Doutor Joaquim Bairrão , apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação do Porto, com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia na área de Intervenção Precoce.

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação

2002

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Joaquim Bairrão , que acreditou em mim, oferecendo-me sempre um suporte incondicional, ajudando-me a crescer sem me mutilar.

À Professora Doutora Manuela Oliveira pelo carinho que sempre demonstrou, orientando-me, ajudando-me a encontrar o caminho metodológico com segurança e objectividade.

À Ana, companheira, amiga, pelo trabalho de equipa que temos vindo a realizar.

À Alzira pela amizade, pelas horas que despendemos à roda do computador, sempre com um sorriso.

Ao Zé, Sara e Nuno pelos incentivos, pelo companheirismo, pela compreensão das muitas horas que deviam ter tido na minha companhia e não tiveram.

Aos pais e aos meninos com Perturbações do Espectro do Autismo, sem o seu contributo este trabalho não seria possível.

Ao Dominique...!

SUMÁRIO

Esta investigação pretende ser um contributo para a intervenção junto de crianças com Alterações do Espectro do Autismo, principalmente no domínio da comunicação e das relações interpessoais.

De facto, e após uma avaliação pormenorizada de diversos modelos de intervenção psicoeducacional, constatamos que mesmo aquelas que foram especificamente elaboradas para apoiar crianças com autismo não respondiam às necessidades, que estas últimas apresentam, no domínio das intervenções.

A Balneoterapia surge assim como estratégia da intervenção que, incidindo justamente ao nível das relações intra e interpessoais, procura ser um modelo de intervenção psicoeducacional na área do autismo.

Pretende-se essencialmente avaliar a eficácia da Balneoterapia na promoção de competências como o contacto ocular, contacto corporal, percepção, coordenação motora, socialização, regras e estabilidade pélvica.

A análise dos resultados parece confirmar que esta modalidade terapêutica constitui de facto uma estratégia privilegiada para intervir nos domínios da relação intra e interpessoais, constituindo-se assim como um contributo válido aos programas de intervenção psicoeducacionais existentes.

Sommaire

Cette recherche contribue dans l'intervention d'aide aux enfants de l'interaction du syndrome autisme, principalement dans le domaine de la communication et des relations interpersonnel.

Effectivement après une étude minutieuse de divers cas d'intervention psychorééducatrice, nous constatons que même celles qui ont été spécifiquement élaborées pour aider les enfants autistes ne correspondaient pas aux besoins nécessaires, et ces dernières présentaient une diminution dans l'intervention.

La balnéothérapie surgie ainsi comme un système d'intervention qui répond justement aux besoins relationnels, inter et intrapersonnel, cherchant à être un modèle d'intervention psychorééducatrice dans la thérapie des autistes.

Cet étude a été faite avec un groupe de six enfants, dont un diagnostique d'interaction severe du syndrome de l'autisme.évaluation à l'échelle de classification de l'Autisme (Childhood Autism Rating Scale/CARS) ceci ayant de compétences dans le déroulement global de l'âge de un à deux ans, d'après le Profil Psychorééducatrice revue (PEP-R) l'âge chronologique varie entre les quatre et cinq ans.

Tous fréquentent un jardin d'enfants avec l'aide des éducateurs ainsi qu'un soutien psychoéducationnelle deux fois par semaine. Nous optons un plan expérimental avec des bases multiples.

On a observé différents comportements spécifique à chaque enfant; le même comportement à différents enfants et le comportement de chaque enfant a des situations différentes

On prétend essentiellement valider l'efficacité de la balnéothérapie dans les prestations dans le contact oculaire, contacte corporelle perception et coordination motrice, socialisation, règles et stabilité pelvienne.

Les analyses des résultats semblent confirmer que cette thérapie constitue un privilège à intervenir dans le domaine de la relation inter et interpersonnelle ceci aide les autres interventions psychorééducatrices déjà existantes.

Abstract

This investigation intends to be a further contribution in the intervention upon children with any kind of alteration in the Autism Spectrum, especially as far as communication and personal relationships are concerned.

In fact, after a careful of several models of psychoeducation intervention, we realise that even those specifically elaborated to help children with autism didn't come up with the necessary answers for the difficulties presented in this domain of intervention.

Thus, 'Balneoterapia' reveals itself as a strategy of intervention that, by operating at the level of intra and interrelationships, is looking for its place as a model of therapy related to autism.

Basically we search to evaluate the effectiveness of 'Balneoterapia' in the promoting of capacities, as eye contact, body contact, perception, motor coordination, socialization, rules and pelvic stability.

The study relies upon a sample of six children with a diagnosis of several autism spectrum alterations, the analysis resorting to the use of Childhood Autism Scale/ CARS. Although those children are between four and five years old, as far as global development is concerned and according to the revised psychoeducational profile (PER-R), they show competences belonging to a one or two-years old child. They all attend kindergarten with a trained teacher and

were under a psychoeducational programme twice a week. We chose to apply the experimental plane of multiple basis lines. We have taken into consideration base- lines of different behaviours from each child, the same behaviour in different children and the same behaviour from each child in different situations.

The result analysis seems to confirm that this therapeutical modality may in fact be a privileged strategy to act upon the domain of the personal relationships, turning itself into a valid asset for current psychoeducational programmes of intervention.

ÍNDICE

Capítulo I	1
Abordagens Teóricas do Autismo	1
INTRODUÇÃO	2
Secção 1 - REVISÃO DA LITERATURA E ENQUADRAMENTO TEÓRICA	5
1.1 O que é o Autismo?	5
Definições	5
Secção 1.2 - Critérios de Diagnóstico e Avaliação Global	11
Secção 1.3- Educação e Programas de Intervenção	17
1.3.1 Avaliação	17
1.3.3 A Psicofarmacologia	22
1.3.4 Programas de Intervenção	24
A) Intervenção Psicodinâmica	27
O Programa de Bettelheim (1967)	27
O Programa Baseado na Teoria de Vinculação de Zapella (1988)	29
O Programa de Zelazo	30
B) Os Programas de Abordagem Comportamental	32
Young Autism Model of Service Delivery (UCLA): Universidade da Califórnia-Los Angeles)	32
C) Os Programas Psicoeducacionais	35
Programa de Modificação e Desenvolvimento	35
Programa TEACCH	37
1.4 A Importância do Envolvimento Familiar e dos Serviços de Apoio na Intervenção junto de Crianças com Alterações do Espectro do Autismo. 41	
1.4.1 O Envolvimento Familiar	41
1.4.2 Serviços de Apoio	44
1.4.3 Organização da Dinâmica Familiar	46
Capítulo 2	52
A Balneoterapia	52
Secção 2 - BALNEOTERAPIA	54
Secção 2.1 - Descrição da Balneoterapia	54
2.1.1 Em que Espaço?	56
1º Espaço; 1º Tempo	58
A Piscina	58
2º Espaço/ 2º Tempo	60
Balneário	60
2.2. Objectivos da Balneoterapia	63

Balneoterapia

2.2.1 Objectivos Gerais	63
2.2.2 Objectivos Específicos	64
2.2.2.1 Modelo da Actividade da Balneoterapia	64
Piscina	64
2.2.3 Aspectos Gerais a Desenvolver	65
Linguagem dual	65
Consciência Corporal	65
Representação	66
2.2.3.1 Balneoterapia Receptiva	66
2.2.3.2 Balneoterapia Activa	66
3.4.1 Estratégias Terapêuticas do 1º tempo/piscina	67
3.2.2 Estratégias Terapêuticas do 2º Espaço; 2º Tempo	75
Balneário	75
2.3 A Contribuição da Balneoterapia Enquanto Modelo Terapêutico Complementar à Intervenção Educativa	78
2.4. Benefícios da Balneoterapia Enquanto Procedimento Terapêutico Complementar aos Programas Psicoeducacionais:	80
2.5 O Estudo: variáveis e hipóteses	82
Capítulo 3	83
Estudo Empírico	83
Secção 3 – ESTUDO EMPÍRICO	84
Secção 3.1 – Método	84
3.2. Desenho Experimental	87
3.3. Caracterização da Amostra	88
3.4 Procedimentos	90
3.4.2. Local das Observações	90
3.4.3. Materiais e equipamento utilizados	93
3.5. Resultados	93
Capitulo 4	108
Análise dos Resultados Obtidos	108
Secção 4 - ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS	109
4.1 Contribuição Específica da Balneoterapia no Contexto da Intervenção	110
Psicoeducacional	110
4.2 Indicações para Futuras Investigações	111
CONCLUSÃO	113
BIBLIOGRAFIA	115
Apêndices	137
Apêndice 1 – Grelhas de registos	138
Apêndice 2 - Gráficos dos Registos	139
Anexos	140
Anexo 1 "C. A. R. S." (CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)	141
Anexo 2 – PEP-R (PERFIL DA ESCALA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPORTAMENTO E PSICOEDUCACIONAL REVISTO)	142

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Contínuo de características autistas	9
Quadro 2- Características comportamentais do autismo	15
Quadro 3- Contacto Ocular	94
Quadro 4 - Contacto Corporal.....	96
Quadro 5 - Percepção.....	98
Quadro 6 - Socialização	100
Quadro 7 - Coordenação Motora.....	102
Quadro 8 - Estabilidade Pélvica	104
Quadro 9 - Regras	106

Capítulo I

Abordagens Teóricas do Autismo

INTRODUÇÃO

Montagu (1979), diz que “o nascimento não é mais o início da vida do indivíduo que o final da gestação “. E prossegue afirmando “ com todas as modificações iniciadas pelo processo do parto, a criança ainda continua o seu período de gestação, passando através do nascimento, da uterogestação para a exterogestação, numa relação continua e cada vez mais complexa com a mãe, que é a pessoa melhor preparada para responder às suas necessidades.

Seguindo esta filosofia acreditamos que voltar aos primórdios da comunicação através da água e do corpo é descobrir o caminho para comunicar.

Isto porque

Cada um de nós tem uma história particular com a água, que não se sabe ao certo como foi, no entanto ao que tudo indica ninguém é indiferente ao contacto com ela e aos sentimentos que ela nos suscita. Na verdade sabemos que há duas fases na vida do ser humano onde a água tem um papel preponderante:

1ª Fase - Intra-uterina interação com o líquido amniótico (composto com 98%de água), que o feto sente sobre a sua pele, mas não sabe que não faz parte dele. Saboreia-o , engole-o mas não tem consciência se está fora ou dentro da boca. Este líquido proporciona-lhe um indubitável “conforto”, amortecendo as pancadas e facilitando a mobilidade e bem estar , protege-o das agressões sensoriais,

permitindo uma vida intra-uterina muito rica em emoções e sensações apesar do reduzido espaço.

2ª Fase - Extra-uterina: com ela um conjunto de novos estímulos. Pensa-se que em nenhum outro momento o ser humano é submetido a tantas modificações ambientais, entre as quais a sensação de esmagamento será a mais desconfortável, pois o corpo vai começar a sentir o peso da gravidade. Nesta fase ocorrem três momentos marcantes na vida do ser humano:

(1º) O nascimento e com ele a perda do líquido , a acumulação de novos estímulos que bruscamente a criança recebe no momento de nascer;

(2º) O primeiro banho, a primeira limpeza, o primeiro toque;

(3º) A alimentação, primeiro reflexo do bebé ao mamar o líquido materno.

É este o primeiro sistema de comunicação não verbal que se estabelece entre o bebé e a mãe. A mãe, pela capacidade de compreender a criança e dialogar com ela, tem um papel essencial no acesso da criança á actividade social. Assim o conhecimento mútuo é "alimentado" desde início da interacção estabelecida através da comunicação mãe-filho, estabelecendo-se logo a linguagem dos afectos transmitidos através de gestos, sons, expressões e do contacto físico.

Sabendo que, uma das principais alterações no desenvolvimento de uma criança com síndrome do tipo autista consiste na dificuldade em estabelecer relações interpessoais recíprocas, propomos uma abordagem terapêutica cujo objectivo principal consiste em facilitar e promover essas relações.

A água parece constituir um meio privilegiado para favorecer o gradual conhecimento de si próprio e do outro, dando à criança a oportunidade de aprender

a prender o prazer, como consequência das suas funções corporais, aceitando as limitações fornecidas pela pele esta membrana fronteira que separa o "eu" do não "eu". Dentro da água não é preciso tocar para contactar; as correntes da água têm um efeito de carícias, a sua qualidade estética visual prende qualquer olhar, favorece a comunicação e segurança integrando sensações e dando-lhes sentido.

Ao analisarmos pormenorizadamente os principais modelos de intervenção delineados para apoiar crianças com Alterações do Espectro do Autismo e / ou problemas graves de comunicação (Schopler, Brehm, Kinsbourne & Reicher, 1971; Lovaas & Smith, 1988; Zapella, 1988; Zelazo, 1989; Barthélèmy, Lelord & Gabard, 1995), constatamos que o desenvolvimento de competências de relacionamento intra e interpessoal é sistematicamente menos valorizado comparativamente à promoção do desenvolvimento noutras áreas. Para além disso os programas são pouco claros no que diz respeito às estratégias propostas para intervir especificamente no domínio das interacções .

Sabendo nós, por um lado, que as competências de interacção e relacionamento interpessoal desempenham um papel crucial no desenvolvimento global da criança desde uma idade muito precoce, e por outro lado, que a aquisição deste tipo de competências estão muito comprometidas no caso das crianças com Alterações do Espectro do Autismo, procuramos desenvolver um procedimento terapêutico facilitador da promoção do desenvolvimento da criança nesta área.

Procuraremos assim, que a Balneoterapia contribua no sentido de uma intervenção global na criança , sempre numa óptica de intervenção centrada na família, em que a mãe vai ser principal agente no processo educativo do seu filho.

Secção 1 - REVISÃO DA LITERATURA E ENQUADRAMENTO TEÓRICA

1.1 O que é o Autismo?

Definições

A primeira definição de autismo foi elaborada nos Estados Unidos, em 1943, pelo psiquiatra infantil Leo Kanner. Este apresentou à comunidade científica o resultado da observação das características comportamentais de onze crianças, que ele definiu como “perturbações do contacto afectivo” (Kanner, 1943).

Desde essa altura, e até à actualidade, as designações “Autismo Infantil Precoce” e “Síndrome de Kanner” vêm sendo utilizados, como sinónimos, para descrever este quadro clínico.

No seu artigo “Alterações autistas do contacto afectivo” Kanner, (1943, cit. in Rivière 1994), descreve o Autismo como uma alteração do desenvolvimento com as seguintes características:

- Incapacidade para estabelecer relações com as outras pessoas;
- Atrasos e alterações na aquisição e uso da linguagem;
- Desejo obsessivo de imutabilidade do ambiente e tendência para actividades repetitivas e ritualizadas.

Na mesma altura em que Kanner, identificou o “Autismo Infantil Precoce”, Hans Asperger, psiquiatra austríaco, publica em 1944 um artigo “Die Autischen

Psychopathen´im Kindesalter” onde descreve uma perturbação que designou por “Psicopatia Autista” e que é actualmente designada por síndrome de Asperger (Wing, 1996). A síndrome descrita por Asperger, é mais ampla e abrangente do que a de Kanner, na medida em que inclui casos com patologia orgânica severa mas também outros casos que por apresentarem um nível intelectual mais elevado e sem os problemas de linguagem que caracterizavam as crianças estudadas por Kanner, conseguem alcançar um desenvolvimento global e adaptação social mais próximo da normalidade.

Apesar de as perturbações de desenvolvimento descritas por Kanner e Asperger apresentarem aspectos comuns (ao nível das limitações observáveis nas relações sociais nas alterações da comunicação e na tendência para manter as rotinas), apresentam também aspectos muito diferentes. De facto, as crianças descritas por Asperger, não apresentavam qualquer atraso ao nível do desenvolvimento intelectual e os problemas detectados na linguagem caracterizavam-se mais por um desvio relativamente aos padrões de desenvolvimento normal, ao passo que Kanner sublinhava a existência de um atraso no desenvolvimento da linguagem.

Ainda hoje não existe consenso relativamente às síndromas descritas por Kanner e Asperger. Enquanto alguns autores defendem que estamos perante dois subgrupos pertencentes à mesma alteração de desenvolvimento, outros consideram que estamos perante duas síndromas diferentes.

Em 1979, Lorna Wing e Judith Gould elaboraram um estudo, no bairro londrino de Camberwell, com o objectivo de investigar, com rigor, a prevalência das deficiências

sociais severas na infância, (Rivière, 1994). Em resultado desse estudo, Wing diz que o autismo é uma alteração do desenvolvimento cognitivo, que tem como consequência alterações ao nível da linguagem e da comunicação envolvendo também a parte emocional e conseqüentemente a respectiva conduta.

Estes aspectos apresentam-se em diferentes níveis de gravidade e as suas características que compõem esta síndrome aparecem, em cada criança, jovem ou adulto, em proporções tão diferentes que, por vezes, se torna difícil pensar que as pessoas abrangidas por este diagnóstico tenham alguma coisa em comum.

Wing propõe assim a designação de "Alterações do Espectro do Autismo", em substituição das terminologias "Síndrome Autista" ou "Perturbações globais do desenvolvimento", para sublinhar, exactamente, o amplo leque de perturbações, e as variações em termos de gravidade ao longo do continuo que adopta para definir este conjunto de condições, relacionadas entre si mas tão variadas.

Para clarificar o tipo de perturbações, que caracterizam o autismo, ao longo do continuo atrás referido Wing (1992; 1996) propõe um modelo de classificação segundo três grupos que englobam:

- (1) Alterações ao nível da interacção social;
- (2) Alterações ao nível da comunicação;
- (3) Alterações ao nível da imaginação.

Este conjunto de alterações que definem o problema central do autismo, fazem-se sempre acompanhar por um padrão de actividades repetitivas e estereotipadas.

Diversos autores consideram que a “Tríade de Lorna Wing” constitui actualmente a melhor definição para descrever uma deficiência simultaneamente tão abrangente e completa, como esta do Espectro do Autismo.

Assim desde 1943 até à actualidade, é vasto o conjunto de mudanças que se têm desenvolvido no sentido de uma melhor compreensão das perturbações do desenvolvimento subjacentes a esta síndrome, do seu diagnóstico e do tipo de intervenções adequadas.

Convirá portanto como síntese destacar as grandes mudanças que foram adoptadas e que estão na base das concepções mais modernas e actualizadas do autismo

Assim o autismo é hoje considerada uma perturbação global do desenvolvimento ou perturbação invasiva do mesmo.

Caracteriza-se de um modo sumário através das diversas expressões de três grupos de comportamentos relacionados com as seguintes áreas:

- Disfunções sociais,
- Perturbações na comunicação e no jogo imaginativo;
- Interesses restritos e repetitivos

Estas manifestações comportamentais , estão presentes, desde o nascimento até aos 36 meses de idade aproximadamente, persistindo e evoluindo de modo diferente ao longo da vida. O seu diagnóstico precoce, assume , portanto uma grande importância, analisaremos mais tarde.

No quadro 1 apresentamos um resumo da categorização do autismo consoante quatro tipos de deficiências divididas, cada uma delas em quatro graus de intensidade segundo Wing (1982, cit. in Rivière, 1994).

Quadro 1 – Contínuo de características autistas

<p>Deficiências das competências de reconhecimento social</p>	<p>1-Nas formas mais profundas: isolamento e indiferença perante os outros, especialmente pelas outras crianças. Falta de interesse por aspectos puramente sociais da interacção, mesmo que gostem do contacto físico ou de receber atenções das outras pessoas.</p>	<p>2 – Não estabelece contactos sociais espontaneamente, mas aceita passivamente as tentativas de aproximação das outras pessoas.</p>	<p>3–As crianças estabelecem contactos sociais espontâneos, mas de uma forma estranha, muito vinculada aos rituais e preocupações obsessivas. Falta de interesse pelas ideias e sentimentos dos outros. Existe um carácter unilateral na relação.</p>	<p>4- As formas mais leves costumam encontrar-se em adultos que na infância tiveram uma deficiência social severa mas que foram capazes de fazer bons progressos. Têm uma fraca compreensão das regras de interacção social e pouca sensibilidade em relação aos outros. Parecem ter aprendido as regras de relação e contacto social de uma forma intelectual e não "vital".</p>
<p>Deficiências das competências de comunicação social</p>	<p>1-Ausência de motivação comunicativa.</p>	<p>2 – Expressão apenas de desejos sem outras formas de comunicação.</p>	<p>3 – Expressão de comentários factuais – para além dos desejos que não fazem parte de um intercâmbio social e são irrelevantes no contexto.</p>	<p>4 – Emprego de uma linguagem elaborada, mas sem implicações numa conversação recíproca. Presença de perguntas repetitivas e longos monólogos sem ter em conta o interlocutor.</p>

Balneoterapia

<p>Deficiências de imaginação e compreensão social</p>	<p>1 – Ausência completa de imitação significativa e de jogo de ficção.</p>	<p>2 – Presença de imitação mas sem compreensão real do significado da acção realizada. Falta de jogo de ficção espontâneo.</p>	<p>3- Representação estereotipada e repetitiva de um certo papel (ex: personagem da televisão, sem variação nem empatia.</p>	<p>4– Em pessoas mais velhas e com mais capacidade existe uma certa noção de que “algo sucede” na mente dos outros, mas sem compreender o que é.</p>	<p>5 – Certa capacidade para compreender sentimentos dos outros, mas a um nível mais intelectual que empático ou emocional.</p>
<p>Formas repetitivas de actividade</p>	<p>1-Predomínio de condutas estereotipadas (balanceio, abanar as mãos, fascínio por estímulos sensoriais simples, etc.).</p>	<p>2– Movimentos repetitivos mais complexos de carácter ritual (ex: ordenar objectos); rituais mais complexos (ex: ouvir com fascínio e de forma ritual certas obras musicais). Vinculação intensa e inexplicável a certos objectos.</p>	<p>3 – Insistência em realizar certas sequências de acções (ex: rituais para dormir, seguir certos percursos).</p>	<p>4 - Preocupação obsessiva por certos conteúdos intelectuais (ex: característica de certos animais).</p>	

Secção 1.2 - Critérios de Diagnóstico e Avaliação Global

O autismo é pouco frequente. A prevalência de autismo, em 1979, era de 4 casos por 10.000 nascimentos e mais presentemente é de 10 por 10.000 (Wing, 1993). Estudos tendo por base o DSM IV (Wing, 1993; Gillberg, 1993) mostram grande concordância, estabelecendo uma prevalência que ronda os 4 a 6 casos de autismo em 10.000 nascimentos. Isto significa que para a Comunidade Europeia com uma população de 375.000.000, cerca de 1.000.000 de pessoas têm "perturbações invasivas", isto é, perturbações ligadas ao espectro do autismo, Wing (1993) diz que esta subida em relação a 1979 não é causada por um aumento da frequência do distúrbio, mas sim pelo maior número de casos diagnosticados.

O sistema de classificação mais reconhecido é a IV edição do Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV), editado pela Associação Americana de Psiquiatria em 1994. Existem outros instrumentos que permitem efectuar, adequadamente, uma avaliação diagnóstica, nomeadamente, a Autistic Diagnostic Interview – Revised elaborada por LeCouter et al. (1994) que se desdobra numa escala de observação a Autistic Diagnostic Observation Scal e numa escala de diagnóstico a Childhood Autism Rating Scale (CARS), elaborada por Schoppler, Reichler & Renner (1988).

A última versão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM – IV), trouxe numerosas alterações no campo do diagnóstico do autismo o que revela o impacto da redefinição do autismo, na secção anterior. Definindo-o como

uma alteração do desenvolvimento permanente e invasiva, implicando, conseqüentemente, um atraso no desenvolvimento global da criança. Este diagnóstico tem, no entanto, segundo alguns autores, características não estáticas, podendo evoluir dependendo da natureza dos factores etiológicos, das patologias associadas e essencialmente do tipo de intervenção terapêutica de que a criança é alvo.

As descrições comportamentais de dois dos maiores sistemas de classificação, o International Classification of Diseases (WHO, 1977; 1992 cit. in APA, 1994) e Diagnostic and Statistical Manual of Diseases (APA, 1980; 1987; 1994) são idênticos. Baseiam-se aproximadamente na "tríade das deficiências" formuladas por Lorna Wing (1993).

O primeiro critério de diagnóstico é a alteração qualitativa das interações sociais que se identifica por uma dificuldade em utilizar os comportamentos não verbais, associado às alterações sociais; dificuldade em desenvolver relações de amizade apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; falta de espontaneidade e interesse por aquilo que o rodeia; falta de reciprocidade social e emocional.

O segundo critério implica alterações qualitativas da comunicação verbal e não verbal e de actividade de imaginação. O mutismo caracteriza a maioria dos casos (Morris, 1992). Perante aqueles que adquiriam linguagem, observa-se que a maioria apresenta ecolalia imediata ou deferida (APA, 1994); inversão dos pronomes pessoais (Rutter, 1978; 1985); dificuldades em utilizar os termos abstractos e em utilizar uma linguagem metafórica.

No plano não verbal, a criança autista apresenta grandes problemas na compreensão, na mímica dos gestos e da palavra (Gillberg, 1986).

A alteração da actividade imaginativa pode ser verificada através da ausência do jogo simbólico, na invenção de histórias e sua dramatização, assim como na imitação de gestos do outro .

O terceiro critério é uma restrição marcada no campo das actividades e interesses que se apresenta sob a forma de uma aderência inflexível às rotinas ou rituais não funcionais; comportamentos motores repetitivos e estereotipados e preocupações persistentes por parte de um objecto.

Para além destes critérios, nota-se também, um atraso no desenvolvimento da motricidade, nas áreas cognitivas e nas áreas socio-adaptativas.

Muitas crianças com Alterações do Espectro do Autismo mostram uma pobre coordenação motora (Reid,1981). Alguns andam sobre a ponta dos pés. Podem também mostrar dificuldades na motricidade fina e global, como por exemplo em utilizar uma tesoura, atirar uma bola...

O autismo engloba todos os níveis de inteligência. Alguns apresentam um nível intelectual normal, outros um atraso intelectual particularmente profundo. Contudo 67% a 81% têm um rendimento intelectual inferior à normalidade (Rutter & Shopler, 1987), integrando a categoria dos deficientes médios ou severos (Rutter, 1987).

Este grupo de crianças com Alterações do Autismo apresenta dificuldades no plano comportamental adaptativo assim como atrasos nas diversas áreas do desenvolvimento não verbal e comportamentos disruptivos (Cohen, 1976).

O Grupo de crianças com Alterações do Espectro do autismo que não apresenta disfunções intelectuais situa-se na categoria dos casos de crianças ditas autistas com nível intelectual alto. Estes apresentam um desenvolvimento cognitivo similar à normalidade e alguns atrasos em outras áreas. Falam, lêem, escrevem, mas as dificuldades nas relações sociais são marcantes. A sua linguagem apresenta particularidades e os seus interesses são restritos e muitas vezes repetitivo (Poirier & Forget, 1992).

Consideramos ser importante incluir neste trabalho uma referência às características comportamentais observáveis pois, segundo a nossa interpretação das leituras feitas, torna-se mais fácil não só compreender melhor os aspectos referidos no quadro 1, como também conhecer condutas que fazendo parte do conjunto de características do Autismo, nele não são abordadas como por exemplo: Anomalias da função autónoma, controlo vestibular e desenvolvimento físico” (Wing, 1983). Para a elaboração do quadro 2 recorreremos também ao capítulo “El desarrollo y la education del niño autista” de Rivière (1994).

Quadro 2- Características comportamentais do autismo adaptado de

Capacidades Especiais	
Capacidades que não implicam o uso da linguagem	Estas capacidades incluem música, aritmética, montar e desmontar objectos mecânicos ou eléctricos, ajustar peças de puzzle ou jogos de construção.
Tipo de memória pouco comum	Capacidade de armazenar dados durante longos períodos de tempo na forma exacta em que foram experimentados pela primeira vez.

Problemas Secundários de Conduta	
Aparente isolamento e indiferença perante os outros, especialmente perante as outras crianças	
Forte resistência à mudança, apego a objectos e rotinas, ou interesses repetitivos por certos temas.	
Reacções emocionais inadequadas.	Ausência de medo, ausência de noção de perigo em situações de risco, mas reacções de pânico relativamente a objectos ou situações inofensivas; Ri, chora ou grita sem razão aparente; Ri quando outra criança se aleija ou a mãe chora.
Falta de imaginação	Falta de capacidade para jogos imaginativos ou actividades criativas; Prestar atenção a aspectos mínimos ou triviais das pessoas ou dos objectos, em vez de os olhar como um todo; Concentração em actividades repetitivas, movimentos estereotipados, auto-lesões,...
Conduta socialmente imatura e difícil	Birras; Gritar em público; Morder ou dar pontapés às pessoas; Hábitos socialmente inaceitáveis (ex.: deitar-se para o chão, descalçar-se em momentos inapropriados, pegar na comida do prato dos outros...

Deficiências Básicas	
Problemas que afectam a linguagem e a comunicação	<p>a) Linguagem falada</p> <p>Problemas de compreensão da linguagem; Anomalias no uso da linguagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência total da linguagem (mutismo) ou naqueles que falam: <ul style="list-style-type: none"> - ecolalia imediata; - ecolalia diferida; - uso repetitivo, estereotipado e rígido de palavras ou frases; - confusão com o uso de pronomes e preposições; - imaturidade na estrutura gramatical da linguagem espontânea (não imitativa); - alteração na sequência de letras e palavras. • Perturbações ao nível controlo do tom, volume e entoação da voz; • Problemas de pronúncia. <p>b) Linguagem e Comunicação não verbal</p> <p>Fraca compreensão da informação transmitida por gestos, mímica, expressão facial, postura do corpo, entoação vocal; Carência de uso de gestos, mímica, expressão facial, postura do corpo e entoação vocal para transmitir informação.</p>
Reacções anormais a experiências sensoriais (indiferença, perturbação, fascínio)	<p>Reacções anormais aos sons; Reacções anormais aos estímulos visuais; Reacções anormais à dor e ao frio; Reacções anormais ao facto de ser tocado; Reacções paradoxais às sensações.</p>
Anomalias na inspecção e contacto visual	<p>Uso do campo visual periférico em vez do campo visual central (olhar pelo canto do olho); Olhar as pessoas e as coisas de uma forma fugaz em vez de o fazer de forma continuada; Olhar "através" das pessoas e não para as pessoas; Olhar para as pessoas muito fixamente e demasiado tempo (crianças mais velhas)</p>
Problema da imitação motora	<p>Dificuldade na imitação de movimentos e gestos; Confusão nas noções topológicas (em cima, em baixo – à frente, atrás ...)</p>
Problemas de controlo motor	<p>Saltar, agitar os braços e as pernas, balancear-se e fazer trejeitos; Modo especial de caminhar: em bicos de pés, com movimentos como se levasse molas debaixo dos pés e sem mover adequadamente os braços; Adopção de uma postura estranha, na posição de pé, com a cabeça inclinada, os braços flectidos nos cotovelos e as mãos pendentes ao nível do punho; Os movimentos globais ou finos podem ser desajeitados nalgumas crianças.</p>
Anomalias da função autónoma, controlo vestibular e desenvolvimento físico.	<p>Padrões erráticos de sono e resistência aos efeitos de sedativos e hipnóticos; Regimes erráticos de comida e bebidas incluindo um consumo de grandes quantidades de líquidos; Ausência de tonturas depois de dar voltas sobre si mesmo; Imaturidade no aspecto geral e invulgar simetria facial; Atraso na aquisição de padrões de autonomia, cuidado consigo próprio e controlo de esfíncteres.</p>

Secção 1.3- Educação e Programas de Intervenção

1.3.1 Avaliação

Uma avaliação para estabelecer um diagnóstico torna-se por vezes necessária, para determinar o grau de “autismo” da criança, e outras patologias associadas, dando indicadores relativas ao prognóstico. Esta avaliação favorece o encaminhamento da criança com Alterações do Espectro do Autismo, face aos recursos existentes. As avaliações médicas, neurológicas, genéticas ou outras ajudam a caracterizar as várias síndromas que se apresentam com semelhanças em termos comportamentais e até distingui-las de distúrbios invasores graves do desenvolvimento, mas que não fazem parte destas síndromas, tais como a perturbação de Laudau-Kleffner (Rimland, 1995), e o síndrome de X frágil (Wicks – Nelson; 1990).

A avaliação psicoeducacional das pessoas com Alterações do Espectro do Autismo é imprescindível para se poder elaborar um plano de intervenção personalizado respondendo assim às necessidades e ao seu nível de funcionamento cognitivo, social e motor (Baker, 1983). Por vezes, são necessárias várias avaliações para se poder obter uma caracterização rigorosa e precisa.

Os instrumentos de avaliação intelectual tradicionalmente mais utilizados são “The Stanford-Binet Test of Intelligence IV” as “Baley Scales of Infant Development – Revised” (1994), etc.. No entanto, as escalas de Weschler (1989; 1991), a “Griffiths Mental Development Scales”, (Griffiths, 1976) e a “Leiter International Performance Scales” (Arthur, 1952) também são frequentemente utilizadas.

No que diz respeito à avaliação comportamental a “Vineland Adaptive Behavior Scale”, de Sparrow, Balla & Cicchetti, (1984) parece ser um instrumento muito utilizado para avaliar certos comportamentos de crianças com Alterações do Espectro do autismo.

Segundo Donais (1991), os instrumentos mais apropriados para elaborar um plano de intervenção educacional personalizado no caso de crianças com a síndrome de autismo são: o “Autism Screening Instrument for Education Planning” (ASIEP) elaborada por Krug e colaboradores, 1979, a “Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical Children” (BRIAAC) elaborada por Rutterberg, e colaboradores em 1966, as “Échelle de Évaluation Résumée du Comportement Autistique” “ERC-A” elaborada por Barthélémy, e colaboradores em 1991 e o “Psychoeducational – Profile Revised – PEP-R” elaborada por Schopler e colaboradores em (1990).

Finalmente, nunca é demais sublinhar que as crianças com Alterações do Espectro do Autismo deverão ser avaliadas por uma equipa multidisciplinar e que no que respeita à sua avaliação e que a utilização de qualquer tipo de instrumentos constitui apenas uma parcela da referida avaliação. De facto, esta deverá obrigatoriamente incluir, também, observações repetidas do comportamento, em diferentes contextos. O “PEP-R”, escala de avaliação psicoeducacional elaborada por Schopler e colaboradores (1990) tem vindo a ser cada vez mais utilizado na avaliação psicoeducacional de crianças com alterações do espectro do autismo, pois para além de ter sido delineado com o objectivo de avaliar esta população específica (e

adequar os procedimentos de avaliação às características destas crianças), parece ter outras vantagens, nomeadamente:

- Inclui uma subescala para a avaliação do desenvolvimento, nas diversas áreas, que permite obter um perfil de desenvolvimento muito útil para a elaboração do Programa de Ensino Individualizado da Criança.

- Inclui uma subescala para a avaliação do comportamento.

- A escala de desenvolvimento está referenciada a normas, o que permite obter certas informações acerca do desenvolvimento intelectual e evitar assim a administração simultânea de outras escalas ou testes de nível, menos adaptados à forma como as crianças com autismo respondem às situações de avaliação formal.

Para além da avaliação formal, a observação da criança nos vários contextos de vida e a entrevista com os pais são aspectos essenciais para completar a avaliação. Cada vez mais, os pais vêm sendo encarados como elementos integrantes da equipa multidisciplinar de intervenção, pois a sua contribuição, desde o primeiro momento até à elaboração e implementação dos programas de intervenção, é única e fundamental.

1.3.2 Intervenção

A gravidade das alterações dos comportamentos associados à síndrome autística, aliados à sua permanência criam dificuldades em vários campos, nomeadamente na intervenção educativa (Smith,1993). Estas alterações tem sido amplamente estudadas e várias têm sido as terapias propostas: (Schopler, 1989a,1989b; Smith et al., 1996). Até à data, existem, no entanto, poucos dados empíricos sobre a eficácia destas estratégias de intervenção (Schopler, 1989a,1989b) .

Smith et al. (1996) efectuou uma análise crítica de alguns programas de intervenção sobre:

- a) - integração sensorial;
- b) – treino auditivo;
- c) – comunicação facilitada;
- d) – dietas especiais.

a) Integração Sensorial .

O modelo teórico de integração sensorial descreve a importância da acção sobre os sistemas vestibulares, proprioceptivos, tácteis, visuais e auditivos de forma a aumentar o período de concentração, a capacidade de organização e de abstracção, a auto-estima e consequentemente o controlo sobre si (Cabana, Descruisseaux, Gervais & Poliquin, 1993).

Ayres (1989) diz que os diferentes e vários problemas encontrados numa criança com autismo resultam de um défice sensorial e daí a importância de se fazer uma terapia a esse nível .

Algumas das investigações sistemáticas que foram efectuadas vieram demonstrar a importância e os efeitos da integração sensorial nestas crianças. Segundo Ayres (1972; 1989) e Hopkin & Smith (1983) a integração sensorial traz benefícios que reduz significativamente os comportamentos estereotipados e de auto-agressão.

b) Integração auditiva

Num estudo efectuado no Canadá com 8 crianças com o diagnóstico de autismo os resultados vieram mostrar que houve melhorias a nível da compreensão, da atenção e da participação destas crianças nas actividades de grupo. Rimland & Edelson (1995) dizem que as crianças autistas que receberam um treino auditivo tiveram menos problemas de comportamento e adquiriram uma melhor compreensão da linguagem. No entanto, e segundo Smith et al. (1996), os critérios para a determinação da eficácia deste programa poderão ter várias interpretações.

c) A comunicação facilitada

A comunicação facilitada é uma estratégia destinada a crianças com distúrbios severos na comunicação, permitindo a melhoria da expressão a, utilização de objectos, imagens, símbolos ou letras de forma a estimular a comunicação expressiva, (Vexiau, 1993). As crianças com Alterações do Espectro do Autismo executam com muitas dificuldades os movimentos de apontar, necessitando de ajuda física de alguém que lhes pegue no punho ou no cotovelo. Parece que o objectivo neste tipo de estratégias será o de levar a comunicar de uma forma autónoma. As crianças com Alterações do Espectro do Autismo são capazes, em

condições especiais, de escrever à máquina com um dedo, por exemplo, sobre o que pensam e sentem (Vexiau,1993). Segundo vários investigadores, a comunicação facilitada, quando utilizada numa aprendizagem directa e individual, apresenta resultados pouco eficazes Smith (1996).

d) As dietas especiais

Certas dietas especiais têm sido recomendadas às crianças com esta problemática. Feingold (1975) sugere que se eliminem da nutrição os alimentos contendo agentes de conservação, corantes ou outros aditivos. Crook, (1994) prescreve mesmo uma dieta que exclua o açúcar, o leite, aveia, os ovos, o milho, o chocolate e o limão. No entanto, não há registos científicos que nos permitam dizer até que ponto esta dietas ajudam as crianças com diagnóstico da síndrome do autismo (Smith et al., 1996).

1.3.3 A Psicofarmacologia

A utilização das intervenções farmacológicas para o tratamento das crianças com Alterações do Espectro do Autismo é um dado importante desde o início dos anos 30, (Conner 1978 citado por Wicks – Nelson 1991). Segundo Smith (1993), no entanto, os resultados apresentados foram limitados. As intervenções não trataram só manifestações da síndrome autista, mas tentaram suprimir outros comportamentos perturbadores.

Os medicamentos mais estudados são os tranquilizantes, particularmente aqueles que são sedativos como o Haplopéridol que produz uma redução rápida nos

comportamentos agressivos, (Campbell et. al, 1990). A frequência e a severidade dos efeitos secundários destes medicamentos fazem que com eles sejam prescritos só para adolescentes e adultos. Outros estudos indicam que a Fluoxetine (Prozac), um antidepressivo e a Naltrexone, um soporífero, podem reduzir ou eliminar as auto-agressões e os comportamentos repetitivos e estereotipados (Campbell et al., 1990; Leboyer et al. 1992; Kolmem et al., 1995).

Os estimulantes são também prescritos às crianças com síndrome autismo com a finalidade de melhorarem o seu nível de atenção e de memória (Dawson & Castelloe, 1992).

Os neurolépticos são eficazes a nível do humor, da agressividade, da hiperactividade nos comportamentos estereotipados, nos comportamentos sociais, na cognição e na linguagem (Mattinger, 1990). No entanto, têm efeitos secundários tais como sonolência, hipoactividade e um decréscimo na velocidade de reacção, perdas de memória..., tudo efeitos que podem afectar as aprendizagens (Mattinger, 1990).

As megavitaminas, ou seja, a vitaminoterapia, em doses excessivas parece não ter tido resultados significativos (Mattinger, 1990). No entanto, certas vitaminas apresentaram resultados interessantes, como por exemplo a vitamina B6. Rimland, et al., 1978), indicam que doses excessivas desta vitamina melhoram os comportamentos das crianças com síndrome de autismo a nível do contacto ocular, da atenção, do jogo, da linguagem e que se constata também uma diminuição da hiperactividade, das cólera e dos gritos, assim como uma diminuição nos comportamentos estereotipados e nos automatismos. No entanto, outros

investigadores como, Lelord et al. (1981) e Martineau et al. (1985) dizem que as crianças com síndrome autista que consumiram as megadoses de vitamina B6, não mostraram melhorias significativas. Mais ainda, Gualteri, Evans & Paterson (1987) indicam que as doses excessivas desta vitamina podem ser perigosas. Seguindo estes autores, Rimland (1978) afirma que a vitamina B6 é eficaz mas que necessita de ser combinada com o magnésio, em doses correctas. Barthelémy, Lelord & Gabard, (1995) confirmam que a eficácia era devida à combinação destes dois elementos.

1.3.4 Programas de Intervenção

Numa primeira fase, e enquanto a síndrome do autismo foi encarado como uma perturbação emocional, os programas de intervenção privilegiados baseavam-se nas correntes psicodinâmicas, preponderantes na época. O autor que mais se destacou no âmbito desta corrente foi Bettelheim (1967).

A partir de meados dos anos 60, com a gradual confirmação de que a síndrome autista consistia numa alteração do desenvolvimento com base orgânica e, simultaneamente, com a crescente insatisfação em relação à eficácia da intervenção psicodinâmica, os modelos de intervenção comportamentais passaram a ser considerados como os mais indicados para ajudar estas crianças a ultrapassar parte das suas dificuldades e adquirir comportamentos cada vez mais adequados.

Simultaneamente, desenvolveram-se modelos de intervenção psicoeducacional na medida que era necessário contemplar, para além da intervenção centrada no comportamento, uma promoção do desenvolvimento nas diversas áreas que se

encontravam afectadas. Estes modelos pressupõem, pois, uma avaliação individual do desenvolvimento de cada criança, com vista à elaboração do respectivo programa de intervenção.

Procura-se antes de mais a promoção do desenvolvimento da criança nas diversas áreas, no sentido de este se tornar mais harmonioso, e simultaneamente alargar as competências e o leque de interesses da criança.

No contexto das intervenções psicoeducacionais, as alterações de comportamento (nomeadamente os rituais, ou interesses repetitivos e estereotipados) inicialmente não são alvo de uma intervenção directa, procurando-se, antes do mais, a promoção do desenvolvimento global, o alargamento do leque de interesses e a utilização cada vez mais adequada dos objectos que o meio proporcionará à criança a fim de permitir uma diminuição espontânea das perturbações de desenvolvimento atrás referidas. O recurso a estratégias de modificação de comportamento fica reservada àqueles comportamentos que pela sua intensidade, gravidade, ou prolongamento no tempo possam ser prejudiciais para a própria criança ou para aqueles que a rodeiam.

Os programas de intervenção são seguidos pela sua racionalidade teórica ou pelos resultados empíricos que revelam ou ainda pela sua divulgação. Os programas, de uma forma geral, são globais, ou seja, oferecem várias modalidades de intervenção para responder às várias características do autismo.

Felizmente, existe um relativo consenso entre os diversos investigadores (Harris & Handelman, 1996; Simeonson et al., 1987) sobre as variáveis importantes que podem favorecer bons resultados sobre os programas de intervenção:

- a) medidas de diagnóstico e de avaliação;
- b) intervenção precoce;
- c) intensidade do tratamento;
- d) implicação dos pais;
- e) ensino estruturado;
- f) sistematização das aprendizagens;
- g) um plano de intervenção personalizada;
- h) utilização de técnicas que ajudem a modificar os comportamentos;
- i) modalidades de integração;
- j) técnicos de intervenção especializados, que possam avaliar, programar e reavaliar as medidas de avaliação e os resultados dos programas.

Os programas de intervenção são descritos segundo vários critérios. Eles são avaliados, segundo as necessidades das crianças com autismo e suas famílias.

E porque

a intervenção continua a ser importantíssima para a reeducação destas crianças, apresentaremos no Capítulo 2 o objecto do nosso estudo, que se debruçará sobre a Balneoterapia como um processo terapêutico que tem como objectivo, facilitar as relações intra e inter pessoais: o auto-conhecimento e consciencialização corporal, e a relação com o outro, neste caso a mãe.

Apresentaremos um resumo dos diversos programas de intervenção que têm demonstrado maior eficácia com crianças com Perturbações do Espectro do Autismo.

A) Intervenção Psicodinâmica

O contacto corporal desde há muito que influenciou e inspirou muitos terapeutas sobre as estratégias de intervenção junto das crianças com o diagnóstico de autismo. Esta intervenção vem desde 1950, depois de alguns trabalhos divulgados por Bettelheim.

O Programa de Bettelheim (1967)

Bettelheim (1967), sugeriu que o autismo era devido à falta de estimulação e rejeição parental, ausência de calor parental ou ainda à existência de conflitos intrapsíquicos, tudo isto resultante de interações alteradas da família com a criança.

Battelheim (1967) foi o pioneiro da teoria das “mães frigorífico”. Este autor descreve três momentos críticos na vida de uma criança (os primeiros 6 meses de vida; o período entre os 6 meses e os 9 meses; o intervalo entre os 18 meses e os 2 anos), podendo esta, tornar-se “autista” se não tiver ajuda por parte dos pais para enfrentar e compreender o mundo envolvente.

Considerava que o autismo era uma perturbação da capacidade de “sair de si” e explorar o mundo e se não sentisse segurança para enfrentar esse mundo, deixaria de ser membro activo da sociedade.

Deste modo foi levado a conceber um programa que privilegiasse as intervenções familiares o mais precoce possível.

Implicando deste modo os pais em todo o processo terapêutico e responsabilizando-os pelo sucesso ou insucesso do mesmo.

Bettelheim, (1968) vai ao ponto de mencionar uma taxa de sucesso elevada do seu programa Psicodinâmico (79%), no entanto, são poucos os dados disponíveis para se avaliar este tipo de programa.

Podemos referir que não são explicadas, tanto quanto nos foi dado analisar, as medidas e diagnóstico e de avaliação para podermos afirmar o que foi dito atrás. Parece que a terapia era realizada diariamente mas faltam elementos, a nosso ver, acerca dos detalhes precisos dessa intervenção.

O espaço físico da terapia era pouco estruturado e as crianças não respondiam a ordens predeterminadas. Não há, no entanto, registos sobre o programa na sua globalidade

A Avaliação era realizada a partir de um plano de intervenção personalizado, através do envolvimento dos técnicos, na modificação do comportamento e em várias formas de integração (na família nuclear, na família alargada e no grupo social) .

Apesar da pouca informação disponível, vários foram os investigadores que se inspiraram nesta filosofia Psicodinâmica para desenvolverem os seus próprios programas terapêuticos. Exemplo disso é a teoria de vinculação de Zapella (1988).

O Programa Baseado na Teoria de Vinculação de Zapella (1988).

Zapella (1988) desenvolveu uma teoria baseada na teoria etológica de Tinbergen (1972;1983 cit. in Zapella (1988) para crianças portadoras de alterações do espectro de autismo e este autor sugere que estas crianças tem dificuldades sociais que resultam de um conflito ao nível da motivação (Zapella, Chiarucci, Pinassi, Fidanzi & Messeri, 1991). O programa de Zapella et al. (1991) favorece também uma intervenção precoce intensiva.

Segundo Zapella (1988) as crianças com autismo eram pouco colaborantes. A avaliação do programa sobre os níveis comportamentais e funcionamento cognitivo só deveriam ser avaliados 12 meses após a intervenção para se poder obter resultados credíveis (Zapella, 1988).

O plano de intervenção tenta reduzir as alterações do comportamento a nível das interacções sociais. Os pais destas crianças apreendiam a pegar nelas a fim de lhes proporcionar prazer e estas gostarem de interagir com eles.

A intervenção compreende 4 objectivos:

- Obtenção de uma comunicação emocional;
- Aumento das interacções cooperativas entre criança e pais;
- Redução dos comportamentos conflituosos e da motivação, o aumento do apego, a exploração do jogo.
- Aumento do controle emocional dos pais face aos comportamentos e atitudes dos seus filhos.

O resultado deste programa é variável, Richer et al. (1989) dizem que 12% das crianças que fizeram parte do seu programa de intervenção durante dois anos não apresentavam défices.

Do mesmo modo, 18% das crianças referidas nesse estudo, perderam os seus comportamentos autistas e o seu funcionamento intelectual melhorou. Também 44% das crianças mostraram melhorias moderadas e 26% das crianças não revelaram quaisquer progressos.

Um segundo estudo de Zapella et al. (1991) revela que, 12 das crianças (20%) que participaram neste tipo de intervenção durante um ano, progrediram de forma significativa perdendo mesmo os seus comportamentos autistas. Do mesmo modo, 66% dessas crianças mostraram progressos em diversos níveis e 20% de outras não apresentavam quaisquer progressos significativos.

De qualquer forma, os resultados devem ser considerados com prudência, considerando que as avaliações obtidas após a terapia baseiam-se no funcionamento cognitivo e reacções do tipo: contacto ocular, acções e comportamentos estereotipados e agressivos e outros.

O Programa de Zelazo

O programa de Zelazo privilegia uma clientela de crianças que tem dificuldades na comunicação. O programa inclui crianças com alterações do espectro do autismo. Zelazo (1989) diz que os testes convencionais tendem a subestimar as competências mentais das crianças que apresentam um atraso no desenvolvimento,

a nível da linguagem, da motricidade e que se recusam a colaborar no processo avaliativo.

Apesar dessas dificuldades, Zelazo (1989) elaborou uma avaliação particular que avalia o tratamento da informação. Esta medida permite distinguir a capacidade de tratamento central da informação e o desenvolvimento das capacidades de linguagem expressiva, tais como o uso da palavra e a utilização dos objectos, Zelazo (1995).

O programa é estruturado. As sessões de intervenção individual são de 15 minutos, por dia. A curta duração das sessões é compensada pela sistematização das mesmas que podem durar diversas semanas. Um período de ensaio de um mês é privilegiado a fim de se verificar progressos. Dá-se ênfase à sistematização das aprendizagens na vida diária. O programa é avaliado só ao fim de 10 a 12 meses de intervenção, pois segundo os autores só assim se poderá obter resultados significativos ao nível do funcionamento cognitivo.

Lalinec-Michaud (1995) dizem que resultados significativos são notados no plano da atenção auditiva, no vocabulário receptivo e expressivo na formação de conceitos verbais e na utilização das palavras.

O programa tem também como objectivo formar os pais. Esta formação é teórico-prática, pois é explicado o que é a síndrome do espectro do autismo e como lidar com os filhos, no sentido de os ajudar a fazer aparecer comportamentos desejados e a suprimir ou diminuir os comportamentos inadequados. A formação é duas vezes por semana, em casa destes, com a duração de uma hora.

B) Os Programas de Abordagem Comportamental

Estes programas não consideram os distúrbios autistas como um distúrbio intrapsíquico, mas sim como um défice nos comportamentos em diferentes áreas: - imitação, linguagem, capacidades sociais, ou ainda, auto-estimulação, automutilação, crises e cólera, (Lovaas & Smith 1989).

Estas são as áreas de comportamentos operacionalizados para intervir junto das crianças, de forma, a que estas adquiram os comportamentos apropriados e a diminuição ou controle dos comportamentos inadequados.

Rogers & Pennington (1991), efectuou uma análise de 6 programas de abordagem comportamental aplicada. Segundo ele, as intervenções destes programas seleccionados, melhoraram de forma significativa o desenvolvimento da criança e trouxeram ganhos no plano do funcionamento intelectual, a nível da linguagem e nos comportamentos sociais. Reduziu ainda substancialmente a automutilação.

Young Autism Model of Service Delivery (UCLA): Universidade da Califórnia-Los Angeles)

O programa de Lovaas é um programa de estimulação precoce para crianças com autismo (Lovaas & Smith, 1988). As crianças admitidas neste programa devem ter menos de 4 anos (Lovaas, 1987). O programa é estruturado e intensivo, desenvolvendo-se durante 3 anos, doze meses por ano, à razão de 40h semanais, (Lovaas e Smith 1988).

No início, são feitas várias avaliações, através do instrumento "Early Learning", (Firestone, 1982), que dá dados para poderem intervir com segurança, tanto aos pais como aos técnicos. Durante a intervenção esse mesmo instrumento é utilizado periodicamente para testar a eficácia terapêutica.

A intervenção é efectuada no domicílio, por educadores especializados, durante os primeiros anos, estende-se depois á comunidade. Os pais estão presentes durante toda a intervenção. Os pais recebem formação intensiva sobre técnicas de modificação de comportamento, através das estratégias dos objectivos do programa Lovaas (1996). As terapias são desenvolvidas por educadores especializados, supervisionados por psicólogos clínicos que conhecem bem o programa.

O Plano de intervenção é definido segundo as áreas fortes e fracas da criança.

Geralmente, no 1ºano, o programa consiste em:

- a) Reduzir a auto-agressão e os comportamentos agressivos;
- b) Desenvolver a linguagem simples;
- c) Desenvolver a imitação
- d) Estabelecer a relação entre jogo-brinquedo;
- e) Promover a intervenção à família alargada.

No 2ºano, a terapia debruça-se sobretudo as aprendizagens da linguagem expressiva e abstracta. Nesta altura a terapia estende-se à comunidade como transição para a integração pré-escolar.

No 3ºano, a terapia incide sobre as expressões emocionais e as capacidades pré-académicas como, leitura, escrita, matemática e aprendizagens sociais com vista à integração da criança no sistema regular de ensino.

No início as terapias são a nível individual. Posteriormente a criança tem que generalizar as suas aprendizagens com diferentes pessoas e em diferentes contextos de forma a interioriza-las. Os comportamentos disruptivos são observados e analisados, de forma a uma intervenção para os eliminar (Lovaas & Favell, 1987).

Segundo os autores os resultados obtidos com este programa são impressionantes. Num estudo a 20 crianças, 9 destas crianças pertencentes ao grupo experimental foram integradas nas classes regulares sem apresentarem défice intelectual ou de comportamento e a sua linguagem era funcional. Igualmente 8 crianças do mesmo grupo foram integradas numa classe do 1ºano do ensino regular e apresentavam uns valores intelectuais "limites".

Somente 2 destas crianças tiveram que ser integradas em classes especiais para autistas, pois apresentavam um atraso intelectual profundo (Lovaas, 1987).

Vários investigadores criticaram estes resultados, contrapondo que as melhorias não se deviam ao desenvolvimento cognitivo mas sim à aquisição de regras (Schopler et al., 1998).

Estes investigadores põem questões quanto à selecção dos sujeitos; não se sabendo se as aprendizagens se devem pela intervenção ser a nível individual, cujo o ratio é de 1:1, ou às técnicas específicas de modificação de comportamento.

Acrescentaram que depois de Lovaas, não houve quem desenvolvesse novos estudos para haver dados de comparação.

C) Os Programas Psicoeducacionais

A intervenção psicoeducacional junto das crianças com alterações do espectro do autismo consiste na utilização de técnicas educativas especializadas e privilegia as etapas do desenvolvimento da criança. Dois programas desta natureza serão apresentados a seguir, um Programa de Modificação e Desenvolvimento, de Lelord (cit. in Barthelemy, 1995) e o programa TEACCH, de Schopler et al.(1984).

Programa de Modificação e Desenvolvimento

O Programa de Modificação e de Desenvolvimento foi elaborado por uma equipa de técnicos de Lelord, em França. Baseia-se em princípios psicológicos e visa melhorar as deficiências observadas nos distúrbios autistas (Barthélémy, Hameury, & Sauvage,1995).

O “Programa de Modificação e Desenvolvimento” é antes de mais um programa de estimulação precoce, para crianças portadoras da síndrome autista, onde as psicoterapias se baseiam em princípios lúdicos. O programa dura 2 a 4 anos e é desenvolvido em serviço hospitalar.

Um período de 3 semanas é consagrado à avaliação e caracterização da criança. Os diversos dados sobre o comportamento psicológico e neurológico permitem elaborar um programa terapêutico que irá ser desenvolvido por uma equipa

multidisciplinar que inclui um psiquiatra, um psicólogo, um enfermeiro e educador especializado. Os pais participam unicamente na avaliação.

O plano de intervenção é elaborado segundo cada criança e abrange 13 níveis:

- Atenção;
- Percepção;
- Associação;
- Intenção;
- Tónus muscular;
- Motricidade;
- Imitação;
- Emoção;
- Contacto ocular,
- Contacto corporal;
- Comunicação;
- Regulação;
- Cognição.

As sessões de intervenção são organizadas através de jogos a nível individual facilitando as aprendizagens básicas. As sessões são sempre no mesmo local, diariamente, são curtas e repetitivas. Os horários e as actividades desenvolvidas em cada sessão são definidas de acordo com as características de cada criança. Depois de adquirido determinado comportamento em contexto restrito, experimenta-se se a criança exhibe esse mesmo comportamento num contexto diferente.

As crianças começam o programa por sessões individuais, aos poucos são integradas em actividades de grupo, com vista a adquirir as aprendizagens básicas sociais, com o fim da sua integração na educação pré-escolar.

Esta integração pressupõe naturalmente a promoção do desenvolvimento em vários domínios, nomeadamente ao nível da autonomia, socialização e cognição.

O programa de modificação e desenvolvimento favorece igualmente outras necessidades da criança, tais como as psicoterapias analíticas, as intervenções ortofónicas, a psicomotricidade e a integração no meio escolar e a sua adaptação social.

Os resultados são medidos através de uma escala qualitativa "Avaliação Funcional dos Comportamentos" (A.F.C). Os resultados são avaliados depois de um ano de intervenção, para oferecer credibilidade.

Programa TEACCH

O programa TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) foi criado em 1971 por Schopler e seus colaboradores. É um programa sistemático para as crianças de todas as idades, dirigindo-se às crianças portadoras de alterações do espectro do autismo e com distúrbios do desenvolvimento (Schopler, 1989a; 1989b). O programa está a ser implementado, actualmente, em cinco centros, no estado da Carolina do Norte que oferecem serviços de avaliação, as terapias individuais e um programa de treino

para pais. Este programa supervisiona a integração em 60 escolas do ensino regular e dez lares para jovens, (Olley, 1986).

As avaliações de diagnóstico são numerosas. É importante dizer que a equipa desenvolveu e validou o seu próprio instrumento, a "Childhood Autism Rating Scale", Schopler, Rechler & Renner (1986), para diagnosticar e avaliar a severidade das alterações autísticas. Schopler (1986) e seus colaboradores elaboraram também uma escala de avaliação do desenvolvimento e do comportamento destas crianças, o "Psychoeducational Profile", habitualmente designado por PEP. Esta escala permite obter um perfil de desenvolvimento com vista à elaboração de um programa de intervenção educativo. Para além disso, inclui também uma subescala de avaliação do comportamento que completa a anterior, uma vez que as crianças com alterações do espectro do autismo apresentam sistematicamente um desvio comportamental associado à alteração do desenvolvimento.

O PEP foi posteriormente revisto pelos mesmos autores, em 1990, passando a incluir mais itens de avaliação na subescala do desenvolvimento tendo sido também actualizado a terminologia relativa a diversos itens da escala de comportamento. Esta nova versão é designada por "Psychoeducational Profile-Revised", (PEP- R).

No âmbito do programa TEACCH, as prioridades, na 1ª infância, são focalizadas sobre o diagnóstico, a intervenção psicoeducacional e no trabalho com os pais. Logo que a criança atinja a idade escolar, as intervenções debruçam-se sobre as aprendizagens escolares e os distúrbios comportamentais. No período da adolescência e nos adultos, os objectivos tentam maximizar a independência e a formação profissional.

A implicação dos pais é fundamental, desde o início do diagnóstico, facilitando a avaliação e a elaboração do plano individual de intervenção e sua concretização. Um plano personalizado compreende diferentes actividades pedagógicas, desenvolvidas em casa pelos pais e na escola pela educadora (Lasing & Schopler, 1978).

No contexto escolar, o programa TEACCH baseia-se no ensino estruturado, utilizando também outras estratégias frequentemente aplicadas na intervenção junto de crianças com diversas alterações de desenvolvimento, tais como a análise de tarefas, a análise comportamental aplicada, as estratégias de reforço positivo e outras estratégias de modificação do comportamento derivadas da psicologia da aprendizagem.

O ensino estruturado consiste basicamente num sistema de organização do espaço, dos materiais e das actividades de forma a facilitar os processos de aprendizagem e a independência das crianças e diminuir a ocorrência de problemas de comportamento. Este ensino contempla essencialmente cinco aspectos:

1. Estrutura física
2. Horário de actividades
3. Sistemas de trabalho individual
4. Estruturas visuais:
 - a) clareza visual
 - b) organização visual
 - c) instruções
5. Utilização de rotinas

No decorrer dos anos, muitas foram as avaliações efectuadas a fim de demonstrar a eficácia do programa. As medidas não são quantitativas e podem deixar lugar à subjectividade. Short (1984) refere que 79% dos pais manifestam satisfação pelo programa. Este autor acrescenta que os pais que participaram no programa TEACCH, demonstraram uma melhor compreensão sobre a problemática do autismo, implicaram-se no processo educativo com convicção e modificaram os seus comportamentos (Schopler et al.1984) verificaram, num estudo realizado com 10 mães, que estas aumentavam a sua eficácia a ensinar as suas crianças na aquisição de regras sociais.

1.4 A Importância do Envolvimento Familiar e dos Serviços de Apoio na Intervenção junto de Crianças com Alterações do Espectro do Autismo

1.4.1 O Envolvimento Familiar

A perspectiva actual da intervenção precoce pressupõe o envolvimento da família ao longo dos programas educativos. De facto, assistimos, nos últimos anos, a uma passagem gradual de um modelo de intervenção centrado na criança para um modelo de intervenção centrado na família. Vários foram os autores que contribuíram para um crescente envolvimento familiar no processo de avaliação e intervenção, junto da criança com alterações de desenvolvimento ou em risco de virem a apresentar tais alterações. De entre os diferentes autores, salientamos os que mais se destacaram na elaboração de modelos conceptuais que vão fundamentar uma abordagem verdadeiramente centrada na família, na qual pais e profissionais são parceiros na intervenção. Do ponto de vista conceptual vamos encontrar as bases para os programas de intervenção centrados na família no modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975), e no modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979).

Em Portugal, destacamos a contribuição de Bairrão (1992a., 1992b.), na implementação de uma perspectiva ecológica em educação, que preconiza uma óptica mais abrangente que inclui não só a criança mas também os seus contextos de socialização, ou seja, onde persiste um intercâmbio entre educadores, criança, pais e outros elementos da comunidade.

No caso específico das crianças com alterações do espectro do autismo, a intervenção centrada na família constitui uma exigência para o sucesso terapêutico, independentemente do modelo ou do programa de intervenção adoptado. As características tão peculiares desta síndrome vão tornar o envolvimento da família o factor chave para a possibilidade do sucesso terapêutico.

O facto destas crianças terem um comportamento muito diferente consoante o contexto em que estão inseridas e um padrão de desenvolvimento muito irregular, obriga não só à presença, mas também, à participação dos pais desde o primeiro instante, ou seja, no próprio processo de avaliação. Os pais são obviamente, os verdadeiros especialistas, quando se trata de saber o que é que os seus filhos conseguem ou não fazer e em que circunstâncias.

As dificuldades particulares ao nível da generalização, constitui o segundo factor que exige o envolvimento de todos os elementos significativos para as diades ou tríades criança-pais, educadores e terapeutas para se alcançar os objectivos específicos programados.

Finalmente, atendendo às áreas desenvolvimentais que estão por definição sistematicamente comprometidas no caso do autismo: como a comunicação, as relações interpessoais e a "imaginação", seria impensável desenvolver tais competências sem a presença dos pais.

Podemos mesmo acrescentar, no caso das famílias de crianças com alterações do espectro do autismo, a necessidade de o processo terapêutico incluir uma componente de apoio específico aos pais e irmãos destas crianças.

Sendo uma perturbação invasiva do desenvolvimento, as crianças com autismo, apresentam frequentemente para além das alterações de desenvolvimento, alterações de comportamento muito desgastantes, tais como, problemas de sono e/ou alimentares graves, exigências extremas em termos de rotinas ou rituais, crises de mau génio particularmente intensas e duradoiras .

Diversos estudos parecem confirmar, que os pais das crianças com alterações do espectro do autismo são particularmente vulneráveis ao aparecimento de sintomatologia psicopatológica. Os estudos publicados apontam elevadas incidência de stresse crónico na família (Marcus et al., 1978; Marcus & Schopler, 1989), sintomatologia depressiva nas mães (O'Moore, 1972), ou sentimentos constantes de medo, ansiedade e apreensão (Marcus et al., 1978).

A generalidade dos autores referem, como factores desencadeantes da sintomatologia ansiosa ou depressiva atrás referida, não só as características inerentes ao autismo mas também sentimentos de culpa intensa em relação à perturbação de desenvolvimento da criança. Isto poderá dever-se em parte ao facto de durante muitos anos se ter acreditado que a causa do problema estava na atitude dos pais, particularmente das mães. Esta crença, apesar de não ser sustentada pela investigação científica, persiste ao nível da opinião pública em geral.

Para além dos pais, também os irmãos das crianças com alterações do espectro do autismo necessitam de atenção e apoio específico por parte dos técnicos envolvidos no processo de intervenção. As exigências de atenção e vigilância e o desgaste que a criança com autismo provoca nos pais, levam que este se centrem mais na criança com autismo, “esquecendo” as necessidades dos restantes filhos, desencadeando nestes, sentimentos de rejeição, ressentimento, ou sentimentos de falta de atenção e/ou apoio (Powers, 2000)

1.4.2 Serviços de Apoio

Os Serviços existentes em Portugal (Ministério da Saúde, Ministério da Segurança Social e Trabalho e Ministério da Educação), assim como as Organizações não Governamentais (ONG), que apoiam as crianças com a síndrome de autismo e suas famílias parecem não se entenderem, exibindo eles próprios comportamentos “autistas” porque não estabelecem interações com outros parceiros, olhando-os como “estranhos” e tomando resoluções muitas vezes inadequadas para enfrentar a problemática. Simultaneamente, correm o risco de se tornarem incompletos, inadequados, pouco disponíveis, podendo levar à segregação das crianças com esta problemática e suas famílias.

A Associação Portuguesa para a Protecção aos Deficientes Autistas, instituição particular de solidariedade social (IPSS), é uma das instituições que está mais direccionada para dar apoio a esta população. Actualmente, atende cerca de 90 jovens, crianças, adolescentes e adultos e respectivas famílias, nos seus centros nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto.

Existe igualmente uma Carta dos Direitos das Pessoas Autistas, apresentada em Maio de 1992, no Congresso do "Autisme-Europe", e uma declaração escrita no Parlamento Europeu, datada de 9 de Maio de 1996, que têm tendo como objectivo a promoção de um crescimento harmonioso da pessoa com autismo através de uma intervenção terapêutica e educativa em ambientes o menos restritivos possíveis, por forma a promover-lhes a autonomia.

Conforme já referimos o autismo está incluído entre os distúrbios de desenvolvimento. As pessoas com esta problemática apresentam um atraso no desenvolvimento global, seguido de um atraso nas interacções sociais, alterações qualitativas da comunicação verbal e não verbal e restrições significativas no campo das actividades e interesses.

Devido às manifestações já referidas, as crianças com esta síndrome têm necessidades de cuidados afectivos, cognitivos, sensoriais e psicomotores de forma a ajudá-la a tornarem-se pessoas autónomas.

Nunca é demais referir que a família não deve assumir a responsabilidade do seu filho/a ter nascido com a síndrome de autista. Do mesmo modo que nenhum pai/mãe pode, infelizmente, evitar que o seu filho/a seja autista.

Mesmo nas famílias mais informadas e competentes, as dúvidas são constantes e os pais fazem perguntas pertinentes acerca do desenvolvimento dos filhos da infância até à idade adulta.

As famílias tem necessidade de:

- serem informadas;
- conhecerem as consequências da realidade do autismo;
- condições de adaptação à nova realidade;
- aprofundar os processos de desenvolvimento da pessoa com autismo;
- serem respeitadas e ajudadas;
- viverem de forma mais normal possível;
- terem momentos de descanso.

1.4.3 Organização da Dinâmica Familiar

Durante a fase inicial do processo de intervenção com crianças e suas famílias com esta problemática procuramos sensibilizá-las e esclarecê-las, acerca da patologia, do tipo de dificuldades que se levantam ao nível da comunicação bem como ainda sobre as possibilidades de intervenção.

É essencial uma avaliação prévia e completa do desenvolvimento global da criança, para a definição do diagnóstico, através da conjugação de esforços de uma equipa multidisciplinar, que promova a elaboração dum plano de investigação e de intervenção. A partir daqui referir-nos-emos à nossa própria prática profissional com este tipo de crianças.

Nesta fase, procuramos avaliar as expectativas da família, suas capacidades e recursos, de forma a poderem ser integrados estes dados no plano de intervenção.

Para além das etapas de Avaliação/Diagnóstico e Esclarecimento, um dos objectivos desta fase é também consciencializar os pais da sua importância e potencialidade como principais estimuladores da criança, fornecendo-lhes um apoio e reforço através de uma mensagem positiva quanto às possibilidades de evolução do filho.

Durante este período, que se inicia no primeiro encontro com as famílias e evolui ao longo dos encontros seguintes, inicia-se logo o contacto com os técnicos de Educação e outros intervenientes que apoiarão a estimulação da criança, preconizando-se o princípio de que é essencial a articulação dos diferentes elementos que participam no processo.

Desde logo começamos a dar aos pais indicações quanto à forma como devem promover o contacto com a criança de uma forma simples, directa e objectiva. Assim salientamos os seguintes aspectos:

O contacto visual é essencial - devemos gradualmente, de forma suave e não invasiva, estabelecer um contacto visual frequente sempre que se pretende alguma forma de comunicação ou ensino, deve associar-se tal contacto ao prazer físico como por exemplo, carícias um tom de voz carinhoso, etc.

Evitar o isolamento - A criança tende a isolar-se mesmo no meio dos outros. Deverá evitar-se, sempre que possível, esse isolamento, promovendo-se o contacto, não invasivo, através de estímulos que à partida lhe agradem, o que implica um trabalho prévio de observação e conhecimento acerca daquilo que a criança gosta mais.

Adaptação à criança - Antes de lhe ensinar algo de novo é preciso adaptarmo-nos a ela e descobrir os seus interesses, partindo destes para a descoberta gradual de outros estímulos a utilizar numa fase posterior.

É importante perceber quais os canais de comunicação e vias sensoriais privilegiadas pela criança para podermos optar pelas estratégias de intervenção mais adequadas, como por exemplo a utilização da música e da água...

Evitar mudanças bruscas de contextos, estímulos, rotinas ou contactos - É fundamental manter um ambiente estável, seguro e a organização em rotinas estruturadas (tempo, espaço, sequências, relações, sons etc.).

É através das sequências e organização do meio que a criança vai aprender a organizar-se. As alterações bruscas vão perturbá-la levando-a por vezes a crises de agitação ou refúgio e atitudes estereotipadas. Quando isso acontece, deve levar-se a criança para um ambiente calmo, estruturado, já conhecido, e utilizar estímulos que lhe sejam familiares, tentando assim tranquilizá-la.

Contacto físico- Além do contacto visual, a promoção do contacto físico gradual, suave e não invasivo, é importante. Este deve associar-se ao prazer (carícias, massagens), sendo o banho o momento privilegiado para tal. O contacto mais ou menos ritualizado com a água, num ambiente agradável e tranquilo, permite um relaxamento progressivo que pode servir de base para o estabelecimento dum vínculo de segurança e de afectividade.

Nesta fase, servirá essencialmente para promover o contacto e o relacionamento interpessoal podendo permitir, posteriormente, a introdução de novos estímulos e de novas aprendizagens (ex. conhecimento do corpo).

Suporte afectivo - Deve mostrar-se à criança a possibilidade de poder recorrer à mesma pessoa (mãe/pai) sempre que necessite de ajuda ou conforto, fornecendo-lhe estes apoios nas situações em que tal se justifique e da forma mais imediata, especialmente na fase inicial, embora, posteriormente, se pretenda que esta estratégia seja adoptada livremente pela criança sempre que necessite.

Neste aspecto, o que se pretende é que a criança comece a identificar de forma clara a figura de mãe e aprenda a sentir a sua presença e falta. Deverá associar-se aos poucos os nomes "mãe", "pai" às respectivas figuras, assim como a identificação gradual da criança, chamando-a sempre pelo nome.

Pretende-se nesta fase que a figura de vinculação sirva de intermediária entre a criança e o meio ajudando-a a organizar, seleccionar e descodificar os estímulos que a rodeiam.

A intervenção terapêutico-educacional deverá ser implementada por uma equipa multidisciplinar que envolva a educadora, os pais e outros técnicos, que em conjunto delinearão um programa de intervenção, tentando-se ao máximo uniformizar os objectivos e procedimentos de intervenção.

Ao longo desta fase de intervenção, procuramos adaptar as estratégias de estimulação a desenvolver por cada técnico às características de cada criança, tendo como base as linhas de orientação propostas na primeira fase.

O envolvimento dos pais no processo terapêutico é uma preocupação que está presente desde o início. Este envolvimento inclui a participação dos pais nos processos de avaliação e elaboração dos programas de intervenção para os seus filhos e envolve também o apoio directo aos pais.

Este apoio tem como objectivo o suporte emocional aos pais através de reuniões periódicas de grupo. A partilha de experiências, preocupações, estratégias de resolução de problemas do dia a dia com outros pais, funciona como suporte fundamental no longo e árduo processo de intervenção.

O processo de estimulação vai percorrendo um percurso de construção relacional privilegiando vários momentos:

1 - Organização e vínculos, **criança – educadora** como protótipo de relacionamento para outras relações. Esta fase depende muito do investimento e capacidade de interacção do próprio adulto.

A par deste processo, desenvolve-se o reforço dos vínculos entre a criança e os pais através do feed-back positivo que vai surgindo na interacção.

2 - A construção gradual da identidade vai-se fazendo à medida que a criança percebe a sua existência e a do outro, sentindo a falta deste quando se ausenta, ou seja a construção da sua identidade faz-se neste processo de interacções cada vez mais consciente e elaborada.

O contacto visual e físico servem de base a esta construção, utilizando-se a estimulação corporal, imagem no espelho, balneoterapia e outras técnicas similares.

3 - A promoção da capacidade de imitação é uma meta fundamental que servirá de base ao desenvolvimento dos primórdios da representação mental de si e do outro e da comunicação não verbal.

A motivação da criança para a realização de diversas actividades lúdicas que envolvem a repetição de sons, gestos, ritmos, etc. Exige naturalmente a utilização de actividades que vão ao encontro das capacidades de processamento da informação de cada criança.

4 - O desenvolvimento cognitivo faz-se a partir de um processo gradual de conhecimento dos objectos e das suas funções. Podemos para tal utilizar objectos reais, e posteriormente representações desses mesmos objectos, através da imagem associada ao nome do objecto ou função do mesmo.

5 - À medida que se vão processando as fases anteriores, a comunicação da criança com o meio vai-se desenvolvendo num processo gradual que visa a aquisição e formas cada vez mais complexas de comunicação, incluindo a linguagem expressiva.

Capítulo 2
A Balneoterapia

“Uma das maravilhas da mente humana é a de cada um poder viver o dia a dia como se os perigos que nos ameaçam de morte não existissem. É um prodígio que se opera na longa infância do homem.

Protegidos pela cultura que cada sociedade nos prepara, envolvidos pelo amor que liga as pessoas do nosso grupo familiar, descobrimos que existimos, que podemos comunicar e, em consequência, que nem tudo o que sentimos e pensamos é comunicável.

É do não comunicável que cada um faz a sua autonomia de pensar e é a partir da autonomia que se chega ao acto criativo”

João dos Santos

Secção 2 - BALNEOTERAPIA

Secção 2.1 - Descrição da Balneoterapia

A Balneoterapia consiste num processo terapêutico, que visa promover a relação mãe-filho, nas suas várias dimensões, utilizando a água como meio privilegiado para o estabelecimento da referida relação.

É uma técnica onde o corpo tem um papel primordial; podemos dizer que é uma técnica de toque. É sensorial e íntima, ao utilizar o corpo da criança considerando todos os seus aspectos funcionais (motores, sensoriais e cognitivos) e a interligação entre eles. Permite a interiorização do estímulo ou de um conjunto de estímulos; discrimina-os favorecendo uma troca social e consequentes respostas mais ao menos adequadas, mais ao menos harmoniosas. Desta forma permite construir uma relação entre o corpo e o psíquico através de movimentos integrativos, tornando conscientes os movimentos e o efeito da acção do próprio e do outro.

Consequentemente ocorre uma progressiva integração do significado das experiências vividas, numa conjugação a três tempos: o presente e nós que inclui o passado, o presente e o futuro. A criança é um agente activo do seu processo terapêutico.

O adulto nesta terapia vai desempenhar igualmente um papel fundamental, estimulando a criança a agir e a sentir, envolvendo-se corporalmente favorecendo a comunicação e consequente dando-lhe segurança para integrar novas sensações e dar-lhes sentido. A mãe é uma participante activa, envolvendo-se corporal e emocionalmente com a filha/o utilizando a linguagem dos afectos permitindo assim um intercâmbio no qual a sua postura, os seus movimentos, a sua linguagem estão

perfeitamente sincronizados. A terapeuta é a condutora e a simples mediadora de todo este processo.

Ora um elemento fundamental neste processo é a água que em virtude das suas características físicas, químicas, térmicas, mecânicas, ópticas, radioactivas e eléctricas, é o único lugar capaz de favorecer, por exemplo, exercícios a três dimensões. A água é assim, a parte facilitadora, da relação criança /mãe"terapeuta".

Mas mais importante ainda, é o facto de dentro de água não ser preciso tocar para obter contacto, as correntes da água têm um efeito de carícia, a sua qualidade estética e visual prende qualquer olhar, favorece a comunicação e conseqüente origina segurança, integrando sensações e dando-lhes sentido.

A relação entre o corpo e a pele, do "ser humano" dentro de água é uma relação directa. Ou seja, ao contrário do que acontece no meio aéreo, a água permite-nos consciencializar a existência física de um meio exterior a nós, constituindo a pele a fronteira que separa o interior do exterior do organismo.

A terapeuta "mãe" vai fazer com que a criança se dê conta das diferentes componentes do contacto corporal:

- contacto propriamente dito;
- qualidade do toque;
- posições corporais;
- adaptabilidade à superfície;
- apoios adequados;

- "escutar a linguagem corporal", ou seja, a mãe que na Balneoterapia assume conscientemente o papel de terapeuta vai adquirindo gradualmente a capacidade de detectar e interpretar os sinais ou expressões corporais do filho, que lhe indicam se deverá, por exemplo, prolongar ou interromper uma actividade, através daquilo que poderíamos designar por um verdadeiro diálogo corporal.

2.1.1 Em que Espaço?

Em qualquer etapa do desenvolvimento o espaço físico não existe como entidade desprovida de significado ou de sentido. Pelo contrário, ele está fortemente relacionado com a experiência corporal de cada criança, ganhando sentido ou significado, graças á interacção com o mundo que a rodeia.

Desta forma, a Balneoterapia é desenvolvida em dois espaços físicos diferentes: a piscina e os balneários. Podemos compreendê-los como uma comunicação multidimensional em que o centro é a criança, ou seja, é em resposta às suas iniciativas que o adulto deverá proporcionar-lhe uma resposta na qual a linguagem, o gesto e o movimento estão sincronizados, de forma a que as informações transmitidas sejam congruentes. É o começo do vínculo que se gera entre a criança e a terapeuta/mãe, dando lugar a trocas afectivas, que originam sentimentos, por exemplo, de confiança, criando-se assim bases importantes para a interacções diácticas futuras.

Num primeiro momento a comunicação é desenvolvida dentro da água e num segundo momento no balneário, onde se realiza um trabalho de relaxamento e massagem, estabelecendo-se entre a mãe e a criança um processo de interacção e

comunicação não verbal que, sendo naturalmente diferente nos dois contextos atrás referidos, pretende alcançar um mesmo objectivo:

- Promover um diálogo corporal entre a mãe e a criança, onde a primeira não tem pressa, dando sempre "tempo ao tempo", e onde o mais pequeno movimento iniciado pela criança deverá ser interpretado como um sinal com significado de comunicação, no qual é absolutamente necessário atender, esperar que se conclua e, por último, responder.

“Se no processo de desenvolvimento, o indivíduo não adquire a capacidade de expressão através da fala (ou se esta é de difícil compreensão para o meio que cerca a criança), então devemos assegurar-nos que se irão desenvolver as funções da linguagem humana, de modo a que se produza **COMUNICAÇÃO**”

Schaeffer (1980)

1º Espaço; 1º Tempo

A Piscina

Com ela começa o processo de socialização. A mãe com ajuda da terapeuta ,procurará gradualmente familiarizar a criança com este novo “mundo”, esta nova e grande “banheira” e com aparecimento de novas pessoas, novos companheiros que a acompanharão neste novo banho. Cabe aos pais fazer esta ponte para que o conjunto de novas sensações seja interiorizado de forma positiva.

Como sabemos, a participação activa e positiva dos pais é de grande importância para o desenvolvimento da criança. Proporcionar á criança, sentimentos de segurança é a base fundamental para o estabelecimento de uma relação mãe/filho promotora de um desenvolvimento harmonioso, Bowlby (1958).

Nas fases mais precoces do desenvolvimento, ou no início da interacção no caso de uma criança com Alterações do espectro do Autismo o intercâmbio corpo a corpo, o contacto cutâneo parece ter uma importância fundamental na relação mãe-filho/a .

A água, pelas características atrás referidas constitui um meio privilegiado para iniciar essa interacção, tão comprometida nas crianças com este síndrome.

A mãe, através da forma de olhar a criança, de lhe sorrir, de lhe falar, de tocá-la, de brincar oferece-lhe estímulos imprescindíveis para o desenvolvimento das potencialidades expressivas e sociais que estão subjacentes a qualquer acto de comunicação.

A mãe imita a criança servindo de “espelho” às suas expressões mímicas e vocais. Desta forma a criança tem tradução visual e auditiva de seus próprios modos de expressão progredindo gradualmente no jogo de reacções circulares organizadoras dos automatismos indispensáveis á comunicação.

Aos poucos a criança vai entendendo também ordens e proibições. O “NÃO”, quer verbal quer gestual, vai impedir o acesso a situações perigosas. Esta capacidade de interpretar e responder adequadamente ao “não” tem necessariamente de surgir no processo de desenvolvimento de qualquer criança e é mais facilmente adquirido no contexto da interacção mãe-filho, por ser basicamente mais gratificante e securizante

“Quand je regarde, on ne voit, donc j'existe.

Je peux alors me permettre de regarder et de voir.

Je regarde alors créativement et, ce que je perçois, je le perçois également.

En fait, je m'attache à ne pas être là pour être vu (sauf quand je suis fatigué).

Winnicott ; « Le rôle du miroir... » p.82

2º Espaço/ 2º Tempo

Balneário

Desde os fenómenos emocionais, mais precoces em que o corpo é simultaneamente receptor e emissor, até à criação dos afectos, cada vez mais complexos que ocorrem ao longo do desenvolvimento, o corpo nunca perde a sua dimensão expressiva e, fundamentalmente, criativa e pessoal.

A noção de corpo assim como a génese da noção de espaço (também de tempo), desenvolvem-se através de interacções, adulto-criança

A consciência do corpo sofre pois uma evolução paralela à aquisição das noções de espaço, ambas se desenvolvem num processo paralelo e interactivo. Não há espaço sem corpo, assim como não há corpo que não seja espaço e que não ocupe um espaço. O espaço é o meio pelo qual o corpo pode mover-se. O corpo é o ponto em torno do qual se organiza o espaço exterior . Poderemos dizer que o corpo é a **Sede** da consciência e é o habitáculo emocional e racional da inteligência .

O campo da linguagem corporal apresenta subdivisões:

1º- A intracomunicação

É a pele que funciona como "couraça muscular", às resistências que se situam ao nível físico; os movimentos do esqueleto é o biológico, a interação do físico com o biológico favorece o diálogo com o psicológico. É a comunicação entre dois níveis estruturais de um mesmo Ser.

2º- A intercomunicação

a - Os movimentos do corpo

Inclui o nível anterior mas ultrapassa-o, podendo igualmente sentir-se o prazer do corpo, o seu diálogo interno; põe em jogo a intercomunicação, o seu quadro conceptual alarga-se. Podemos incluir neste grupo condutas individualizadas, onde o movimento é significativo e bem definido.

b – O contacto corporal – o toque

Nível onde o significado depende grandemente do contexto em que ocorre e dos elementos em interação; o que toca, o que é tocado, que zona do corpo toca e que zona é tocada. É a textura, a temperatura, a pressão... elementos que estão em jogo e que vão ser articulados com o seu valor psicológico.

c – Os gestos

Discurso paralelo ao tónico com um conjunto de signos susceptíveis de serem isolados e identificados de forma a se associarem significados e significantes. A linguagem dos gestos aproxima-se, por isso, cada vez mais da linguagem falada.

Parece-nos que podemos incluir neste grupo a comunicação que é feita através dos órgãos extraceptivos, nomeadamente a visão e o olfacto.

Todos estes canais de comunicação estão em jogo e deverão ser cuidadosamente contemplados no contexto da Balneoterapia.

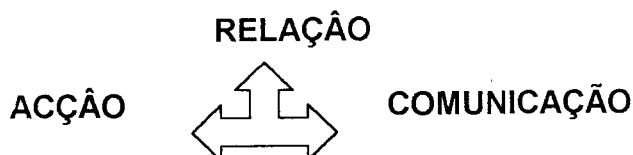
As subdivisões atrás referidas são na realidade, um pouco artificiais pois estão em constante interacção completando-se, sendo difícil de distinguir qual delas prevalece no momento da intervenção; no entanto, quando se pretende fazer levantamento do discurso do corpo, é necessário sabermos sobre que nível nos debruçamos ou mais concretamente sobre o qual estamos predominantemente a trabalhar.

Nesta primeira parte, preocupámo-nos apenas fazer um levantamento sucinto e indiferenciado, da importância do corpo na comunicação, sem tentarmos especificar em que domínio desta comunicação estamos a incidir, mas abrangendo todos os canais de comunicação em geral.

2.2. Objectivos da Balneoterapia

2.2.1 Objectivos Gerais

A Balneoterapia é uma psicoterapia de mediação corporal, baseada no trinómio:



- **ACÇÃO**

- Carácter lúdico
- Consiste no contacto corporal, sentir, orientar, mexer, cheirar, ouvir, respirar, movimento, equilíbrio, limite, dominância, deslocamento;
- Desenvolve as capacidades motoras e as noções ritmo, de tempo e espaço;
- Libertação de cargas emocionais através da expressão corporal.

- **RELAÇÃO**

- Progressivamente as relações interpessoais vão-se formando e promovendo a interacção entre todos;
- Diálogo-dual → interacção colectiva → escutar os outros

- **COMUNICAÇÃO**

- Expressão de sentimentos e emoções como construtores da auto-estima e auto-conceito
- Verbal ou não verbal

2.2.2 Objectivos Específicos

- Proporcionar sensações como formas elementares da inserção na regulação do comportamento às acções exercidas pelo meio;
- Contribuir para dar segurança à criança, eliminando-lhe todas as tensões de forma a que fique disponível para tomar consciência das suas capacidades;
- Consciencializar a criança do seu corpo e das diversas formas de se exprimir, interiorizando acções elementares e favorecendo o seu desenvolvimento psicomotor e socio-afectivo ;
- Ajudar a criança a adquirir gradualmente uma capacidade ao nível do controle das emoções, de tal forma que a criança aprenda como manter a calma.

2.2.2.1 Modelo da Actividade da Balneoterapia

Piscina

- Limite;
- Dominância;
- Deslocamento;
- Sentir;
- Orientar;
- Mexer;
- Cheirar;

- Ouvir;
- Respirar;
- Movimento;
- Ritmo/Tempo/Espaço;
- Interação entre:
 - Flutuação/Equilíbrio
 - Respiração
 - Propulsão

2.2.3 Aspectos Gerais a Desenvolver

Linguagem dual

Proporcionar o diálogo bem vivido entre mãe e criança, onde a sincronia seja uma constante assim como a empatia, obtendo-se assim um diálogo mais aprofundado entre ambas.

Consciência Corporal

Desenvolver a noção corporal como vector de expressão e mediador dos afectos das emoções e das representações.

Permanência do Objecto

Desenvolver o interesse de procura pelo objecto perdido, manipulá-lo de forma a compreender que este tem a sua própria existência. Consciencialização das primeiras noções espaciais, temporais e de casualidade.

Representação

Desenvolver a capacidade de representar um objecto por outra coisa, gestos imitativos na ausência da pessoa imitada, jogo simbólico, o fazer de conta que...e por fim a linguagem.

2.2.3.1 Balneoterapia Receptiva

- Contacto;
- Qualidade do toque;
- Posições corporais;
- Apoios adequados;
- Corpo rítmico/relaxado
- Papel do terapeuta é activo

2.2.3.2 Balneoterapia Activa

- Corpo activo
- Explorações activas do corpo e de objectos
- Condições de diálogo
- Interiorização de regras
- Papel do terapeuta é passivo

3.4.1 Estratégias Terapêuticas do 1º tempo/piscina

1º Objectivo: Contacto ocular

Material: Nenhum

Procedimento:

1.1 A mãe pega no filho ao colo, com uma mão na cabeça e com a outra nas costas da criança de forma que a água o cubra até às axilas, vai embalando-o da direita para a esquerda num ritmo a quatro tempos. A face da mãe fica ao nível da face da criança de forma a estabelecer o contacto ocular.

1.2 O mesmo exercício, mudando o movimento de embalar para baixo e para cima.

Forma de registo: registo de duração

Sucesso: A criança estabelece em média um contacto ocular com a duração de 1segundo

Emergente: A média for de 30 segundo

Insucesso: quando este contacto não se estabelece

2º Objectivo: Contacto Corporal

Material: Nenhum

Procedimento:

2.1 A mãe vira o filho para a frente põe-no na posição de vertical; as costas da criança ficam coladas ao peito da mãe, as pernas ficam juntas entre as pernas da mãe. Esta envolve-o com os seus braços e embala-o da direita para a esquerda num movimento a quatro tempos.

2.2 O mesmo exercício, mas o movimento de embalar passa a ser de baixo para cima e cima para baixo.

2.3 Mantendo-se na posição de vertical mudando o posicionamento dos membros superiores da mãe e filho; ambos ficam com os membros superiores estendidos de forma a desenhar círculos de 180°, num ritmo a quatro tempos.

2.4 O mesmo exercício muda só o movimento de lateralidade passa para o de profundidade (baixo, cima).

Forma de registo: registo de duração

Sucesso: A criança deixa-se envolver sem gesticular durante um período de tempo superior a 1 minuto, em média

Emergente: A criança deixa-se envolver por um período de 30 segundos em média, podendo gesticular.

Insucesso: A criança não se deixa envolver, gesticula, chora, ou grita

3º Objectivo: Estabilidade Pélvica

Material: Nenhum

Procedimento:

3.1 A mãe põe a criança na posição dorsal, o lado da face direita da criança encosta-a à sua face esquerda, com as duas mãos segura as ancas da criança de forma a que esta encontre a estabilidade pélvica. Movimenta-a da direita para a esquerda num ritmo a quatro tempos.

3.2 O mesmo exercício, mudando o movimento de lateralidade para profundidade.

Forma de registo: registo de frequência

Sucesso: A criança fica em equilíbrio, consegue flutuar (relaxação), 60% a 100% das vezes.

Emergente: A criança não consegue ficar em equilíbrio, fica numa posição de recostada 30% a 50% das vezes.

Insucesso: A criança não consegue em nenhuma destas posições 0% a 20% das vezes

4º Objectivo: Estabilidade do Tónus Muscular (hipertonia; hipotonia)

Material: Nenhum

Procedimento:

4.1 A mãe põe a criança na posição ventral, a cabeça da criança fica segura no ombro esquerdo da mãe, a face esquerda da mãe junta-se à face direita do filho. Uma das mãos da mãe apoia o ventre da criança enquanto a outra aconchega a zona lombar. O movimento é de lateralidade, o ritmo é de quatro tempos.

Forma de registo: registo de frequência

Sucesso: A criança consegue alcançar o relaxamento, o seu tónus controla a situação sem apresentar contracções ou extensões 60% a 100% das vezes

Emergente: A criança apresenta alguma insegurança: não consegue fazer o exercício na totalidade apresentando algumas fugas (4x). = 30% a 50% das vezes.

Insucesso: A criança não consegue fazer o exercício e o n.º de fugas é superior a 4. = 0% a 20% das vezes

5º Objectivo: Contacto Corporal

Material: Nenhum

Procedimento:

5.1 A mãe põe a criança nas suas costas. Os membros inferiores envolvem a cintura da mãe, os superiores envolvem o pescoço da mãe. Inicialmente a mãe

terá de ajudar, dando-lhe as mãos. O movimento deverá ser de embalar (direita , esquerda) e o ritmo deve ser de quatro tempos.

Forma de registo: registo de duração

Sucesso: A criança deixa-se envolver sem gesticular durante um período de tempo superior a 1 minuto, em média

Emergente: quando a criança se deixar envolver por um período de 30 segundos em média, podendo gesticular

Insucesso: quando a criança não se deixa envolver, gesticula, chora, ou grita .

6º Objectivo: Coordenação motora (sincronia; percepção táctil; interacção; causa/efeito)

Material: Placas de 25 cm de comprimento e de 15 cm de largura e 5 cm de espessura.

Procedimento:

6.1 A mãe com os membros inferiores flectidos senta a criança no seu colo e desloca-se com os joelhos encostados às paredes da piscina e as mãos agarradas à borda rugosa da mesma. Inicialmente põe as suas mãos em cima das mãos do seu filho e incita-o a deslocar-se com sincronia. Mão, joelho direito, mão, joelho esquerdo.

6.2 A mãe posiciona-se à esquerda do seu filho e incita-o a deslocar-se. Mão, perna direita, mão, perna esquerda...

6.3 Na borda da piscina, encontram-se obstáculos com 25cm de comprimento, a criança terá de os transpor. (primeiro com a mão direita e depois com a mão esquerda).

Forma de registo: registo de frequência

Sucesso: A criança desloca-se com supervisão e passa os obstáculos pede 60% a 100 das vezes ajuda .

Emergente: A criança desloca-se com ajuda 30% a 50% das vezes

Insucesso: A criança não consegue desloca-se e não quer ajuda. 0% a 20%

7º Objectivo: Coordenação Motora (sincronia, situação causa /efeito, percepção esquema corporal, coordenação ocular, equilíbrio, noção de ritmo e direcção, sequencialização).

Material: Seis rectângulos vermelhos de 10 cm de comprimento, 8 cm de largura e 5 cm de espessura.

Procedimento:

7.1 Na borda da piscina encontram-se o mesmo número de rectângulos vermelhos como de crianças. A mãe ajuda a criança a pegar no primeiro rectângulo, que está a sua esquerda .

7.2. A mãe põe o rectângulo em frente á criança e incentiva-a a seguir o objecto.

7.3 Com o peito; com o queixo; com a face direita; com a face esquerda...

Forma de registo: registo de frequência

sucesso: A criança segue através do olhar o objecto 60% a 100% das vezes .

Emergente: A criança não segue o objecto de 30% a 50% das vezes.

Insucesso: A criança não segue o objecto e não quer ajuda .

8º Objectivo: Causalidade

Material: Nenhum

Procedimento:

8.1 A mãe com as mãos nas axilas do filho posiciona-o à sua direita de costas viradas para ela, com a água pelas axilas. A um ritmo de quatro tempos emerge-o e fá-lo imergir à sua esquerda.

Forma de registo: registo de frequência

Sucesso: A criança antecipa o olhar para o sítio onde vai emergir de 60% a 100% das vezes

Emergente: A criança antecipa 5x o olhar para o sítio onde vai imergir de 30 a 50% das vezes

Insucesso: A criança não olha nenhuma vez para o sítio onde vai imergir de 0% a 20% das vezes

9º Objectivo: Socialização (noção de regra, interacção com os seus pares, contacto ocular, imitação, sentido de direcção, equilíbrio,...)

Material: Arco de cor vermelha e de 1 mm de diâmetro e uma bola de cor amarela de 20 cm de diâmetro.

Procedimento:

9.1 As crianças e as mães vão posicionando-se em forma de comboio dão uma volta e param. Na piscina encontra-se um arco em posição vertical e uma bola.

9.2 A mãe da primeira dupla da fila pega na bola e passa por dentro do arco, primeiro com uma perna e depois com a outra. Depois vira-se para o filho e desloca a bola na sua direcção, incentivando-o a pegar nela.

9.3 A criança pega na bola e imita a mãe. Passa o arco com a bola vira-se para a dupla seguinte e desloca a bola na sua direcção ...

Forma de registo: registo de frequência

Sucesso: A criança consegue fazer o exercício de 60% a 100% das vezes

Emergente: A criança consegue fazer o exercício acima dos 30% a 50% das vezes

Insucesso: criança não conseguir fazer o exercício de 0% a 20% das vezes

10º Objectivo: Percepção (orientação espacial, cognição socialização, equilíbrio)

Material: Nenhum

Procedimento:

10.1 - A mãe fica num lado da piscina a criança no outro. A mãe chama a criança, esta dirige-se em direcção à mãe.

Forma de registo: registo de frequência

Sucesso: A criança vai ter com a mãe sem ajuda de 60% a 100% das vezes

Emergente: A criança precisa de ajuda não estabelece o contacto ocular, dispersando de 30% a 50% das vezes.

Insucesso: A criança não consegue desenvolver o exercício não reagindo ao chamamento de 0% a 20% das vezes.

11º Objectivo: Percepção Espacial (sentido de direcção, noções topológicas, equilíbrio, coordenação motora (salto) interacção.

Material: Nenhum

Procedimento:

11.1 As mães e filhos em roda, de mãos dadas vão-se deslocando para a **direita** aos saltos.

11.2 O mesmo exercício para a **esquerda**;

11.3 O mesmo exercício para a **frente**;

11.4 O mesmo exercício para **trás**.

11.5 Um salto para **cima**.

11.6. Um salto para **baixo**.

Forma de registo: registo de frequência

Sucesso: A criança consegue executar o exercício de 60% a 100% das vezes.

Emergente: A criança faz o exercício 30% a 50% das vezes das vezes.

Insucesso : A criança não faz o exercício de 0% a 20% das vezes.

12º Objectivo: Controle Respiratório (contacto ocular, imitação, controle emocional)

Material: Nenhum

Procedimento:

12.1 A mãe pega no filho ao colo e posiciona-o à sua frente ficando ambos ao mesmo nível; de olhos fixos nos olhos do seu filho procura que este a imite. Põe água na boca e deita-a fora como um chafariz.

Forma de registo: registo de frequência

Sucesso: A criança consegue executar o exercício 60% a 100% das vezes.

Emergente: A criança faz o exercício 30% a 50% das vezes das vezes.

Insucesso : A criança não quer fazer o exercício. 0% a 20% das vezes

13º Objectivo: Controle do Tónus (pré aviso que vai sair da piscina, estabilidade emocional).

Material: rolo vermelho de 1,50m de comprimento e 10 cm de diâmetro.

Procedimento:

13.1 A mãe enlaça o seu filho com o rolo, posiciona-o de forma ventral e a um ritmo de quatro tempos dá a volta à piscina.

Formas de registo: registo de frequência

Sucesso: A criança consegue estar na posição ventral em equilíbrio tónico, sem apresentar hipertonia ou hipotonia de 60% a 100% das vezes.

Emergente: A criança apresenta 30% a 50% das vezes algumas disfuncionalidade (hiper/hipotonia).

Insucesso: A criança não consegue desenvolver o exercício de 0% a 20% das vezes.

3.2.2 Estratégias Terapêuticas do 2º Espaço; 2º Tempo

Balneário

A Massagem

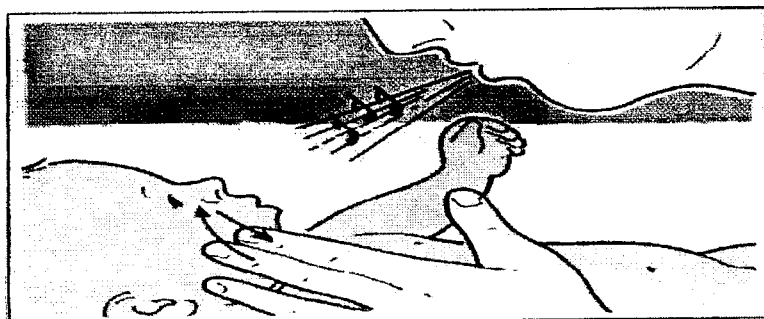
Inicialmente os movimentos devem ser leves, afectuosos, em semi círculos e pouco intensos.

Com o tempo e mediante o contacto visual, saberemos se a criança se sente confortável e se poderemos ir mais longe com o contacto, podendo o movimento tornar-se circular e mais intenso.

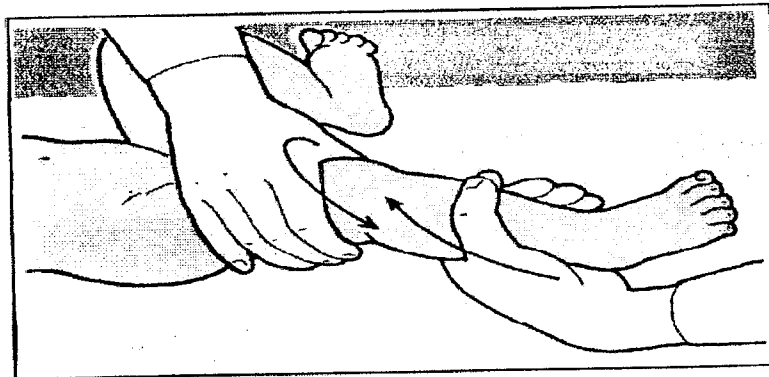
Formas de Contacto:

- Carícias
- Pressões (amassamentos)
- Exercícios
- Vibrações segmentares
- Carícias circulares

As Carícias - são o momento mais importante da massagem. Quando acariciamos as nossas mãos devem se moldar ao corpo da criança , transmitindo segurança. As mãos devem andar em direcção ao coração. As carícias activam a circulação venosa e linfática

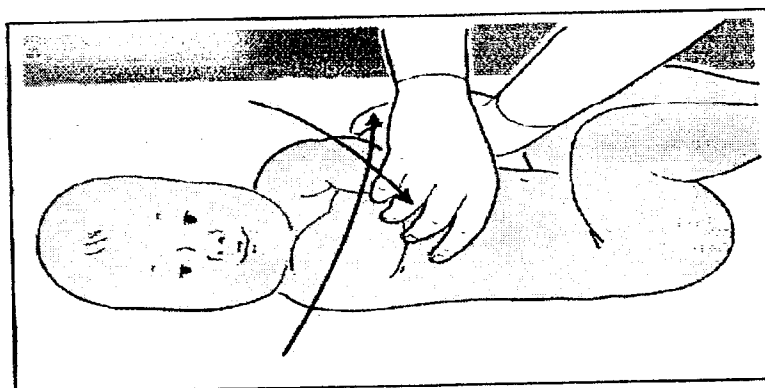


Pressões (amassar) – segue uma forma de movimento de ordenha sueco e índio. Os braços ou as pernas se empurram com a borda interior das mãos e se torce um pouco. A melhor maneira de fazer esta massagem é pensar que se está a amassar uma bola de massa de pão. Actua principalmente sobre a musculatura reforça e favorece a irrigação sanguínea.



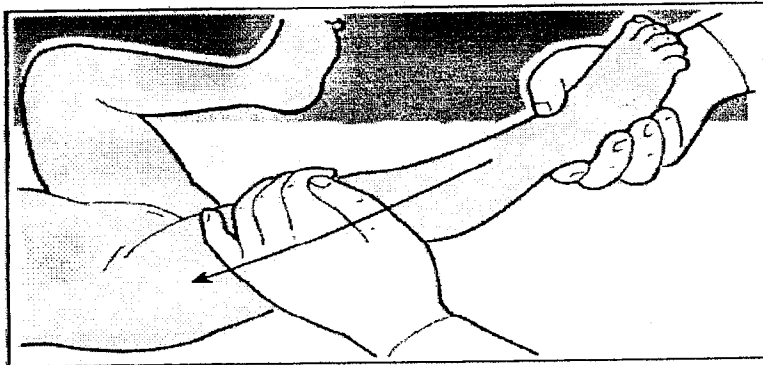
Exercícios - são diversos e conferem um aspecto lúdico à massagem, servem para movimentar as articulações e reforçar os músculos. Com os braços favorecem a respiração.

As vibrações segmentares servem para relaxar os tecidos (braços e pernas, movimentam-se de forma rotativa). O efeito destas vibrações depende do sítio em que se fazem, por exemplo, se for no abdómen actua sobre os intestinos.



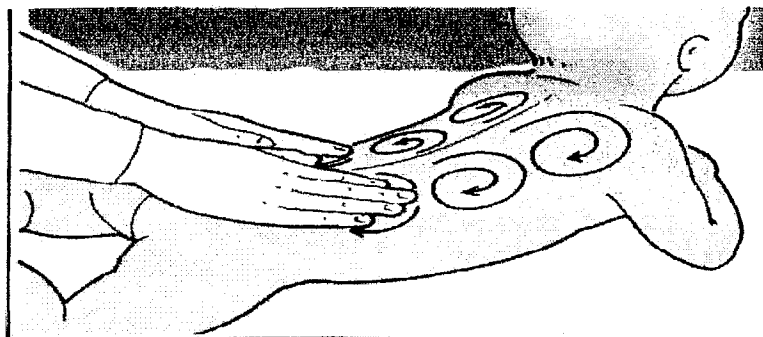
Vibrações segmentares (oscilações): servem para relaxar os tecidos , são fáceis de efectuar e seguir:

Nos braços e nas pernas efectuam-se essencialmente o movimento rotativo: as mãos mantêm-se paralelas ás extremidades e massaja-se como se estivéssemos a "enrolar salchichas". No abdómen e nas costas pode-se efectuar movimento de serpentina.



As Carícias Circulares - são as mais difíceis realizar. As duas mãos formam círculos em simultâneo. Inicialmente os círculos devem ser grandes. Com a prática os círculos vão ficando pequenos e redondos.

Todas as técnicas da massagem se completam entre si, são uma linguagem corporal muito emotiva quando realizadas conjuntamente.



2.3 A Contribuição da Balneoterapia Enquanto Modelo Terapêutico Complementar à Intervenção Educativa

A descrição da síndrome autista como uma entidade clínica distinta encontra-se definida por Kanner (1943) num artigo intitulado "Perturbações Autísticas do Contacto Afectivo". Nesta época, imperava o pensamento psicanalítico e a intervenção junto da criança e das famílias seguia esse modelo, chegando-se a aconselhar, por vezes a retirada da criança do meio familiar, por este ser considerado "patogénico".

No início dos anos 60, começam a surgir novas ideias sobre a natureza da síndrome autista que deixa de ser encarado como tendo uma etiologia, visto a investigação científica apontar cada vez mais para a existência de possíveis causas orgânicas, ou genéticas subjacentes a esta síndrome (Wolfschein, 1994; cit in Wing, 1996).

Simultaneamente, os métodos de modificação do comportamento vão-se impondo como instrumentos eficazes e alternativos aos modelos de intervenção psicanalítica, que entretanto demonstravam pouca ou nenhuma eficácia no tratamento do autismo (Wing, 1996).

A generalidade dos autores defendem actualmente uma abordagem educacional, mas não aceitam que exista uma única abordagem eficaz, sendo vantajoso conhecer vários tipos de programas de intervenções bem fundamentadas, já utilizadas com crianças com perturbações do espectro do autismo a fim de obter a intervenção mais bem sucedida.

A maior parte das investigações sobre a educação das crianças com a síndrome autista têm incidido na utilização de métodos comportamentais e cognitivo-

comportamentais, que no entanto não são apenas centradas na criança, mas simultaneamente centradas na família e criança.

Os autores que mais se destacaram na implementação e estudo destas metodologias foram Lovaas, através do programa UCLA (Universidade da Califórnia em Los Angeles), Rutter e colaboradores através do "Projecto de Ensino Centrado na Família" e Schopler, através do programa TEACCH.

Até hoje, parece que nenhuma psicoterapia, implementada isoladamente, demonstrou ser um procedimento eficaz em relação à intervenção junto das crianças com a síndrome do autismo (Jordan, 2000).

Pretendemos neste estudo apresentar a utilização da Balneoterapia como modalidade terapêutica de complemento à intervenção psicoeducacional para crianças com alterações do espectro do autismo. A nossa prática com a utilização desta estratégia complementar tem demonstrado resultados muito positivos, especialmente ao níveis das relações inter e intra pessoais.

2.4. Benefícios da Balneoterapia Enquanto Procedimento Terapêutico Complementar aos Programas Psicoeducacionais:

A Balneoterapia, enquanto procedimento terapêutico, visa essencialmente promover as capacidades de interacção e de comunicação, tanto não-verbal como verbal, das crianças com alterações do espectro do autismo.

Sabendo nós que uma das alterações desenvolvimentais mais importantes no caso das crianças com alterações do espectro do autismo, são precisamente as dificuldades ao nível da comunicação e interacção, o processo não estaria completo se não incluísse uma modalidade terapêutica que incidisse justamente ao nível destes défices.

Assim, quer relativamente aos objectivos da intervenção, quer ao próprio espaço onde esta é realizada, quer ainda aos próprios procedimentos de intervenção, a Balneoterapia surge como um complemento precioso, a par com a implementação dos programas de intervenção psicoeducacional, para a promoção da comunicação, das interacções, e da socialização no seu aspecto global.

De facto, a Balneoterapia sendo realizada em grupo, permite alargar o âmbito da intervenção da diade mãe-filho para o pequeno grupo (mães e filhos que trabalham em conjunto), de uma forma progressiva e gradual.

Em última análise, não é possível promover o desenvolvimento da socialização, na ausência do trabalho de grupo onde as competências subjacentes a esta mesma socialização podem ser adquiridas, interiorizadas e vivenciadas.

Ao longo do processo de intervenção, e após uma fase inicial em que se estimula a intervenção na díade mãe-filho, ocorre um aumento gradual ao nível das interações mães-crianças, crianças-crianças e mães-mães.

2.5 O Estudo: variáveis e hipóteses

Pretende-se avaliar a Balneoterapia como processo terapêutico facilitador da relação mãe-filho, no caso de crianças com alterações do espectro do autismo.

A caracterização da amostra é homogénea, são colocadas em situação de aprendizagem e observadas directamente por três técnicos que utilizam uma grelha estruturada em torno das seguintes unidades: contacto ocular; contacto corporal; percepção; coordenação motora; socialização (interacção; jogo; regras); causalidade; estabilidade pélvica (em apêndice).

Será que a Balneoterapia é eficaz como processo terapêutico facilitando o estabelecimento de relações intra e interpessoais?

O auto-conhecimento e consciencialização corporal, a relação com o outro, neste caso a mãe é eficazmente promovida através deste procedimento terapêutico?

Capítulo 3

Estudo Empírico

Secção 3 – ESTUDO EMPÍRICO

Secção 3.1 – Método

O presente estudo irá utilizar, em termos metodológicos, os chamados planos experimentais de caso único. Baseado na teoria comportamental, tais planos permitem ao terapeuta ou educador avaliar com rigor a sua actuação. Na opinião de Schwieso citado por Kazdin, (1992) uma das virtudes da tradição comportamental terá sido a sua insistência em avaliar a eficácia dos procedimentos de intervenção que utiliza.

Os planos experimentais referem-se a uma abordagem que procura avaliar fenómenos e estabelecer inferências válidas sobre a forma como a manipulação de determinadas variáveis (variáveis independentes) causou uma mudança ao nível de outras variáveis (variáveis dependentes)

Os estudos pormenorizados e aprofundados de casos individuais estiveram na origem de descobertas científicas importantes, em diversos domínios da psicologia, inicialmente talvez mais no domínio da psicologia clínica, mas cada vez mais, também, noutros domínios, como o da educação.

Os estudos de caso têm constituído uma fonte de informação única, que completa e contribui para a investigação experimental Kazdin, (1992).

Mas o que caracteriza e distingue este método, é o facto de ele proporcionar meios de avaliar, com rigor, os efeitos da intervenção no caso individual.

Os planos experimentais de caso único estão centrados em indivíduos ou grupos de indivíduos que são estudados ao longo do tempo, permitindo-nos fazer inferências válidas acerca dos factores que influenciam a realização desses indivíduos .

Este método obriga a que se sigam certas directrizes sem as quais não se poderá fazer inferências válidas acerca dos efeitos da intervenção.

Utiliza a avaliação contínua, de um ou de vários comportamentos do indivíduo ao longo do tempo. O comportamento do indivíduo é observado em várias ocasiões, antes da implementação do processo de intervenção, e a observação continua, posteriormente, durante e após o período de intervenção.

A avaliação antes da intervenção permite examinar o padrão de estabilidade do comportamento, designando-se por linha base. Durante o processo de intervenção, a avaliação tem como função, verificar se o comportamento mudou após o início da mesma e se essas mudanças tem que ver com a manipulação da variável independente.

A linha base tem duas funções importantes, uma descritiva e outra de prognóstico. A função descritiva dá-nos a informação acerca do problema do indivíduo. A função de prognóstico constitui uma base para se prever qual seria o nível de realização no futuro caso não houvesse intervenção.

Barryman e Cooper citado por Kazdin (1992), num artigo dedicado à utilização da pesquisa de caso único no domínio da educação especial, consideraram que há três planos experimentais básicos para examinar as relações entre procedimentos de intervenção e as mudanças no comportamento do sujeito, no contexto educativo:

1. Planos do tipo ABAB (ou planos com afastamento da situação experimental, ou situação experimental invertida);
2. Planos que utilizam linhas de base múltiplas;
3. Planos que utilizam tratamentos simultâneos ou tratamentos alternados

No caso deste estudo optamos por escolher o plano do tipo ABAB, por parecer-nos o mais adequado, devido à sua objectividade quanto aos efeitos da intervenção.

Assim, o efeito da intervenção é avaliado alternando-se as condições da linha base (fase A), com as condições da intervenção (fase B). As fases A e B, são de novo repetidas para se completar as quatro fases.

Os efeitos da intervenção são claramente demonstrados quando a realização melhora durante a primeira fase de intervenção, retoma ou se aproxima dos níveis da linha base quando a intervenção é interrompida e volta a melhorar quando a intervenção é reintroduzida na segunda fase (A).

Exemplo:

A ¹	B ¹	A ²	B ²	A ³	B ³
Linha Base	Intervenção	Interrupção	Intervenção	Interrupção	Avaliação

A¹= Dezembro

B¹= Janeiro, Fevereiro, 15 Março

A²= Abril

B²= Maio, Junho, Julho

A³= Agosto

B³= Setembro (avaliação)

A observação utilizada foi directa, registando os comportamentos dinâmicos e sua duração.

A fidelidade dos observadores foi em média de 85%.

A fórmula utilizada foi:

$$\text{Fidelidade} = \frac{\text{concordância} \times 100}{\text{discordância} + \text{concordância}}$$

3.2. Desenho Experimental

No nosso estudo foi utilizado o plano experimental de linhas de base múltiplas. Foram recolhidas linhas de base, de diferentes comportamentos por parte de cada criança; o mesmo comportamento em diferentes crianças; e o mesmo comportamento de cada criança em situações diferentes. Estas diversas variáveis foram estudadas ao longo de determinado tempo, permitindo-nos fazer inferências que julgamos válidas acerca dos factores que influenciaram essas variáveis.

As inferências acerca dos efeitos da intervenção foram feitas comparando-se a realização da mesma criança ao longo do tempo, à medida que esta ia estando submetida à terapia.

O primeiro requisito fundamental, consistiu na observação contínua dos comportamentos antes da fase de intervenção, permitindo-nos observar o padrão e a estabilidade do comportamento antes da intervenção ter iniciado. Esta fase é designada por linha base;

Esta fase inicial de avaliação deu-nos a informação objectiva e mensurável sobre o nível e estabilidade dos comportamentos, de uma forma descritiva informou-nos da sua gravidade e do seu prognóstico caso não houvesse intervenção.

Assim utilizamos o plano ABAB, como já referi.

3.3. Caracterização da Amostra

O estudo empírico efectuado consistiu na implementação da Balneoterapia como um possível método de intervenção ajudando a promover o desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal e comunicação.

A amostra foi constituída por seis crianças com diagnóstico de alteração do espectro do autismo severo avaliada pela escala de Classificação do Autismo Infantil (Childhood Autism Rating Scale/CARS). Segundo o Perfil Psicoeducacional revisto (PER-R) as competências do desenvolvimento global destas crianças situava-se

Balneoterapia

entre as idades de um, dois anos; a idade cronológica era compreendida entre os quatro e os cinco anos. Todas as crianças eram de sexo masculino; frequentavam o jardim de infância e contavam, com professor de apoio (ECAE). Para além disso tinham apoio psicoeducacional individual duas vezes por semana em apoio individual, uma em gabinete seguindo o programa TEACCH (ver descrição na página 42) há mais de seis meses.

O estudo decorreu ao longo de 9 meses, entre o início de Dezembro de 2000 e o início de Setembro de 2001. Durante as segundas feiras de cada mês numa piscina Municipal do centro do Porto.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Criança	nome	Data Nascimento	Sexo	CARS	Score Desenvolvidamental (PEP-R)	Gabinete	Balneoterapia	Jardim de Infância
1 ^a	J.	11-1996	M.	Severo	1e2 anos	2 x sem.	1 x sem.	E. A (ECAE)
2 ^a	A.	08-1996	M.	Severo	1e2 anos	2 x sem.	1 x sem.	E. A (ECAE)
3 ^a	A.	01-1997	M.	Severo	1e2anos	2 x sem.	1 x sem.	E.A (ECAE)
4 ^a	E.	05-1996	M.	Severo	1e2anos	2 x sem.	1 x sem.	E.A (ECAE)
5 ^a	M.	01-1996	M.	Severo	1e2anos	2 x sem.	1 x sem.	E.A (ECAE)
6 ^a	V.	05-1996	M.	Severo	1e2anos	2 x sem.	1 x sem.	E.A (ECAE)

E.D. Educadora de Apoio

E.C.A.E Equipa de Coordenação dos Apoios Educativos

Média em anos = 4 anos e 5 meses

6 crianças de sexo masculino

Grau de Autismo :severo (CARS)

Idade Desenvolvimental entre 1 e 2 anos (PEP-R)

Idade cronológica entre os 4 e 5anos

Nível escolar – Jardim de Infância, com apoio de uma educadora do ECAE, 5 vezes por semana

3.4 Procedimentos

Ao longo de nove meses, durante 26 segundas-feiras, durante 1hora e 30minutos em média, de uma forma estruturada e sistematizada seis crianças com as suas respectivas mães desenvolveram uma actividade com o fim de promover as relações recíprocas.

Estas actividades foram já pormenorizadamente descritas (ver capítulo 2, páginas 70 e 80).

Durante este período, uma terapeuta empenhou-se em ser mediadora desta nova “filosofia” de intervenção, a Balneoterapia.

3.4.2. Local das Observações

O estudo foi desenvolvido como já referi, numa piscina Municipal do centro da Cidade do Porto.

A “Associação Gabinete Desporto” da cidade do Porto disponibilizou todas as segundas-feiras uma piscina e um balneário.

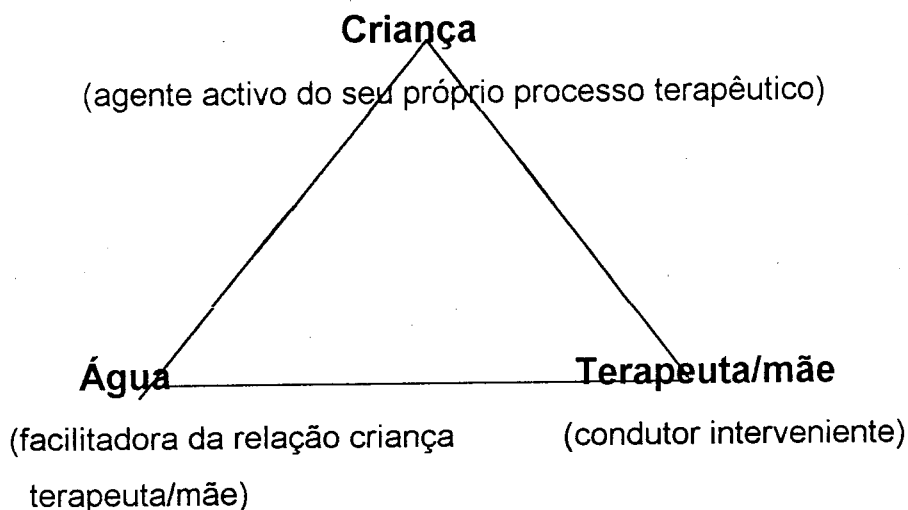
A piscina tem 16 metros de comprimento por 8 metros de largura e 0,80m a 1,20m de profundidade. A luz era directa pois é toda envidraçada.

A temperatura da água era de 30 a 31° e a temperatura seca do ar era de 29° e a húmida era de 28°.

Cada criança desenvolvia a terapia com a respectiva mãe, tendo como mediadora a terapeuta, num processo planificado com objectivos de facilitar e promover a comunicação, a relação, a aprendizagem, a mobilidade, a expressão...

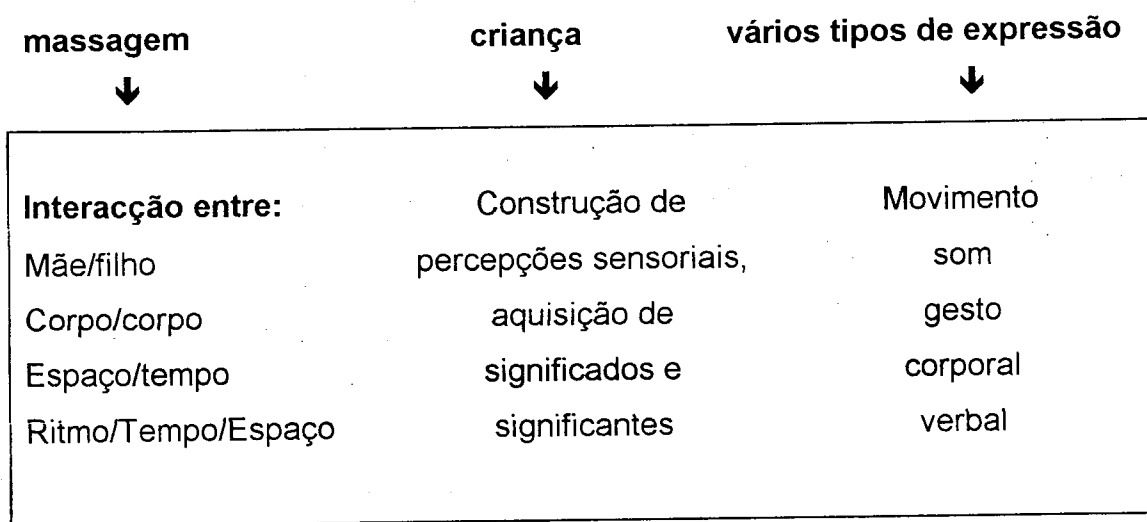
Podemos dizer que havia uma:

- i. Relação triádica (criança –Água –Terapeuta);
- ii. Relação Interpessoal (interacção entre criança/ mãe e mãe/criança);
- iii. Terapeuta (observa, escuta, analisa e interpreta o conteúdo da relação corporal de acordo com os objectivos descritos anteriormente nas pág.67 a75.



O **Balneário** ficava no andar inferior ao piso da piscina tinha 6 chuveiros e duas salas, uma era ampla com 70 m² e vários acessos e outra , privada, com 40m².

Nesta sala privada do Balneário realizavam-se as massagens. A sala não tinha luz directa, era aquecida ; tinha bancas à volta a toda a volta e no centro e era nestas bancas, forradas com colchões que se realizavam as massagens.



Nesta situação é preciso saber escutar para agir, nesta fase o tempo tem sempre tempo é preciso dar tempo ao tempo, para que o tempo tenha sempre tempo de...

3.4.3. Materiais e equipamento utilizados

Para a intervenção:

- Rectângulos vermelhos;
- Rolos vermelhos;
- Gravador;
- CD (música relaxante);
- Óleo.

Para a observação:

- Vídeo;
- Cronómetro;
- Grelha de observação.

3.5. Resultados

Os resultados da investigação realizada, a seguir apresentados, foram analisados através do teste de Wilcoxon, relacionando e comparando os resultados de cada sujeito no sentido de verificar se existiam diferenças significativas entre os mesmos.

Quadro 3- Contacto Ocular

Início de cada Período (logo após a interrupção)

Criança	08-Jan Início B1 (s)	07-Mai Início B2 (s)	17-Set Início B3 (s)	B2 - B3 (s)	Ordem das Diferenças
1	0	0,45	0,50	-0,05	2,5
2	0	0,20	0,30	-0,10	4
3	0	0,30	0,35	-0,05	2,5
4	0	0,35	0,60	-0,25	6
5	0	0,10	0,10	0,00	1
6	0	0,05	0,25	-0,20	5

$B1 < B2 < B3$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

AO FIM DE 3 SEMANAS DE INTERVENÇÃO

Criança	29-Jan B1(s)	28-Mai B2(s)	B1 - B2 (s)	Ordem das Diferenças
1	0,30	0,45	-0,15	6
2	0,07	0,25	-0,18	3
3	0,10	0,30	-0,20	4
4	0,15	0,40	-0,25	5
5	0,08	0,20	-0,12	2
6	0,02	0,10	-0,08	1

$B1 < B2$

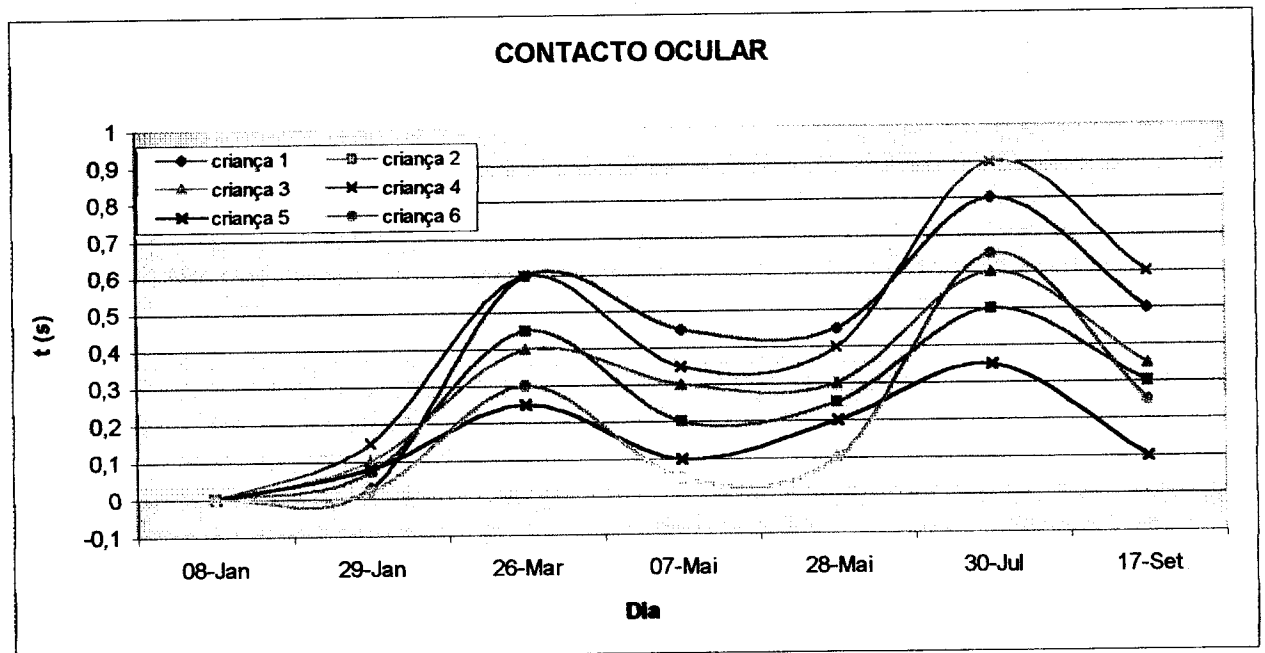
$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

NO FIM DE CADA PERÍODO DE INTERVENÇÃO

Criança	26-Mar B1(s)	30-Jul B2(s)	B1 - B2 (s)	Ordem das Diferenças
1	0,60	0,80	-0,20	4
2	0,45	0,50	-0,05	1
3	0,40	0,60	-0,20	4
4	0,60	0,90	-0,30	5
5	0,25	0,35	-0,10	2
6	0,30	0,65	-0,35	6

$B1 < B2$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$



$A^3 > A^2 > A^1$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

Quadro 4 - Contacto Corporal

Início de cada Período (logo após a interrupção)

Criança	08-Jan Início B1 (s)	07-Mai Início B2 (s)	17-Set Início B3 (s)	B2 - B3 (s)	Ordem das Diferenças
1	0	80	110	-30	4
2	0	20	60	-40	5,5
3	0	50	70	-20	3
4	0	20	80	-60	5,5
5	0	10	10	0	1
6	0	15	20	-5	2

$B1 < B2 < B3$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

AO FIM DE 3 SEMANAS DE INTERVENÇÃO

Criança	29-Jan B1(s)	28-Mai B2(s)	B1 - B2 (s)	Ordem das Diferenças
1	30	100	-70	5
2	20	60	-40	6
3	40	70	-30	3
4	50	90	-40	4
5	10	40	-30	1
6	70	50	20	2

$B1 < B2$

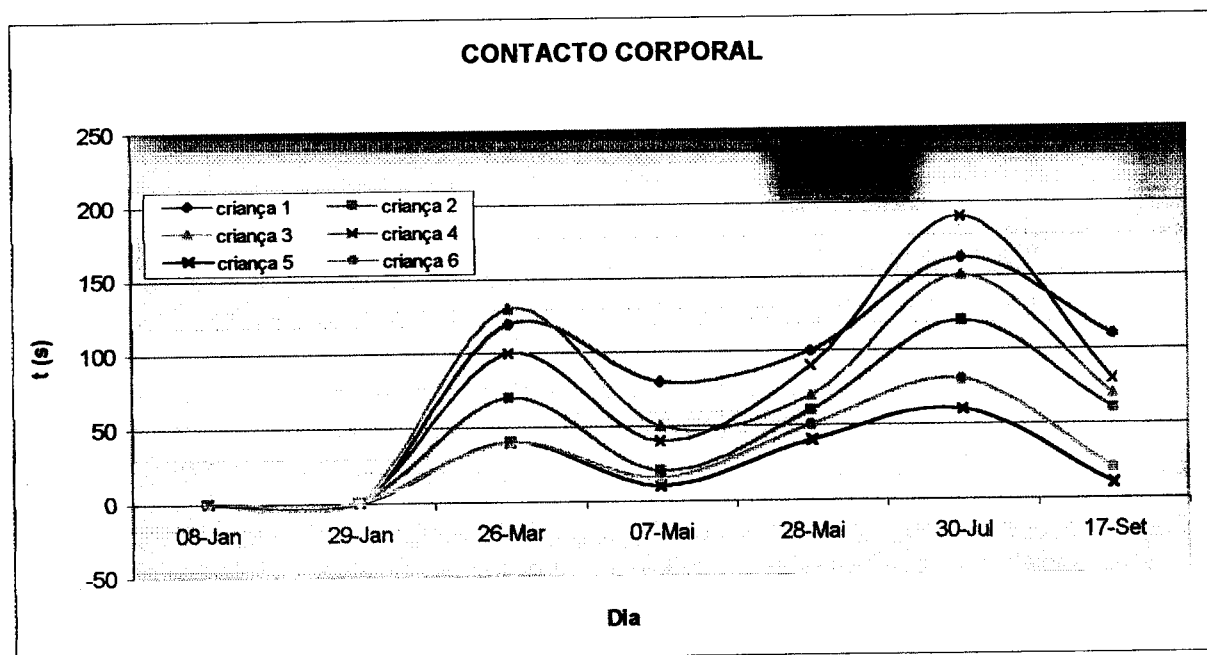
$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

NO FIM DE CADA PERÍODO DE INTERVENÇÃO

Criança	26-Mar B1(s)	30-Jul B2(s)	B1 - B2 (s)	Ordem das Diferenças
1	120	162	-42	4
2	70	120	-50	5
3	130	150	-20	1,5
4	100	190	-90	6
5	40	60	-20	1,5
6	40	80	-40	3

$B1 < B2$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$



$A^3 > A^2 > A^1$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

Quadro 5 - Percepção

Início de cada Período (logo após a interrupção)

Criança	08-Jan Início B1 (%)	07-Mai Início B2 (%)	17-Set Início B3 (%)	B2 - B3 (%)	Ordem das Diferenças
1	0	30	45	-15	2,5
2	0	15	30	-15	2,5
3	0	10	20	-10	1,5
4	0	20	50	-30	6
5	0	8	18	-10	1,5
6	0	5	25	-20	5

$B1 < B2 < B3$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

AO FIM DE 3 SEMANAS DE INTERVENÇÃO

Criança	29-Jan B1(%)	28-Mai B2(%)	B1 - B2 (%)	Ordem das Diferenças
1	10	40	-30	6
2	10	20	-10	2,5
3	15	25	-10	2,5
4	11	30	-19	5
5	9	15	-6	1
6	4	18	-14	4

$B1 < B2$

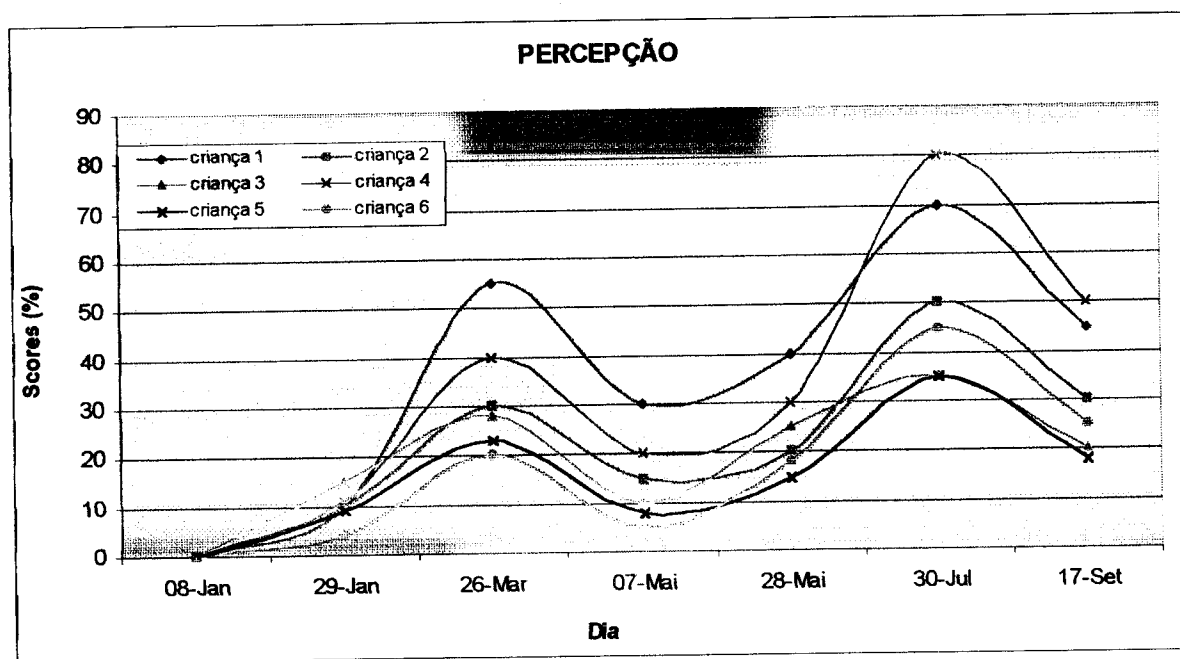
$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

NO FIM DE CADA PERÍODO DE INTERVENÇÃO

Criança	26-Mar B1(%)	30-Jul B2(%)	B1 - B2 (%)	Ordem das Diferenças
1	55	70	-15	3
2	30	50	-20	4
3	28	35	-7	1
4	40	80	-40	6
5	23	35	-12	2
6	20	45	-25	5

B1 < B2

T = 0 , a um nível de significância de $p < 0,25$



$A^3 > A^2 > A^1$

T = 0 , a um nível de significância de $p < 0,25$

Quadro 6 - Socialização

Início de cada Período (logo após a interrupção)

Criança	08-Jan Início B1 (%)	07-Mai Início B2 (%)	17-Set Início B3 (%)	B2 - B3 (%)	Ordem das Diferenças
1	0	40	50	-10	3
2	0	10	28	-18	5
3	0	5	20	-15	4
4	0	25	60	-35	6
5	0	8	15	-7	1,5
6	0	3	10	-7	1,5

$B1 < B2 < B3$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

AO FIM DE 3 SEMANAS DE INTERVENÇÃO

Criança	29-Jan B1(%)	28-Mai B2(%)	B1 - B2 (%)	Ordem das Diferenças
1	20	50	-30	5
2	10	50	-40	6
3	8	20	-12	4
4	30	40	-10	2,5
5	10	10	0	1
6	5	15	-10	2,5

$B1 < B2$

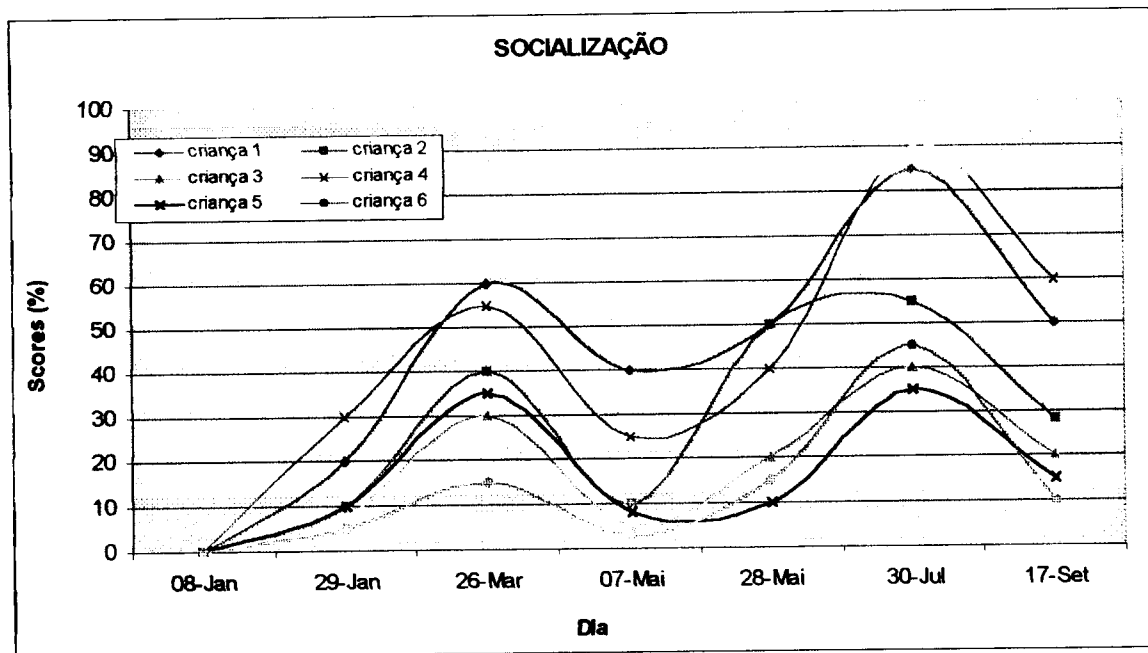
$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

NO FIM DE CADA PERÍODO DE INTERVENÇÃO

Criança	26-Mar B1(%)	30-Jul B2(%)	B1 - B2 (%)	Ordem das Diferenças
1	60	85	-25	4,5
2	40	55	-15	2
3	30	40	-10	3
4	55	90	-35	4,5
5	35	35	0	1
6	15	45	-30	6

$B1 < B2$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$



$A^3 > A^2 > A^1$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

Balneoterapia

Quadro 7 - Coordenação Motora

Início de cada Período (logo após a interrupção)					
Criança	08-Jan Início B1 (%)	07-Mai Início B2 (%)	17-Set Início B3 (%)	B2 - B3 (%)	Ordem das Diferenças
1	0	40	45	-5	2
2	0	20	40	-20	5,5
3	0	25	40	-15	4
4	0	45	50	-5	2
5	0	15	20	-5	2
6	0	10	30	-20	5,5

$B1 < B2 < B3$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

AO FIM DE 3 SEMANAS DE INTERVENÇÃO				
Criança	29-Jan B1(%)	28-Mai B2(%)	B1 - B2 (%)	Ordem das Diferenças
1	30	45	-15	4,5
2	20	30	-10	2
3	20	35	-15	4,5
4	20	70	-50	6
5	15	25	-10	2
6	10	20	-10	2

$B1 < B2$

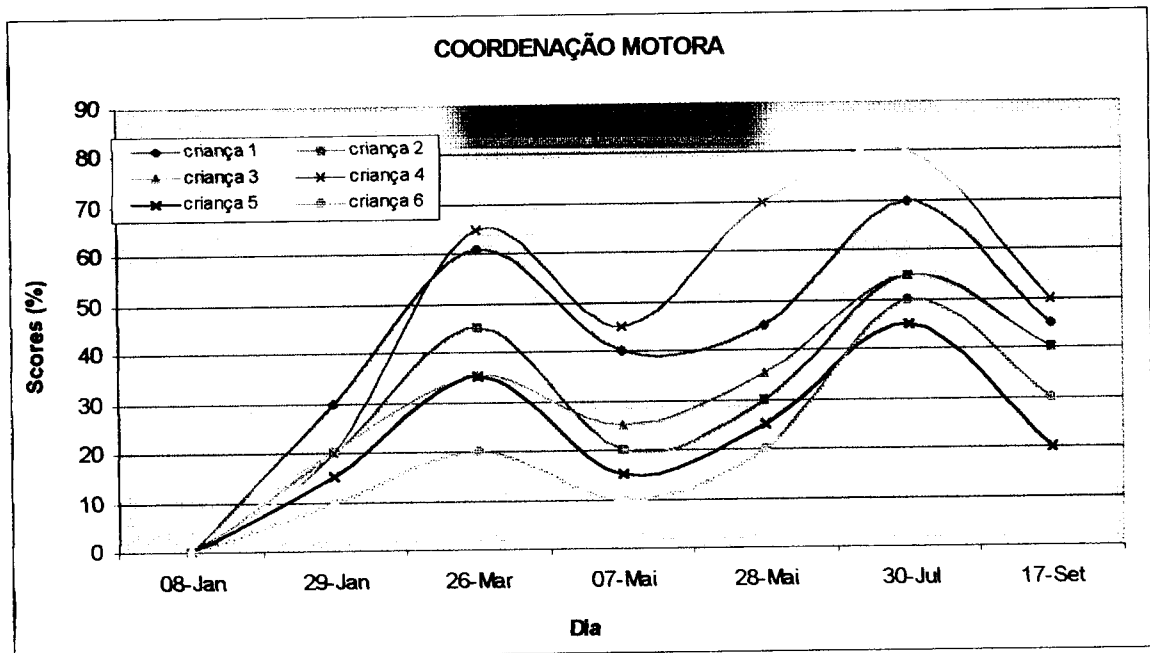
$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

NO FIM DE CADA PERÍODO DE INTERVENÇÃO

Criança	26-Mar B1(%)	30-Jul B2(%)	B1 - B2 (%)	Ordem das Diferenças
1	61	70	-9	1
2	45	55	-10	2,5
3	35	55	-20	5
4	65	80	-15	4
5	35	45	-10	2,5
6	20	50	-30	6

$B1 < B2$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$



$A^3 > A^2 > A^1$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

Quadro 8 - Estabilidade Pélvica

Início de cada Período (logo após a interrupção)

Criança	08-Jan Início B1 (%)	07-Mai Início B2 (%)	17-Set Início B3 (%)	B2 - B3 (%)	Ordem das Diferenças
1	0	20	35	-15	3,5
2	0	5	10	-5	3,5
3	0	15	20	-5	3,5
4	0	40	50	-10	6
5	0	5	5	0	1
6	0	5	10	-5	3,5

$B1 < B2 < B3$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

AO FIM DE 3 SEMANAS DE INTERVENÇÃO

Criança	29-Jan B1(%)	28-Mai B2(%)	B1 - B2 (%)	Ordem das Diferenças
1	5	35	-30	5,5
2	8	20	-12	3
3	20	40	-20	4
4	15	55	-40	5,5
5	10	15	-5	1,5
6	5	10	-5	1,5

$B1 < B2$

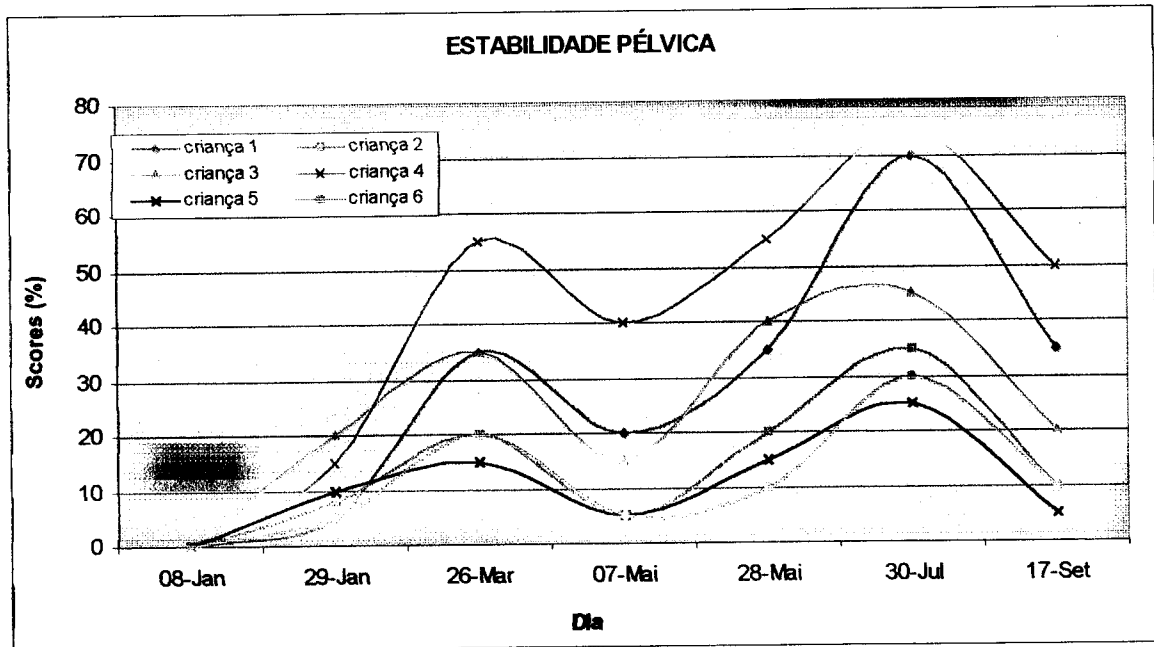
$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

NO FIM DE CADA PERÍODO DE INTERVENÇÃO

Criança	26-Mar B1(%)	30-Jul B2(%)	B1 - B2 (%)	Ordem das Diferenças
1	35	70	-35	6
2	20	35	-15	4
3	35	45	-10	2
4	55	75	-20	5
5	15	25	-10	2
6	20	30	-10	2

$B1 < B2$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$



$A^3 > A^2 > A^1$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

Quadro 9 - Regras

Início de cada Período (logo após a interrupção)					
Criança	08-Jan Início B1 (%)	07-Mai Início B2 (%)	17-Set Início B3 (%)	B2 - B3 (%)	Ordem das Diferenças
1	0	15	40	-25	6
2	0	20	20	0	1
3	0	30	40	-10	2,5
4	0	35	40	-5	4,5
5	0	10	25	-15	4,5
6	0	5	15	-10	2,5

$B1 < B2 < B3$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

AO FIM DE 3 SEMANAS DE INTERVENÇÃO				
Criança	29-Jan B1(%)	28-Mai B2(%)	B1 - B2 (%)	Ordem das Diferenças
1	10	20	-10	1,5
2	10	32	-22	5
3	30	40	-10	1,5
4	20	55	-35	6
5	8	20	-12	3
6	5	20	-15	4

$B1 < B2$

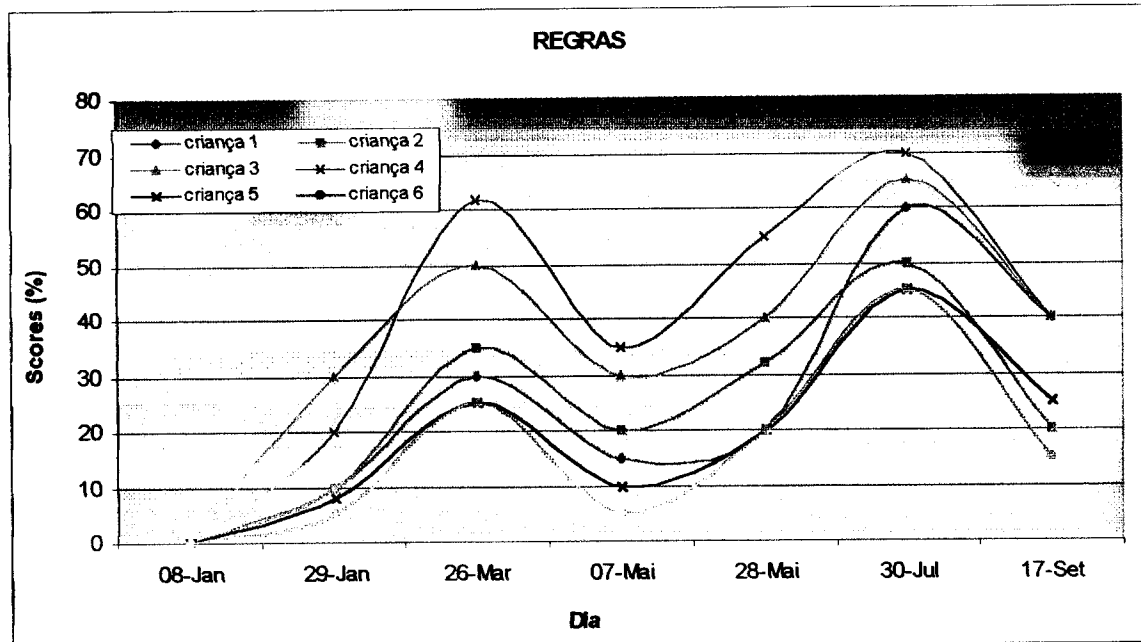
$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

NO FIM DE CADA PERÍODO DE INTERVENÇÃO

Criança	26-Mar B1(%)	30-Jul B2(%)	B1 - B2 (%)	Ordem das Diferenças
1	30	60	-30	6
2	35	50	-15	2,5
3	50	65	-15	2,5
4	62	70	-8	1
5	25	45	-20	4,5
6	25	45	-20	4,5

$B1 < B2$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$



$A^3 > A^2 > A^1$

$T = 0$, a um nível de significância de $p < 0,25$

Capitulo 4

Análise dos Resultados Obtidos

Secção 4 - ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS

Podemos afirmar que a intervenção da balneoterapia apresentou resultados significativos em todas as variáveis, em todas as crianças nas diversas situações planificadas.

Assim:

- b. Todas as crianças partiram com as mesmas condições, era um grupo homogéneo, a linha base era de 0 nas diversas variáveis; (A^1), quando estavam a ser submetidas ao programa TEACCH
- c. Introduzida a intervenção da balneoterapia juntamente com o programa TEACCH durante 11 sessões, verifica-se um aumento significativo em todas as variáveis, em todas as crianças nas diversas situações; ($B^2 > B^1$)
- teste Wilcoxon, $T = 0$ $p < 0,025$
- d. Retirando a balneoterapia durante 4 semanas, mas continuando o programa TEACCH, verifica-se que há uma diminuição significativa em todas as variáveis, em todas as crianças nas diversas situações; mas que esta diminuição não alcançou os dados iniciais, podemos afirmar que foi superior á linha base; ($A^2 < B^1 / A^2 > A^1$)

- teste Wilcoxon, $T=0$ $p<0,025$

- e. Introduzimos de novo a balneoterapia e o programa TEACCH e as variáveis ao fim de 4 sessões estão de novo restabelecidas voltando á média de B^1 , no final de das 11 sessões verifica-se de novo um aumento significativo em todas as variáveis, em todas as crianças nas diversas situações, podemos afirmar que $B^2 > B^1 / B^2 > A^2 / B^2 > A^1$;

- teste Wilcoxon, $T=0$ $p<0,025$

- f. Retirada de novo a intervenção da Balneoterapia durante 7 sessões e continuando o programa TEACCH verifica-se que há um decréscimo a nível de todas as variáveis, mas que $A^3 > A^2 > A^1$.

- teste Wilcoxon, $T=0$ $p<0,025$

4.1 Contribuição Específica da Balneoterapia no Contexto da Intervenção

Psicoeducacional

A análise dos resultados anteriormente descrita, aponta no sentido de a Balneoterapia contribuir como modalidade terapêutica eficaz na promoção do desenvolvimento das crianças com alterações do espectro do autismo nas áreas do contacto ocular, contacto corporal, percepção, socialização, coordenação motora, estabilidade pélvica e regras sociais.

Ao que tudo indica, este processo terapêutico, constitui numa modalidade de apoio complementar a qualquer programa de intervenção psicoeducacional na medida em que contempla e privilegia variáveis que são muito específicas neste tipo de alterações do desenvolvimento e que a generalidade dos programas não contempla, pelo menos de uma forma sistematizada (ver descrição dos programas no capítulo 1 pág.26;40)

4.2 Indicações para Futuras Investigações

Esta investigação pretendeu ser um estudo exploratório da contribuição da Balneoterapia como modalidade Terapêutica complementar na intervenção com crianças com alterações do espectro do autismo.

Ao longo do trabalho realizado, fomos apercebendo da influência da Balneoterapia a outros níveis que não apenas o das variáveis que foram objecto do nosso estudo.

Salienta-se, neste sentido, influência da Balneoterapia não apenas nas crianças mas no comportamento e nas atitudes das mães. De facto, parece-nos notório, ao longo do período de intervenção, a mudança de atitude das mães, ao nível do tom de voz, utilizada para comunicar com sentido (mais suave, mais expressiva e com qualidade de articulação superior), ao nível da capacidade para esperar pela "tomada de vez" da criança na comunicação e na acção, ao nível da própria postura e na qualidade do toque nas interacções espontâneas com a criança.

Neste sentido fica em aberto o estudo do efeito da Balneoterapia na mãe ou seu substituto, como modalidade de intervenção privilegiada na abordagem do autismo no seu todo, ou seja, no contexto de uma intervenção verdadeiramente centrada na família.

CONCLUSÃO

Como conclusão do trabalho só posso recolocar algumas afirmações:

O **espaço** é povoado de elementos (pessoas e objectos) significativos e o que os torna com significado para a criança é a ligação afectiva que com eles possa estabelecer;

- O **tempo** tem sempre tempo e é preciso dar tempo ao tempo;

- O **corpo** é o principal veículo dos afectos;

- A **mãe** é a pessoa mais habilitada a ajudar o filho a encontrar o caminho das interacções;

- A **água** é envolvente, aconchegante, calma, harmoniosa, ela permite exercícios a três dimensões

Estes cinco factores são aqueles que a Balneoterapia valoriza, acreditando que eles

TECEM

Uma relação entre eles favorecendo a comunicação e conseqüente segurança integrando sensações e dando-lhes sentido.

PORQUE

A criança aprende a prender o prazer e conseqüentemente a interiorizar os estímulos discriminando-os construindo através de experiências vividas conseqüências lógicas, ganha segurança e desperta para a interacção;

A mãe ganha confiança e aprende a conhecer o seu filho de uma forma global. O envolvimento corporal ajuda-a a integrar as sensações e dar-lhes sentido de uma forma harmoniosa, facilitando a linguagem dos afectos. Ela aprende a encontrar a

criança que há em si, e ao encontrá-la, aprende a compreender a criança que está diante dela, o seu filho

Mas como a Balneoterapia é feita em grupo, podemos acrescentar que:

As interacções entre criança-criança são privilegiadas, a criança aprende a pedir aquela bolacha que o outro tem, o outro aprende a repartir...

As interacções entre Mães-Mães, são privilegiadas elas falam do seu filho, dos seus problemas, sem preconceitos, aprendem umas com as outras a resolver situações mais problemáticas. Este intercâmbio ajuda-as a intervir com segurança, sabem que não estão sós!

Para terminar, gostaria de formular algumas questões que esta investigação nos suscitou:

Será que a Balneoterapia é só uma terapia para a criança?

Será que a terapia não incide mais na mãe?

Será que as modificações tão significativas registadas não são devidas, em grande parte, às mudanças de atitudes verificadas nas mães?

Enfim, estas são algumas das hipóteses que poderão ser posteriormente investigadas.

BIBLIOGRAFIA

- Aman, M.C. (1982). Stimulant drug effects in developmental disorders and hyperactivity . Toward a resolution of disparate findings. *Journal of Autism and developmental Disorders*, 12, 385-398.
- Anderson, S. R. Taras, M & O'Malley Cannon, B. (1996). Teaching new skills to young children with autism. In C.Maurice, G. Green & S.C. Luce (Eds.) *Behavioral Intervention for Young Children with Autism. A Manual for Parents and Professionals*, pp. 181 - 194 . Austin, Texas Pro-Ed.
- Anzieu, Didier (1995). *Le Moi-peau*. Dunod: Paris.
- Arthur, G. (1952). *Leiter International Performance Scale*. Washington, DC: Psychological Service Center.
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorder*. Los Angeles Western Psychological Association.
- Ayres, A. J. (1979). *Sensory integration and the child*. Los Angeles. Western Psychological Association.
- Ayres, A. J. (1989). *Sensory integration and the child*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

- Backer, A. F. (1983). Psychological Assessment of autistic children. *Clinical Psychological Review*, 3, pp.41 –59.
- Bairrão ,J. (1992a.). A Perspectiva Ecológica em Psicologia da Educação. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 8, pp.57-68.
- Bairrão J. (1992b.). Educação Pré-Escolar. *Inovação*, volume 5, nº1, pp.37-55
- Bairrão, J. (1994). *A Perspectiva Ecológica na Avaliação de Crianças com Necessidades Especiais e suas famílias: o caso da intervenção precoce.* *Inovação*, 7, pp. 37 – 48
- Baker, A. F. (1983). Psychological Assessment of autistic children. *Clinical Psychology Review*, 3, pp. 41-59.
- Barthélémy, C. (1986). Évaluations cliniques quantitatives en pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'enfant*, 34, pp. 63-91.
- Barthélémy, C., Hameury, L. & Sauvage, D. (1995). L'autisme : fonctions neurophysiologiques, profils cliniques. In C. Barthélémy, L. Hameury & G. Leird (Eds.), *L'autisme de l'enfant. La thérapie d'échange et de développement* (pp. 43-49), Paris : Expansion Scientifique Française.
- Barthélémy, C., Leird, P. & Gabard, A. (1995). Du projet à la réalisation concrète. Dans C. Barthélémy, L. Hameury & G. Leird (Éds.), *L'autisme de l'enfant.*

La thérapie d'échange et de développement (pp. 67-76), Paris: Expansion Scientifique Française.

Bélanger, I., Devost, R, Lévesques, J., Martel, S. & Plourde, I. (1995). L'analyse des différentes interventions auprès de L'enfant autiste. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 4, pp.150-154.

Bérard, G. (1982). *Audition égale comportement*. Sainte-Ruffine, France: Maisonneuve.

Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress*. New York : Free

Bettelheim, B.(1968). Reply to G.G.Merritt's book reviewo of "The Empty Fortress". *American journal of Orthopsychiaty*, 38, 930-933.

Beaugerie-Perrot, A. & Lelord, G. (1991) *Intégration scolaire et autisme* . France : Presses Universitaires de France.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development* . Cambridge, M.A. Havard University Press.

Bryson, S. E., Clark, B. S. & Smith, I. M. (1988). First report of a canadian epidemiological study of autistic syndromes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 29, 433-45.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to mother. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 39, pp.350-373.

Cabana, M., Desruisseaux, D., Gervais, N. & Poliquin, S. (1993). Thérapie de groupe inspirée de l'approche d'intégration sensorielle avec des enfants présentant des retards psychomoteurs. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 2, pp. 42-46.

Campbell, M., Anderson, L. T., Small, A. M., Locascio, J. J., Lynch, N. S. & Choroco, M. C. (1990). Naltrexone in autistic children: A double blind and placebo-controlled study. *Psychopharmacology Bulletin*, 26, pp. 130-135.

Campbell, M., Small, A., Collins, P., Friedman, E., David, R. & Genieser, N. (1976). Levodopa and levoamphetamine: A crossover study in young schizophrenic children. *Current Therapeutic Research*, 19, pp. 70-86.

Centro de Desenvolvimento da Criança – H.P.C. (s.l.d.) – *Guia prático para actividades baseadas no TEACCH*. Coimbra Hospital Pediátrico de Coimbra. Texto policopiado.

Choen, B. S. (1989). "The Theory of Mind Hypothesis of Autism" A Reply to Boucher. *British Journal of Disorders of Communication*, 24, pp. 199-200

Cohen. B. S., Allen, A & Gilberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 month? The needele, the haytack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, pp.839 – 834.

Cohen, B. S. E Bolton, P. (1993). *Autism – The Facts*. Oxford University, London,

Cohen.B. S (1993). Autismo: um transtorno cognitivo específico de “Cegueira de la mente” In R. Canal, M. Crespo, Y. Pérez, T. Sans y M. A. Verdugo (Comp), *El autismo 50 años despues de Kanner (1943)*. Salamanca: Amarrú.

Cohen. D. J. Carapulo B., & Shaywitz, B. (1976). Primary Childhood Aphasia and Childhood Autism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*.

Crook, W. G. (1994) Sugar and children's behavior (letter). *New England Journal of Medicine*, 330, pp. 1902-1902.

Dawson, G. & Castelloe, P. (1992). Autism. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds). *Handbook of Clinical Child Psychology* (pp.75- 397). New York:John Wiley&Sons.

DSM - IV- *Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders* (1994). American Psychiatric Assocation Washington, DC.

DeCotret, L. R. (1994). L'amour des enfants autistiques. *Ressources*, 9, pp. 28-29.

Donais, S. (1991). L'étude des instruments d'évolution comportementale de l'autisme. *Sience et comportement*, 21, pp103 –125.

Donais, S.& Poirier, N. (Juin, 1995). *Le programme de Lovaas à Montréal : une description.*

Ellis, K. (1990). *Autism Professional Perspectives and Practice.* London: Chapman and Hall.

Eikeseth, S. (mai, 1995). An Independant Replication of Lovaas (1987) Young Autism Project : One Year Follow-up. Morten Klevstrand (Early Intervention project- Oslo, Norway). (Presentation). *Congrès de l' Association for Behavior Analysis .* Washington, D.C.

Egel, A. L. (1996). The Montgomery County Public School System Preschool for Children with Autism. In S. L. Harris & J. S. Handleman (Eds.), *Preschool Education Programs`s for Children with Autism* pp. 55 – 70. Austin, Texas: Pro – Ed.

Feingold, B. F. (1975). *Why your child is hyperative.* New York: Rondon House

Firestone, P. (1982). *Predicting outcome of early intensive behavioral treatment.*
Paper presented at the meeting of American Psychological Association,
Washington D. C.

Featherstone, H. (1981). *A Difference in the Family – living with a disabled child.*
London : Penguin.

Frith, U. (1999). *Autismo.* Ed. Cast.: Alianza Editorial, S. A. Madrid.

Gillberg.C (1986). Onset at age 14 of a typical autism syndrome. A case report of a girl with herpes simplex encephalitis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, pp.569-575.

Gillberg. C. (1993). L'Autism Aspects Educatifs et Medicaux.

Gillberg. C. (1995). The Cognitive Profile of 70 Children and Adolescents using the Griffith Mental Developmental Scale. *British Journal of Psychology*, 84, pp 365-373.

Green, J & Oliveira, M. (1991). *Testes Estatísticos em Psicologia*. Editorial Estampa, Lda., Lisboa.

Griffiths, R. (1976). *The abilities of young children: A comprehensive system of mental measurement for the eight years of life*. London: Child Developmental Research Center.

Gualteri, T., Evans, R. W. & Patterson, D. R. (1987). The medical treatment of autistic people : Problems and side effects. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.), *Neurobiological issues in autism* (pp. 374-389). New York : Plenum Press.

Harris, S. L. & Handelman, J. S. (1996). Preschool programs for children with autism. In S. L. Harris & J. S. Handelman (Eds.) *Preschool Education Programs's for Children with Autism* pp. 1 –13. Austin, Texas: Pro – Ed.

Hobson, R. Peter (1993). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Ed. Cast.: Alianza Editorial, S. A., Madrid.

Hopkin, H. L. & Smith, H. D. (1983). *Willard & Spackman's occupational therapy*. Philadelphie, PEN. : J. B. Lippincott Company.

Jan, J. E. Espezel, H. & Appleton, R. E. (1994). The treatment of sleep disorders with melatonin. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, pp 97 –107.

Jordan, R. (2000). *Educação de Crianças e Jovens com Autismo*. Instituto de Inovação Educacional – Lisboa.

Kanner, L. (1943). *Autistic Disturbances of affective contact*. *Nervous child*, 2, pp. 217 –250.

Kaufman, B. N. (1985). *Un miracle de l'amour. La renaissance d'un enfant autistique*. Montréal, Québec : Le jour, éditeur.

Kazdin, A. E. (1992) *Research Desing in Clinical Psychology*. Boston Allym and Bacon.

Kolmen, B. K., Feldman, H. M., Handen, B. L. & Janosky, J. E. (1995). Naltrexone in young autistic children: a double-blind, placebo-controlled crossover study. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 34, pp 223 –231.

Lachance, T. (mars-avril , 1994). TEACCH : une approche efficace pour l'éducation des enfants autistes. *Vie pédagogique*, 88, pp.10 -11.

Lalinec, C., Zelazo, P. R., Rogers, C. L. & Reid, C. (agosto,1995). *Developmental delay: Impact of a six-month parent-implemented behavioral treatment* . Congresso de Associação Americana de Psicologia, New York.

Lalinec-Michaud, C. (1995). *Impact of a 6-month parent-implemented behavioral intervention for children with developmental language delays of unknown etiology*. Tese de Doutorado não publicada, Université McGill.

Lasing, m. D. & Schopler, E. (1978). Individualized education: A public school model. In M. Rutter & E. Schopler (Eds.). *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press.

Leboyer, M., Bouvard, M. P., Launay, J., Tabuteau, F., Waller, D., Dugas, M., Kerdelhue, B., Lensing, P. & Panksepp, J. (1992). A double-blind study of naltrexone in infantde autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, pp. 311-313.

LeCouteur, A., Rutter, M., Lord, C., Rios, P., Robertson, S., Holdgrafer, M. & McLennan, (1989). Autism Diagnostie Interview: A standardized investigator based instrument. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, pp. 363-387.

Lelord, G., Muh, J. P., Barthelemy, C., Martincau, J., Garreau, B. & Callaway, E. (1981). Effects of pyridoxine and magnesium on autistic symptoms: Initial observations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, pp. 219-230.

Lord, C. & Schopler, E. (1996). TEACCH Services for Preschool Children. In S. L. Harris & L. S. Handleman (Eds.). *Preschool Education Programs's for Children with Autism*. (pp. 87-106). Austin, Texas : Pro-Ed.

Lovaas, O. I. (1978). Parents as Therapists. In M. Rutter & E. Schopler (Eds). *Autism A Reappraisal of Concepts and Treatment*. (pp. 369-378) New York: Plenum Press.

Lovaas, O. I. (1981). *The Me Book*. Austin, Texas : Pro-Ed.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, pp. 3-9.

Lovaas, O. I. & Favell j: E. (1987). Protection for clients undergoing aversive/restrictive interventions. *Education and Treatment of Children*, 10, pp. 311 -325.

- Lovaas, O. I. & Smith, t. (1988). Intensive Behavioral Treatment for Young Autistic Children. In B.B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. Vol. 11, (pp. 285 –324). New York: Plenum Press.
- Lovaas , O. I. & Smith, T. (1989). A comprehensive behavioral theory of teaching effectiveness in parents of autistics children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, pp. 625 – 639.
- Lovaas, O. I. & Smith, T. (1989). A comprehensive behavioral theory of autistic children : Paradigm for research and treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, pp. 17-29.
- Lovaas, O. I. (1996). The UCLA Young Autism Model for Service Delilvery. In C. Maurice, G. Green & S. C. Luce (Eds.). *Behavioral Intervention for Young Children with Autism. A Manual for Parents and Professionals*. (pp. 241-248). Austin, Texas : Pro-Ed.
- Marcus, L. M., Lansing, M., Andrew, C. & Schopfer, E. (1978). Improvement of teaching effectiveness in parents of autistics children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, pp. 625 – 639.
- Marcus, L., M. & Schopler, E. (1989). Parents as co-therapists with autistic children. In C. E. Schaefer & J. M. Briesmeister (Eds.). *Handbook of Parent Training*. (pp.337-360). New York :John Wiley & Sons.

- Martineau, J., Barthélémy, C., Garreau B. & Lelord, G. (1985). Vitamine B6, magnesium, and combined B6Mg: Therapeutic effects in childhood autism. *Biological Psychiatry*, 20, pp. 467-478.
- Marques, C. E. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo - Ensaio de uma Intervenção Construtivista e Desenvolvimentista com Mães*. Edição Quarteto, Coimbra.
- Mattlinger, M. J. (1990). Place des traitements médicamenteux dans la prise en charge des autistes. In P. Messerschmitt (Ed.) *Clinique des syndromes autistiques*. (pp. 84-93). Paris: Maloine.
- McClannahan L. E. & Krantz, P.J. (1996). The Princeton Child Development Institute. In S. L. Harris & J. S. Handleman (Eds.), *Preschool Education Programs's for Children with Autism* (pp.107-126) Austin, Texas:Pro-Ed.
- McEachin, J.J., Smith, T. & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome treatment. *American Journal on Mental Retardation*, Vol. 97.
- Mesibov, G.B., Schopler, E. & Hearsey, K. (1992). Structred Teaching. In E. Schopler, & G .B. Mesibov (Eds.). *Assessment And Treatment of Behavior Problems In Autism*. New York: Plenum Press.
- Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher- une premier langage*. Éditions du Seuil, Paris.

Moore, C. & Fry, D. (1991). The Acquisition and Utility of Theories of Mind. In D. Fry & C. Moore (Eds.). *Children`s theories of mind*. London. Laurence Elbaum Ass. Publishers.

Morris, E.K. (1992). The aim, progress, and evolution of behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 15, pp. 3-29.

Mottron, L. (mai,1996). *Projet de création d`une clinique spécialisée pour l`evolution, l`enseignement et la recherche sur les troubles envasahissants du développement*. Document de travail. Hôpital Rivière-des-Prairies.

Olley, J. G. (1986). The TEACCH curriculum for teaching social behavior to children with autism. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.). *Social Behavior in Autism* (pp. 3 51-373). New York : Plenum Press.

O`Moore; M (1972). A study of the aetiology of autism from a study of birth and family characteristics. *Journal of the Irish Medical Association*, 65, pp. 114-120.

Park, S.G. (1988). Psychometric instrument of autism. In E. Schopler & G.B. Mesibov (Eds), *Diagnostc and assessment in autism*, pp.139-165. New York: Plenum Press.

Pereira, E. G. (1999). *Autismo o Significado como Processo Central*. Secretaria Nacional para a Reabilitação das Pessoas com Deficiência , Lisboa.

- Poirier, N. & Forget, J. (sem data). Les critères diagnostiques de l'autisme et du syndrome d'Asperger: Similitudes et différences. *Santé Mentale au Québec*.
- Potel, C. (1999). *Le corps et l'eau – Une médiation en psychomotricité*. Editins Erès – Ramonville Saint- Agne.
- Powers, M. (2000) children with autism: a parent'a guide. Wooddine house. USA.
- Reid, G. (1981) Perceptual motor Training : Hans term lost its utility? *Journal of Heath, Psysical Education, Recreation and dance*, 92, pp. 38-39.
- Ribas, D. 1992 Un Crie Obscur «l'énigme des enfants autistes». Paris. Calman-Lévy.
- Richer, J., Radcliffe, J. & Zappella, M. (1989). Changing social behaviour : The place of Holding. *Communication*, 23 (2), pp. 35 – 41.
- Rimland, B. (1971). The differntiation of childhood psychoses: An analysis of checklist for 2 218 psychotic children. *Journal of Autism and Childhood of Schizophrenia*.
- Rimland B., Callaway, E. & Dreyfus,P. (1978). The effects of vitamine B on autistic children: A double-blind crossover study. *American Journal of Psychiatry*, 135, pp.472-475.

- Rimland, B. (1995). More "autistic" children now diagnosed with treatable Landau-Kleffner syndrome. *Autism Research Review*, 9, pp.1-2.
- Rimland, B. & Edelson, S. M. (1995). Auditory integration training in autism : A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, pp. 61-70.
- Revière, A (1996) La Compréhension Psychologique de L'Autisme Comme Trouble du Développement LINKE, *autisme-europe*, 19, 2 trim, pp. 10-13.
- Revière, A. (1994). El desarrollo y la educación del niño autista. In A. Marchesi, C. Coll & J. Palacios (Eds.). *Desarrollo Psicológico y Educación III*. Alianza Psicología Madrid.
- Rogers, S. J., & Pennington, B.F. (1991). A Theoretical approach to the déficits in infantile autism. *Development and Psychology*.
- Rogers, S. (1996). Early Intervention in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.¹
- Romanczyk, R. G., Matey, L. & Lockshin, S. B. (1996). The Children's Unit for Treatment and Evaluation. pp.181-224.
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and Definition of Childhood Autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, pp. 139-161.

¹ Por motivos alheios a este trabalho foi impossível encontrar as restantes referências bibliográficas. deste artigo.

Rutter, M. (1983). Cognitive Deficits in the Pathogenesis of Autism. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 24, pp. 513-531.

Rutter, M. (1985). Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: In M. Rutter & L. Herson (Eds.). *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approach*. Oxford : Blackwell Scientific.

Rutter, M. Schopler, E. (1987). Autism and Pervasive Developmental Disorders. Concepts and Diagnostic Issues. *Journal of Autism and developmental disorders* , vol17, 2, pp.159-186.

Rutter, M., Lord, C. & LeCouteur, A. (1990 ; 1994). *Autism Diagnostic Interview-Revised* (2ème éd.)

Rhode, K. (1999). *L'Enfant Hérisson - autobiographie d'une autiste*. Éditions Imago.

Sameroff, A., & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. Horowitz (Ed.), *Review of child development research*. Chicago: University of Chicago Press.

Schopler, E., & Reichler, R. J. (1971). Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, pp. 87-102.

- Schopler, E., Brehm, S.S., Kinsbourne, M. & Reichler, R.J. (1971). Effect of Treatment Structure on Development in Autistic Children. *Archive General of Psychiatry*, 24 pp.415 – 421.
- Schopler, E., Mesibov, G. B., Shigley, R. H. & Bashford, A. (1984). Helping autistic children through their parents. The TEACCH model. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.). *The Effects of Autism on the Family*. (pp. 65-81). New-York : Plenum.
- Schopler, E., Reichler, R. J. & Renner, B. (1988). *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. New York : Irvington .
- Schopler, E. (1989a). Principles for directing both educational treatment and research . In C.Gillberg (Ed.), *Diagnosis and treatment of autism*. Pp. 167-184. New York: Plenum Press.
- Schopler, E. (1989b). Traitement pédagogique de l'autisme fondé sur les résultats de la recherche empirique. In G. Lelord, J. P. Muh, M. Petit & D. Sauvage (Eds.) *Autism et troubles du développement global de l'enfant*. pp. 160-171. Paris : Expansion Scientifique Française.
- Schopler, E. & Mesibov G., (1998). *Communication Problems In Autism – Teacch Conference 1983 – New York, Plenum Press.*

- Schopler, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M. D., et Marcus, L. M. (1990). *Individualized assessment of autistic and developmentally disabled children* : Vol 1. Psychoeducational Profile Revised (PEP-R). Austin, TX : PRO-ED.
- Schopler, E., & Lansing M. (1996). *Curso Teórico – Prático de avaliação e Intervenção no Autismo*. Programa TEACCH Coimbra.
- Short, A.B. (1984). Short-term treatment outcome using parents as cotherapists for their own autistic children. *Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline*, 25, pp. 443 – 458.
- Simeonson, R. J., Olley, J. G. & Rosenthal, S. L. (1987). Early intervention for children with autism. In M. J. Guralnick & F. C. Bennett (Eds.). *The Effectiveness of Early Intervention for At-risk and Handicapped Children* (pp. 275-296). Orlando, Florida: Academic Press.
- Smith, t. (1993). Autism. In T.R. Giles (Ed.), *Handbook of Effective Psychotherapy*. pp.107-133. New York: Plenum Press.
- Smith Myles, B., Simpson, R. L. & Simith, S. M. (1996). Impact of facilitated communication combined with direct instruction on academic performance of individuals with autism. *Focus on Autisni and Other Developmental Disabilities*, 11, pp. 37-44.

Sparrow, S. S., Balla, D. A. & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Classroom edition. Minnesota. MN; Circle Pines.

Tinbergen, E. A. & Tinbergen, N. (1972). Early Childhood Autism: An ethological approach. *Advances in Ethology*, 10, pp.1-53.

Tinbergen N. & Tinbergen, E.A. (1983). *Autistic Children: New Hope for Care*. London: Allen and Unwin.

Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D., Roberts, J. (1996). *Children With Autism. Diagnosis and Interventions to Meet their Needs*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Vexiau, A. M. (1993). Une méthode prometteuse: la "communication facilitée". *Sésame*, 109, pp.10-13.

Weschler, D. (1989). *Weschler Primary Pre-School Intelligence Scale - Revised*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Weschler, D. (1991). *Weschler Intelligence Scale for Children-Third Edition (WISC-III)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Wetherby, A. M. & Prizant, B. M. (2000). *Autism Spectrums Disorders*. Paul H. Brookes Publishing co.

Wicks-Nelson, R. & Israel, A. C. (1990). *Behavior Disorders of Childhood*. New-Jersey: Prentice Hall

Winnicott, D.W. (1965). *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*. Editions Payot , Paris.

Wing, L& Gould, J. (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, pp. 11-30.

Wing, L. (1981a.) Sex ratios in early childhood autism and related conditions. *Psychiatry Research*, 5, pp.129-137.

Wing, L.(1981b.). Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. *Journal of Autism and developmental Disorders*, 11, pp. 31-44.

Wing, L. (1982). Diagnóstico, descripción clínica y pronóstico . In L. Wing y M.P. Everard, *Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos* (pp. 32-82). Madrid: Santillana.

Wing, L. (1982). Epidemiología y teorías etiológicas. In L. Wing y M. P. Everard, *Autismo Infantil. Aspectos médicos y educativos*. (pp.219-233). Madrid: Santillana.

Wing, L. (1992). The definition and the Prevalence of Autism: A Review. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2, pp.22-31.

Wing, L. (1993), The definition and prevalence of autism : A review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2, pp. 61-74.

Wing, L. (1995). *Autistic Spectrum Disorders: an aid to diagnosis*. London: The National Autistic Society.

Wing, L. (1996). *The Autistic Spectrum. A guide for parents and professionals*. London: Constable and Company Limited.

Zelazo, P. R., Kearsley, R. B. & Ungerer, J. A. (1984). *Learning to sepeak : A Manual For Parents*. Hillsdale, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Zelazo, P. R. (1989). Infant-Toddler information processing and the development of expressivo ability. In P. R, Zelazo & R. G. Barr (Eds.). *Challenges to developmental paradigms: Implications for theory, assessment and treatment* (pp. 93-112). Hillsdale, New-Jersey: Lawrence Eribaum Associates, Publishers.

Zelazo, P. R. (1995). *Intervention thérapeutique auprès de jeunes enfants présentant des retards de développement*. Document de travail. Hôpital de Montréal pour enfants .Université Mc Gill.

Zappella, M. (1988). Parental affiliation as a key reference in the treatment of infantile autism. *The Behavior of Human Infant*, 13, pp. 122-133.

Zappella, M., Chiarucci, P., Pinassi, D., Fidanzi, P. & Messeri P. (1991). Parental bonding in the treatment of autistic behavior. *Ethology and Sociobiology*, 12, pp.1-11.

Apêndices

Apêndice 1 – Grelhas de registos

Data da Observação 15 Janeiro

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular			Contacto Corporal			Percepção			Socialização			Coordenação Motora			Estabilidade Pélvica			Regras			Total Individual					
	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S			
Aluno																											
A1	0,05			1,00			0,10			0,10			0,10			0,5			0,10			0,10			7		
A2	0,05			1,00			0,5			0,5			0,10			0,5			0,10			0,10			7		
A3	0,10			1,00			0,10			0,10			0,10			0,20			0,10			0,10			7		
A4	0,05			1,00			0,5			0,15			0,10			0,10			0,10			0,10			7		
A5	0,05			1,00			0,5			0,15			0,15			0,5			0,5			0,5			7		
A6	0,05			1,00			0,3			0,4			0,5			0,5			0,5			0,3			7		
Total de Grupo	6			6			6			6			6			6			6			6			42		

Data da Observação 29 de Janeiro

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual			
	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S
Aluno																		
A1	0,030			0,030			0,10	0,20		0,30		0,15		0,10		5		2
A2	0,020			0,020			0,10		0,20		0,08		0,10		7			
A3	0,030			0,030			0,15	0,08		0,02		0,10			0,30	7		
A4	0,030			0,030			0,10		0,10		0,15				0,20	6		1
A5	0,020			0,020			0,05	0,10	0,15		0,10			0,05		7		
A6	0,005			0,010			0,10	0,05		0,10		0,15		0,05		7		
Total de Grupo	0			0			0	4	2	5	1	6		4	2	35	3	

42

42

Data da Observação 5 Fevereiro 2000

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular			Contacto Corporal			Percepção			Socialização			Coordenação Motora			Estabilidade Pélvica			Regras			Total Individual					
	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S			
Aluno																											
A1		0,02			1			0,20			0,30			0,40			0,10			0,10			0,10		2	5	
A2		0,035			0,05			0,13			0,20			0,20			0,08			0,10			0,10		4	3	
A3		0,035			0,05			0,18			0,10			0,20			0,10			0,20			0,30		3	3	
A4		0,040			1			0,55			0,40			0,40			0,30			0,30			0,30			7	
A5		0,040			0,05			0,13			0,15			0,25			0,05			0,10			0,10		6	1	
A6		0,040			0,05			0,05			0,15			0,15			0,08			0,10			0,10		7		
Total de Grupo	2	4		4	2		4	2		3	3		1	3		6	2		4	2		4	2		22	19	

Data da Observação 12 Fevereiro

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pévica		Regras		Total Individual			
	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S
Aluno																		
A1		01	04		1	20			30		40		10		12		2	5
A2		01	05	40		13			20		20		8		10		4	3
A3		01	08		1			15		25							1	6
A4		01	04		1	30			40		50		40		32			7
A5		01	02	30		15			25		20		5		11		4	3
A6		01	05	50		10		10					5		12		7	
Total de Grupo	1	5		3	3	3	2	4		1	5		4	2	4	2	18	24

42
41

Data da Observação 19 Fevereiro

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual			
	I	E	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S		
Aluno																		
A1		0'10"		1'21"			20			60	50		15		20	1	5	1
A2		0'15"		1'	15			30			55		17		20	2	5	
A3		0'10"		1'20"			20			20	30				35		7	
A4		0'15"		1'			30			50		60			50		6	1
A5		0'20"		1'10"	15			30		5	55		10			15	3	
A6		0'15"		1'05"	10			15		15			10			15	1	
Total de Grupo	7		2	4	3	3	1	4	1	1	4	1	4	2	2	4	19	27

12

Data da Observação 26 de Fevereiro

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual	
	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E
Aluno																
A1		op		1'40"		28%		60%		50%		20%		22	1	6
A2		op		1'		30%		30%		40%		35%		20		7
A3		op		1'50"		27%		20%		30%		35%		40		7
A4		op		2'		35%		40%		60%		40%		50		6
A5		op		50"	17%			30%		30%		15%		20	3	4
A6		op		30"	15%			25%		15%		10%		18	5	2
Total de Grupo		6		2	2	4		5	1	4	1	4		5	9	32

Data da Observação Sede Nova

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pévica		Regras		Total Individual	
	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E
Aluno																
A1		100%		100%		30		60		55		30		25		6
A2		100%		100%	15		40		40		20			25	1	6
A3		100%		100%		25	30		30		30			40		7
A4		90%		100%		35	20		20		50			55		6
A5		90%	100%	100%		20	35		35		15			25	3	4
A6		100%		100%	15		25		10					20	5	2
Total de Grupo	2	4	2	4	2	4	5	1	1	4	1	4		6	9	31

43

Data da Observação 10 Março,

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular			Contacto Corporal			Percepção			Socialização			Coordenação Motora			Estabilidade Pévica			Regras			Total Individual					
	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S			
Aluno																											
A1		" 0,055"			2			40				60		50			35				27			6			1
A2		" 0,045"			1	10		25			40			40			25				32			7			
A3		" 0,040"			2	10		27			45			30			35				45			7			
A4		" 0,060"			1	30		35			50				65		55				60			6			1
A5		" 0,020"			40			20			35			30				15			25		2	5			
A6		" 0,030"			40			15			20			15				10			25		4	3			
Total de Grupo		6		2	4		1	5		5	1		1	4	1	2	4				6	2	4	1	2	3	1

Data da Observação 19 Nov 2005

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular			Contacto Corporal			Percepção			Socialização			Coordenação Motora			Estabilidade Pélvica			Regras			Total Individual					
	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S			
Aluno																											
A1		0'58"		2"			50			60			60			30			28						5	2	
A2		1'50"		1'10"			25			40			45			20			35						7		
A3		0'40"		2'10"			28			30			40			30			20						7		
A4		0'06"		1'40"			40			55						65			60						6	1	
A5		0'52"		40"			23			30			35		15				28					2	5		
A6		0'50"		40"			20		15				20						25					2	5		
Total de Grupo	6			2	4		6		1	1	4	1	4	2	1	5			6			4		3	35	3	

Data da Observação 26 de Março

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual				
	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E			
Aluno																			
A1		10,60"		2"		55					60					30	5	2	
A2		9,00"		1,10"		30					45					25		7	
A3		10,10"		2,10"		28					35					50		7	
A4		10,60"		1,40"		40					55					62		6	1
A5		10,25"		1,0"		23					35		15			25	3	4	
A6		10,30"		1,0"		20					20					25	3	4	
Total de Grupo	1	5		2	4	6		1	4	1	1	3	2			6	6	33	3

Data da Observação 1 de Maio

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual	
	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S
Aluno																
A1		0,15"		1"30"	30		40		40			20	15		1	6
A2	0,20"		30"		15		10		20		5%			20	5	2
A3		0,20"	50"		10		5		35		15			30	4	3
A4		0,1035"	40"					25	45			40		35	1	6
A5	0,10"		10"		8		8		15		5%		10		7	
A6	0,105"		15"		5		3		10		5%			5	7	
Total de Grupo	3	3	5	1	4	2	4	2	2	4	2	4	3	3	25	17

Data da Observação 14 Maio

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pévica		Regras		Total Individual	
	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E
Aluno																
A1		100%		1'30"		38%	45%		40%		20%	15			1	6
A2	100%		40"		15		30		30%		5%		25%		4	3
A3		100%		1'		20	20		35%		20%		30			7
A4		100%		1'10"		25	35		50%		50%		45			7
A5	100%		30"		10		10	25%			10%	10		7		
A6	100%		20"		12		14	15%			15%	10			7	
Total de Grupo	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	3	3	3	3	19	23

Data da Observação 21/10/10

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual		
	I	E	I	S	I	S	I	E	I	S	I	E	I	S	I	S	
Aluno																	
A1		" 5,10,15"			1' 36"		35	50		43		30		20		7	
A2		" 30"			1'		20	30	20		10			28	2	5	
A3	" 5,10,15"		" 50"				23	20		35		35		35	2	5	
A4	" 10,15"				1' 20"		25	40				50		50		6	1
A5	" 10,15"		" 20"			15		15	15		10			15	7		
A6		01,05,10,15,20	" 30"			18		10	25		10			15	6	1	
Total de Grupo	2	4	3	3	3	2	4	2	4	3	2	1	3	2	4	24	1

Data da Observação 28 Maio

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pévica		Regras		Total Individual	
	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E
Aluno																
A1		1050"		1'40"		40%		50%		45%		35%		20		7
A2	9050"			1'		20		30%		30%		80%		32	1	6
A3		1030"		1'10"		25		20%		35%		40%		40		7
A4		1030"		1'30"		30		40%				55%		55		6
A5	1020"			40"		15		10%		25%		15%		20	2	5
A6		0'30"		50"		18		15%		20%		10%		20	4	3
Total de Grupo	1	4	3	4	3	4	4	4	5	1	2	4	6	7	34	1

Data da Observação 4 de Junho

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual	
	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E
Aluno																
A1		1' 50"		1' 50"		50%		55		48%		40%		30		7
A2		1' 30"		1' 30"		25%		30		30%		20%		35		7
A3		1' 10"		1' 10"		30%		40		40%		45%		45		7
A4		2"		2"		40%		30		70%		60%		55		5
A5		30"		30"		18%	15		25%		15%		20		5	9
A6		1' 40"		1'		30%		20		25%		20%	15		1	6
Total de Grupo	7	5	1	5	1	5	1	5	5	1	4	1	1	5	6	34

Data da Observação 11 de Junho

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual	
	I	E	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S
Aluno																
A1		0'05"			2"		55%	55%		60%		40%		40		6
A2		0'04"			1'40"		20%	20%		40%		20%		35		7
A3		0'35"			1'50"		25%	40%		45%		35%		50		7
A4		0'07"			1'50"		50%	50%		70%		60%		25		5
A5		0'25"		40"			30%	10%		30%		15%		25	4	3
A6		0'15"			1'		35%	30%		30%		20%		20		7
Total de Grupo	1	5	1	5	6		5		4	2	1	4	1	6	4	35

Data da Observação 18 Junho

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular			Contacto Corporal			Percepção			Socialização			Coordenação Motora			Estabilidade Pélvica			Regras			Total Individual					
	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S			
Aluno																											
A1		"55" 01			2'15"				60%			60%			63%			60%			50			5			2
A2		"30" 01			1'40"				30%			30%			45%			25%			40			7			
A3		"10" 01			1'30"				20%			50%			45%			40%			50			7			
A4		"80" 01			2'				50%			70%			70%			60%			50			4			3
A5		"55" 01			50"				30%			20%			20%			20%			25			2			5
A6		"30" 01			1'20"				40%			35%			36%			30%			25			1			6
Total de Grupo	1	5		1	5				5	1	4	2			5			5			1	2	2	3			21
									1						1			1			4			3			5

Data da Observação 05 de Junho

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular			Contacto Corporal			Percepção			Socialização			Coordenação Motora			Estabilidade Pélvica			Regras			Total Individual								
	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S	I	E	S						
Aluno																														
A1		"0080"			2'30"			65%				60%			70%			50%			40			4			3			
A2		"0050"			1'40"			25%				40%			50%			20%			45			7						
A3		"0050"			2'			30%				35%			50%			55%			60			6			1			
A4		"0080"			2'20"			60%				70%			75%			65%			60			2			5			
A5	"0020"				1'			35%				25%			30%			25%			97			2			5			
A6		"0050"			1'			33%				30%			40%			30%			30			7						
Total de Grupo	1	5		6			4	2		4	2		4	2		4	2		5	1		1	1		3	3		9		

Data da Observação 2 Julho

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual		
	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	I	E	
Aluno																	
A1		0'06"		2'12"		70%		60%		65%		55%		30		4 3	
A2		0'05"		1'20"		40%		50%		40%		25%		45		7	
A3		0'05"		2'		25%		40%		50%		40%			65	8 1	
A4		0'07"		2'30"		75%		80%		75%					65	2 5	
A5		0'03"	40"			35%		30%		35%		20%		30	1	6	
A6		0'05"		1'		45%		45%		50%		20%		30		7	
Total de Grupo	6		1	5	4	2	4	2	4	2	5	1	4	2	1	37	9

Data da Observação 30 Julho

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual	
	I	E	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S
Aluno																
A1		1'08"			2'42"		70		85		70				60	25
A2		0'03"			2'		50		55		35			50		7
A3		0'06"			2'30"		35		40		55				65	6
A4		0'09"					80		90		80				70	1
A5		0'05"			1'		35		35		45			45		7
A6		0'05"			1'20"		45		45		50			45		7
Total de Grupo		6		5	1	4	2	4	2	4	2	4	2	3	3	

Data da Observação 17 Setembro

Observador _____

Objectivo	Contacto Ocular		Contacto Corporal		Percepção		Socialização		Coordenação Motora		Estabilidade Pélvica		Regras		Total Individual		
	I	E	I	S	I	E	I	S	I	E	I	S	I	E	I	S	
Aluno																	
A1		10.30"				45%		50%		45%		35%		40			7
A2		10.30"				30%		38%		40%		10%		20			7
A3		10.35"				20%		20%		40%		20%		40			7
A4		10.60"				50%			60%	50%		50%		40			6
A5		10.10"	10"			10%		15%		20%		5%		25	4		3
A6		10.25"	20"			25%		10%		30%		10%		15	3		4
Total de Grupo	6		2	4	1	5	2	3	1	6	6	6		6	7		34

Apêndice 2 - Gráficos dos Registos

contacto Oculaa

JC - 1
 A - 2
 AF - 3
 E - 4
 MN - 5

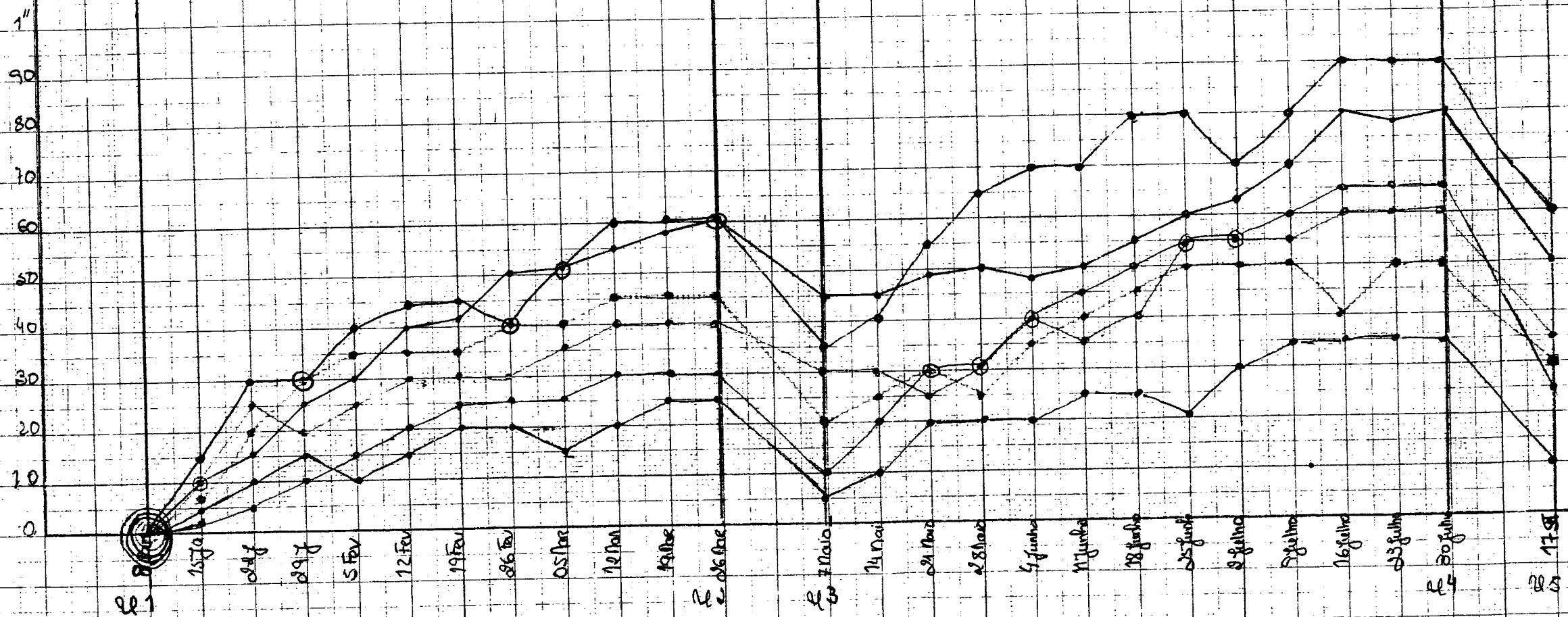
A1

B1

A2

B2

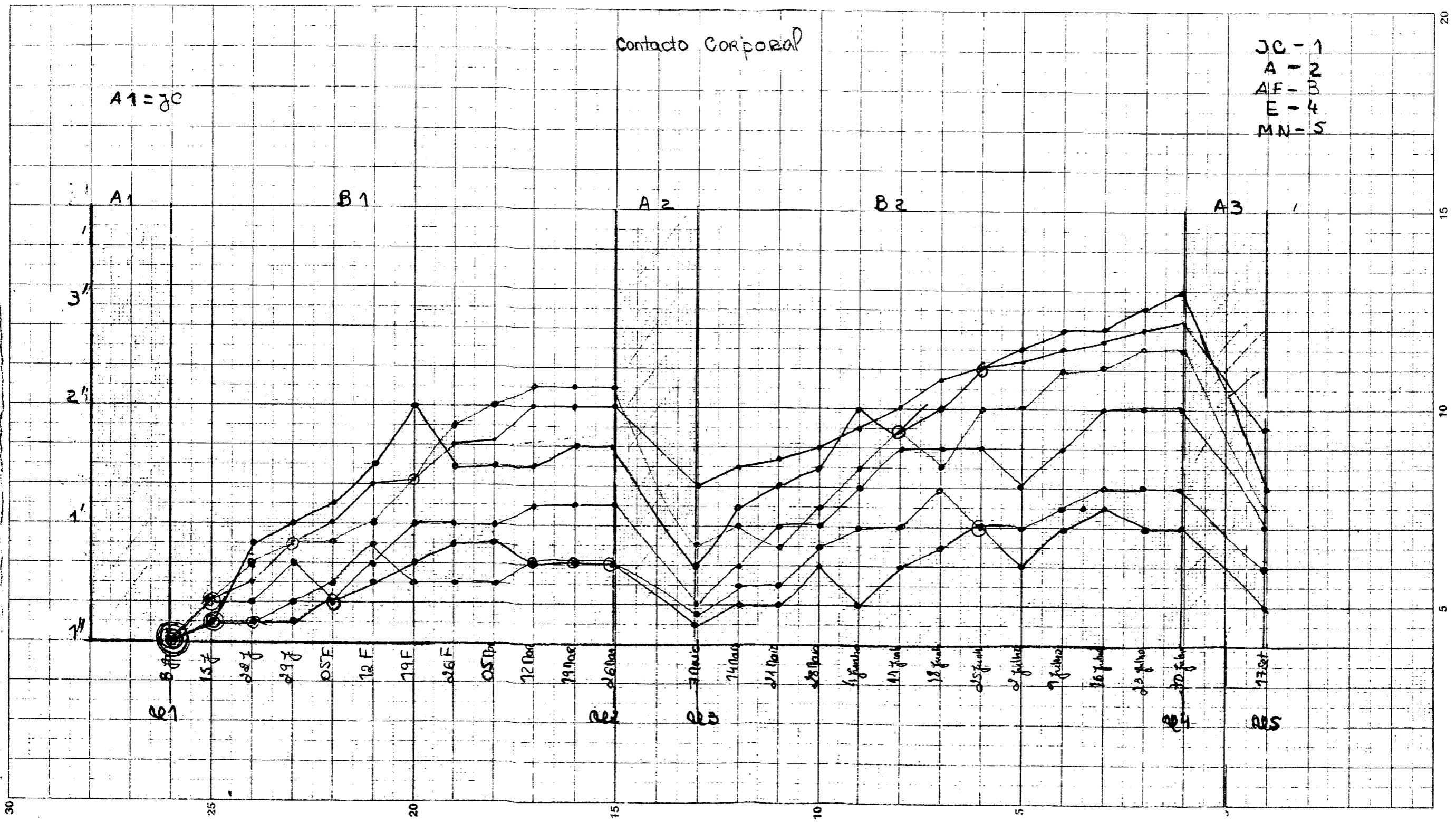
A3



CONTACTO CORPORAL

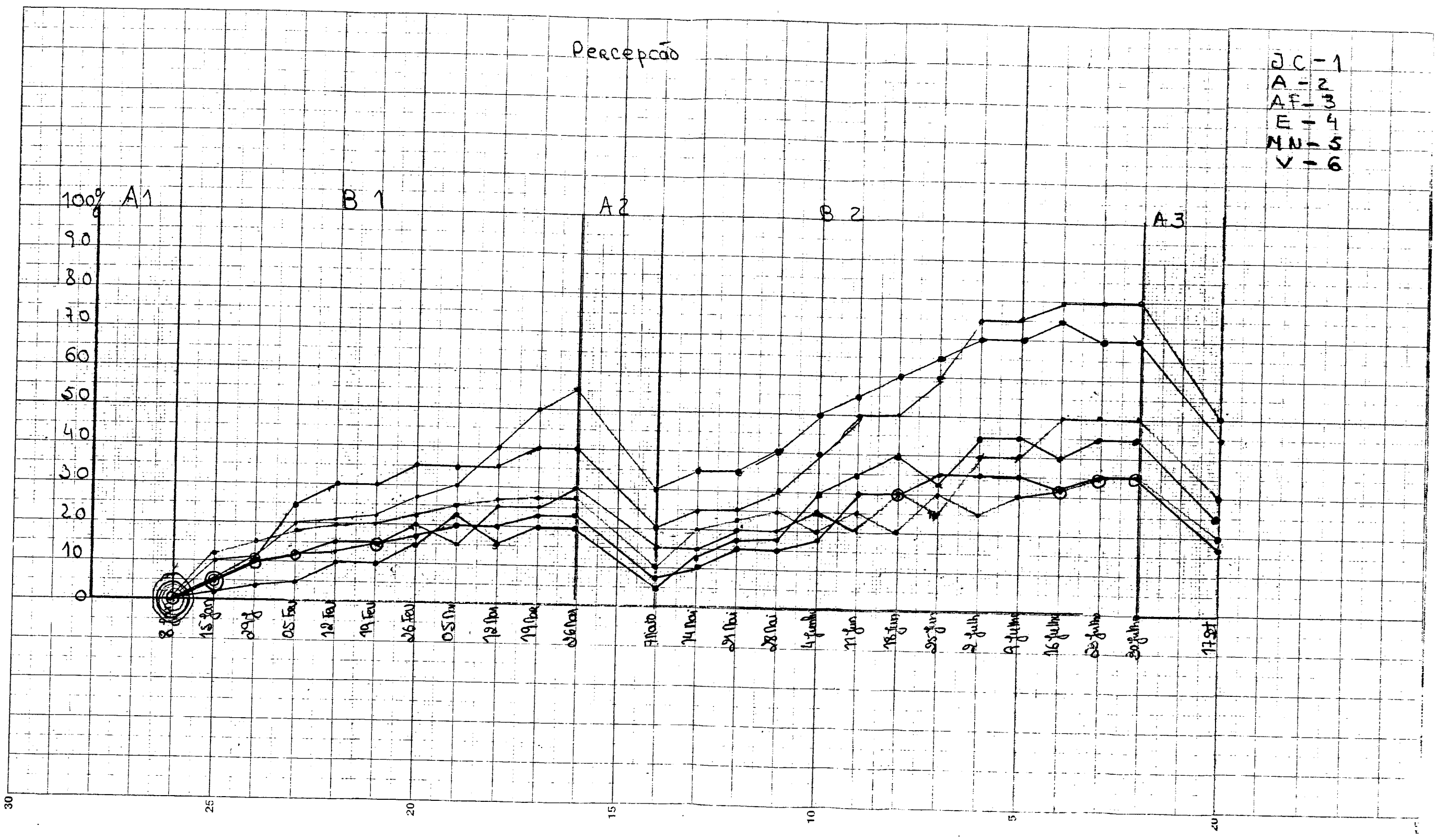
JC - 1
 A - 2
 AF - 3
 E - 4
 MN - 5

A1 = 30



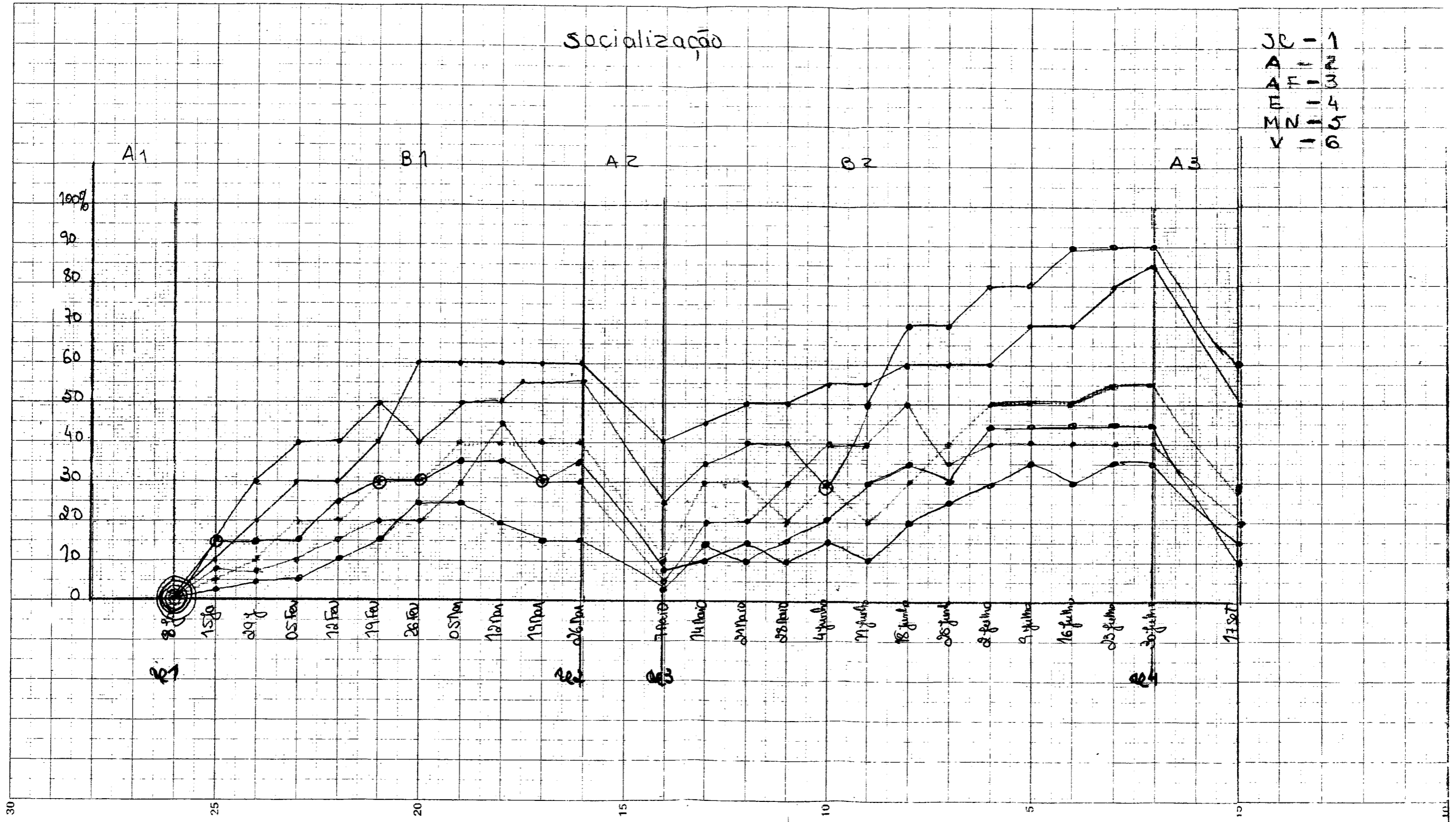
Percepção

JC-1
 A-2
 AF-3
 E-4
 MN-5
 V-6



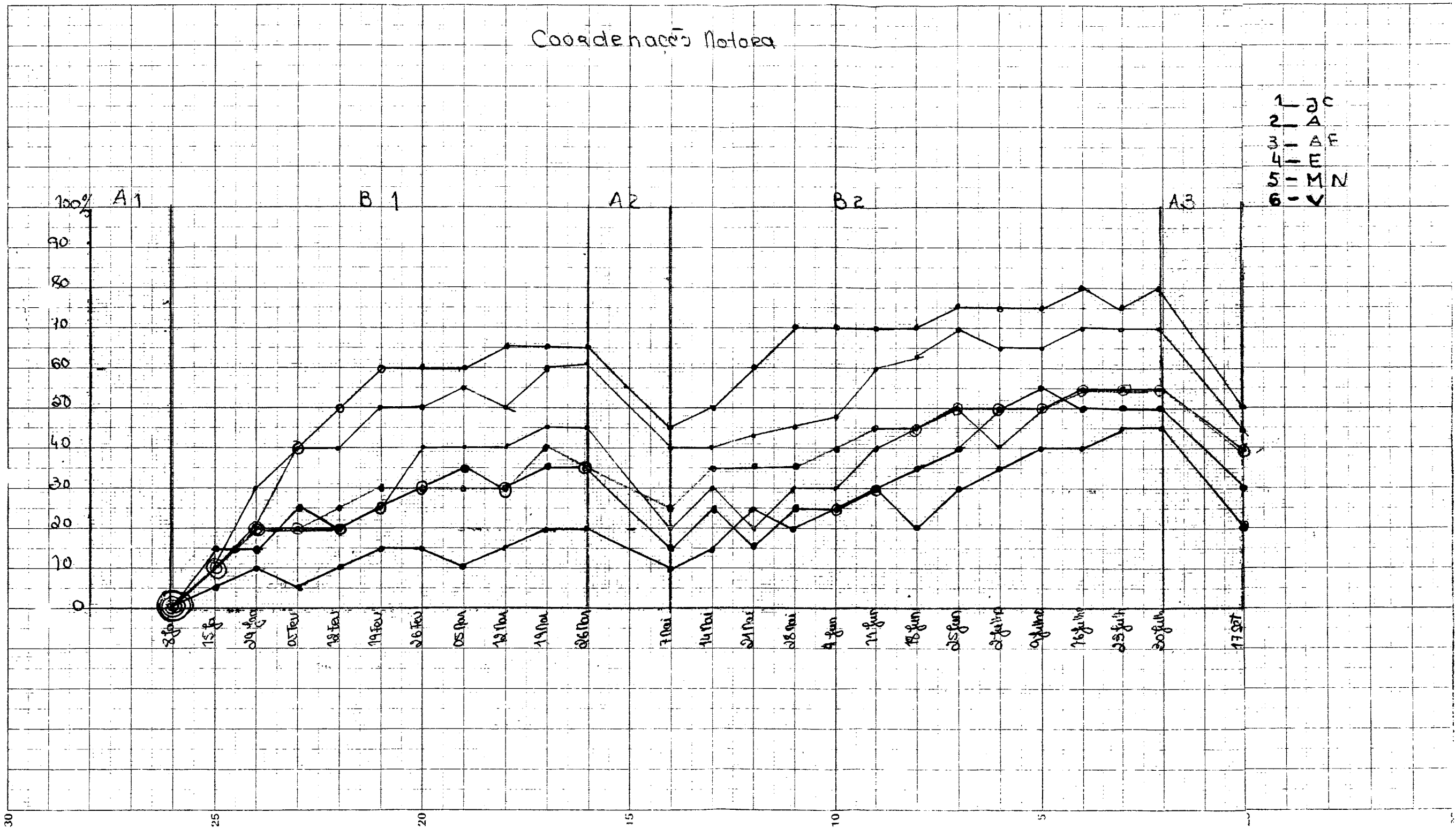
Socialização

JR - 1
 A - 2
 AF - 3
 E - 4
 MN - 5
 V - 6

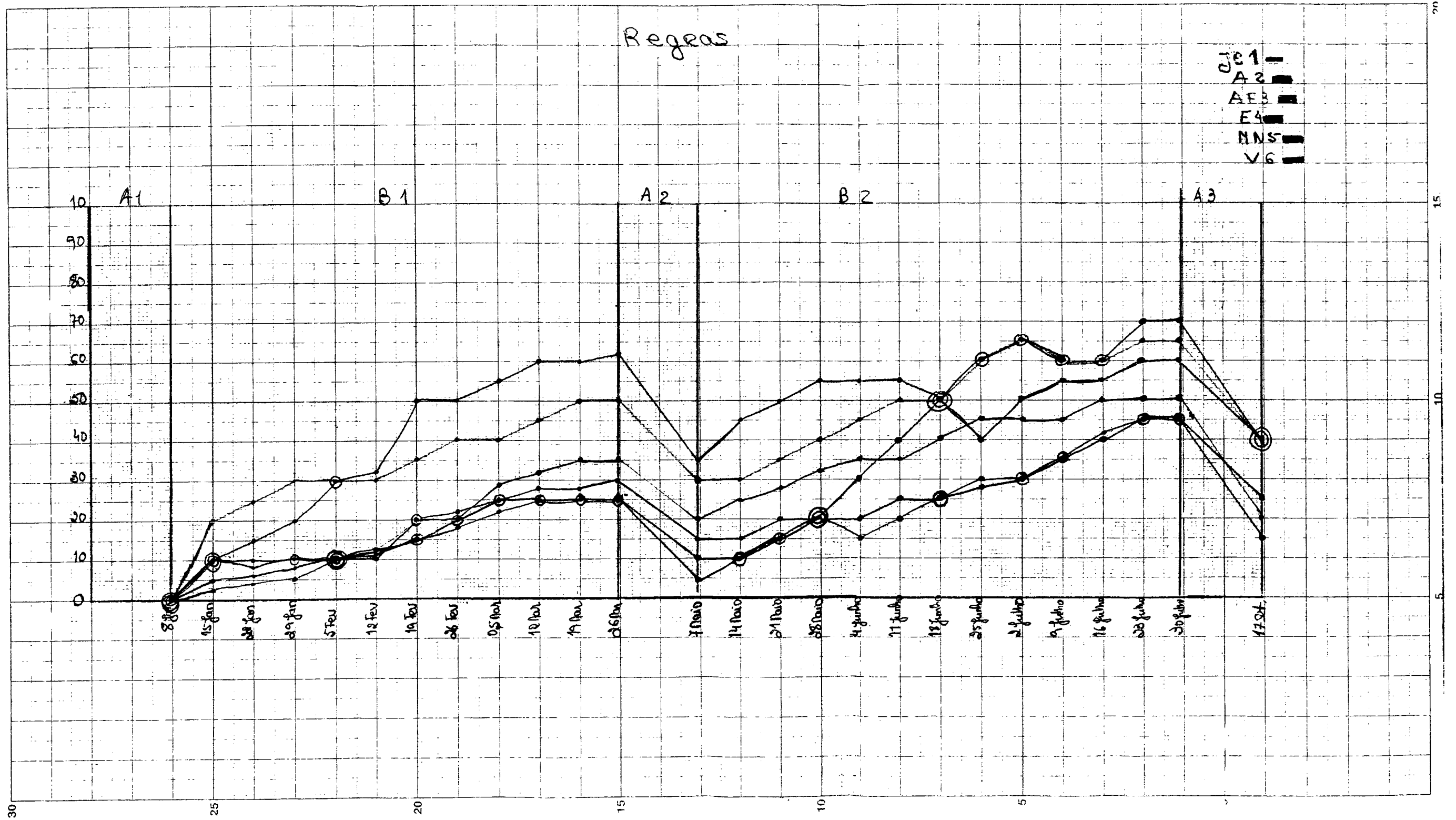


Coordenacões Notora

- 1 - JC
- 2 - A
- 3 - AF
- 4 - E
- 5 - MN
- 6 - V

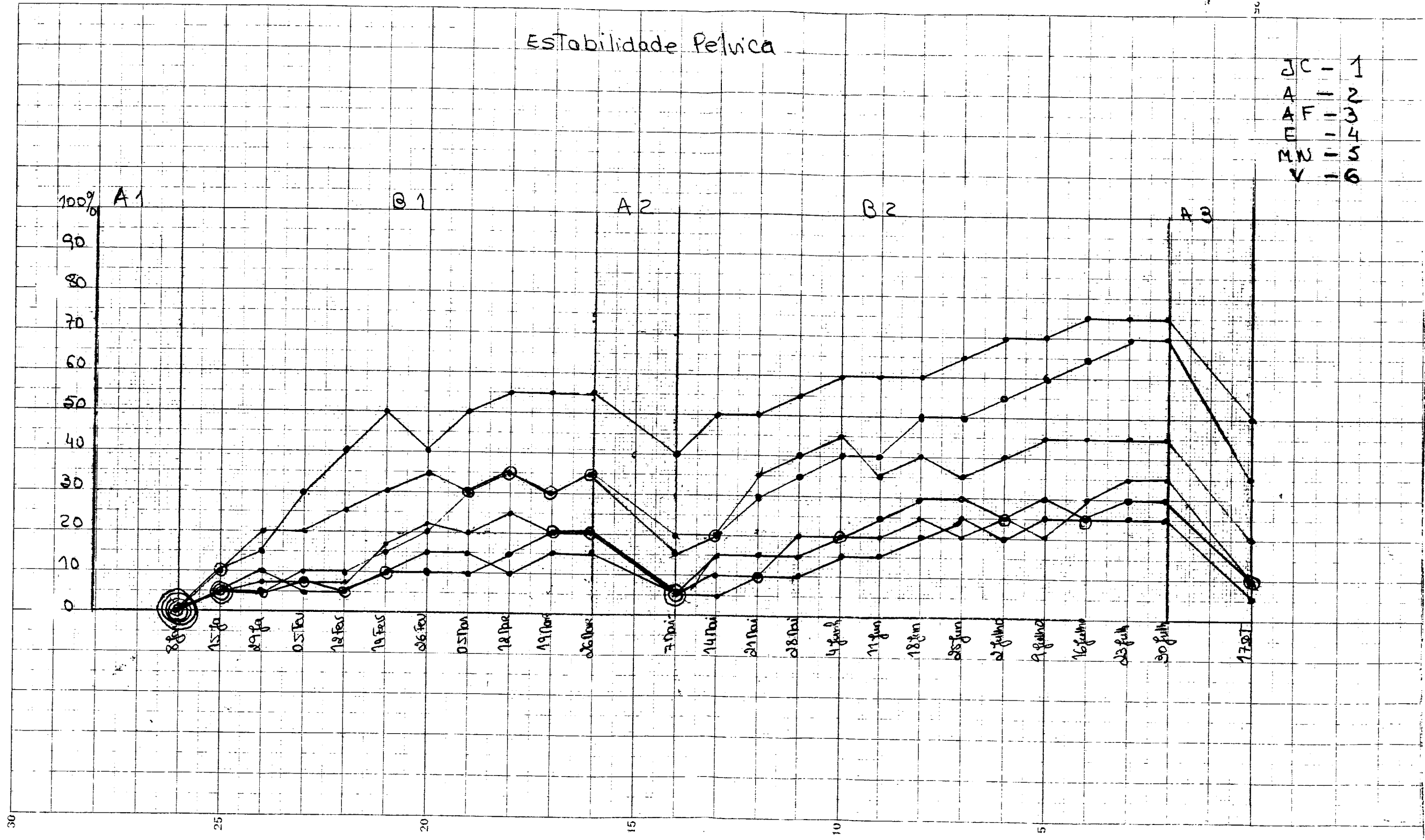


Regras



ESTabilidade Pelvica

- JC - 1
- A - 2
- AF - 3
- E - 4
- MN - 5
- V - 6



Anexos

Anexo 1 "C. A. R. S." (CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA PROTECÇÃO
AOS DEFICIENTES AUTISTAS

Delegação Regional do Porto

C.A.R.S.

(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

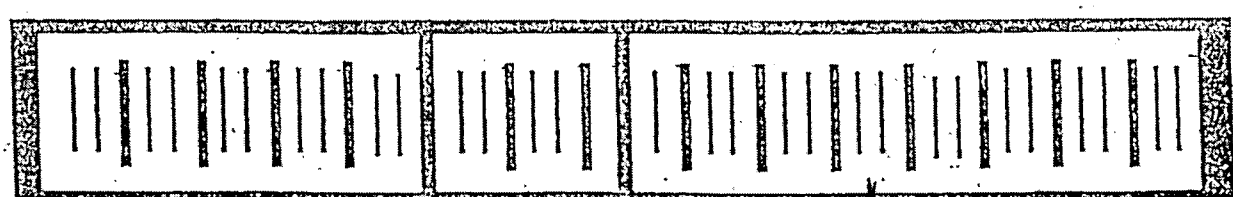
Ad. Eric Schopler, Robert J. Reichler e Barbara Rothen Renner

Nome <u>J.P. - criança 1</u>	N.º Processo _____
DN <u>11-1996</u>	Idade <u>4 anos</u>
Data Teste <u>2001-12-08</u>	
Examinador <u>Noémia Lopes</u>	

ESCALA DE COTAÇÃO

3,5	3,5	3	3	3	3,5	3,5	3	3	3	3,5	3	2	3	3,5	46,5
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Cotação total

COTAÇÃO TOTAL



15 18 21 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60

Não Autista

Autista

Autista Severo

Ligeiro

Moderado

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA PROTECÇÃO
AOS DEFICIENTES AUTISTAS

Delegação Regional do Porto

C.A.R.S.

(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

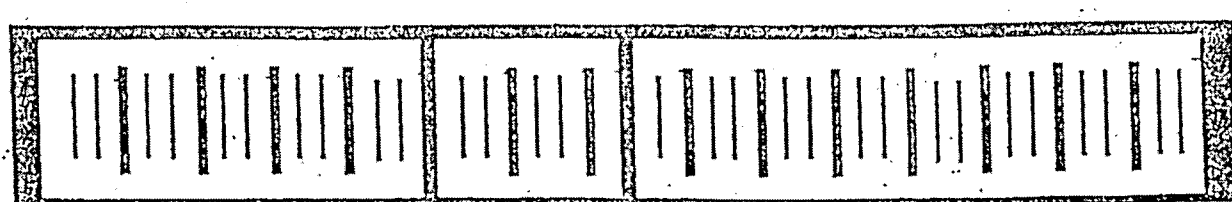
Ad. Eric Schopler, Robert J. Reichler e Barbara Rothen Renner

Nome <u>A - Criança 2</u>	N.º Processo _____
DN <u>08-1996</u>	Idade <u>4 anos</u>
Data Teste <u>2001-12-08</u>	
Examinador <u>Isabelia Coleta</u>	

ESCALA DE COTAÇÃO

3	3	3	4	2	3	4	3	2,5	3,5	3,5	3	3,5	3	3,5	57
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Cotação total

COTAÇÃO TOTAL



15 18 21 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60

Não Autista

Autista

Autista Severo

Ligeiro

Moderado

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA PROTECÇÃO
AOS DEFICIENTES AUTISTAS

Delegação Regional do Porto

C.A.R.S.

(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

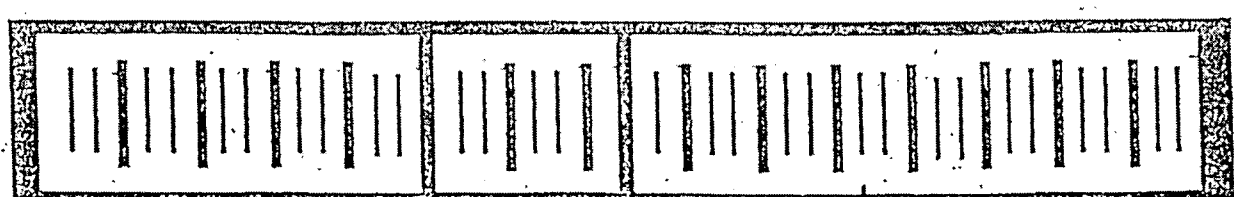
Ad. Eric Schopler, Robert J. Reichler e Barbara Rothen Renner

Nome <u>A - criança 3</u>	N.º Processo _____
DN <u>1996-01-27</u>	Idade <u>3 anos</u>
Data Teste <u>2008-12-08</u>	
Examinador <u>Voerminia Coletis</u>	

ESCALA DE COTAÇÃO

3	3	4	3	3	4	3	3	2,5	3	3,5	3	3,5	3	3,5	47,5
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Cotação total

COTAÇÃO TOTAL



15 18 21 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60

Não Autista

Autista

Autista Severo

Ligeiro

Moderado

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA PROTECÇÃO
AOS DEFICIENTES AUTISTAS

Delegação Regional do Porto

C.A.R.S.

(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

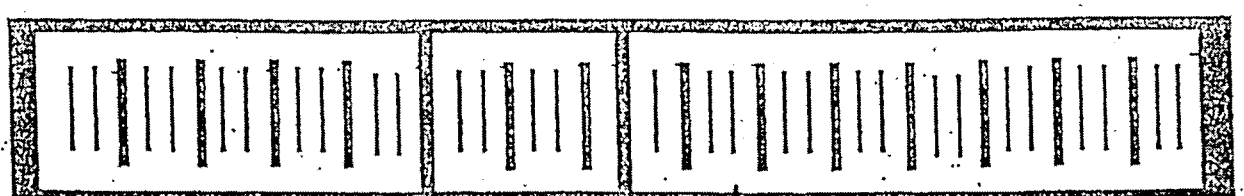
Ad. Eric Schopler, Robert J. Reichler e Barbara Rothen Renner

Nome <u>E - criança 4</u>	N.º Processo _____
DN <u>05-1996</u>	Idade <u>4</u>
Data Teste <u>2001-12-08</u>	
Examinador <u>Isabelia Coleta</u>	

ESCALA DE COTAÇÃO

2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3,5	3	3,5	2	3,5	41,5
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Cotação total
									25	31,5		3,5	5,5		

COTAÇÃO TOTAL



15 18 21 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60

Não Autista

Autista

Autista Severo

Ligeiro

Moderado

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA PROTECÇÃO
AOS DEFICIENTES AUTISTAS

Delegação Regional do Porto

C.A.R.S.

(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

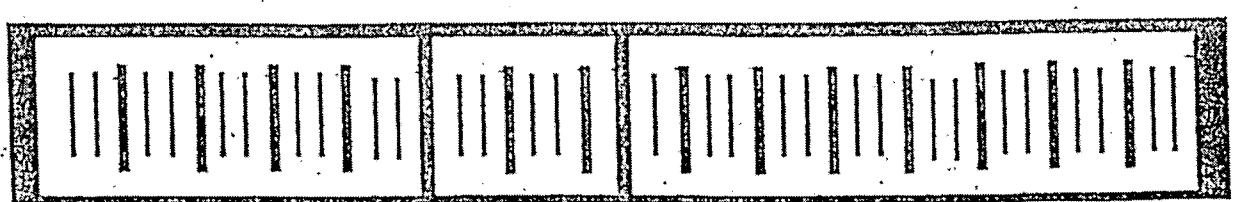
Ad. Eric Schopler, Robert J. Reichler e Barbara Rothen Renner

Nome <u>V - Criança S</u>	N.º Processo _____
DN <u>05 - 1996</u>	Idade <u>4 anos</u>
Data Teste <u>2001-12-08</u>	
Examinador <u>Noem's Cofets</u>	

ESCALA DE COTAÇÃO

2,5	2,5	3	3	3	3	3,5	3,5	3	3,5	3	3	3	3	3,5	46
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Cotação total

COTAÇÃO TOTAL



15 18 21 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60

Não Autista

Autista

Autista Severo

Ligeiro

Moderado

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA PROTECÇÃO
AOS DEFICIENTES AUTISTAS

Delegação Regional do Porto

C.A.R.S.

(CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE)

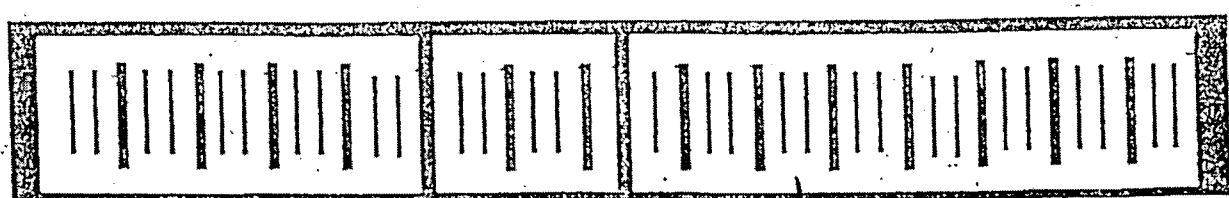
Ad. Eric Schopler, Robert J. Reichler e Barbara Rothen Renner

Nome <u>M N - Crianças</u>	N.º Processo _____
DN <u>01-1996</u>	Idade <u>4 anos</u>
Data Teste <u>2001-12-08</u>	
Examinador <u>Noémia Afonso</u>	

ESCALA DE COTAÇÃO

2,5	2,5	3	3	3	3	3,5	3,5	3	3	2	3	2	3	3,5	43,5
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Cotação total

COTAÇÃO TOTAL



15 18 21 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60

Não Autista

Autista

Autista Severo

Ligeiro

Moderado

**Anexo 2 – PEP-R (PERFIL DA ESCALA DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPORTAMENTO E PSICOEDUCACIONAL REVISTO)**

cm 1

FIL PSICOEDUCACIONAL REVISTO

R Folha de Sintese

Ano	Mês	Dia
do teste		
de Nascimento		
Cronológica		

Escala de Comportamento	A	M	S
Relacionamento (R)	1	5	6
Materiais (M)	1	2	5
Sensorial (S)	8	4	-
Linguagem (L)	-	-	-

Escala de Desenvolvimento	S	E	I
Imitação (I)	1	7	8
Percepção (P)	9	1	3
Motricidade Fina (MF)	9	2	5
Motricidade Global (MG)	18	6	-
Olho-Mão (OM)	3	3	9
Realização Cognitiva (RC)	2	8	16
Cognição Verbal (CV)	1	-	20
Score Desenvolvemental			
Idade de Desenvolvimento			

ição Física

É uma criança desenvolvida para a idade.

ações Funcionais

nações Relativas ao Comportamento

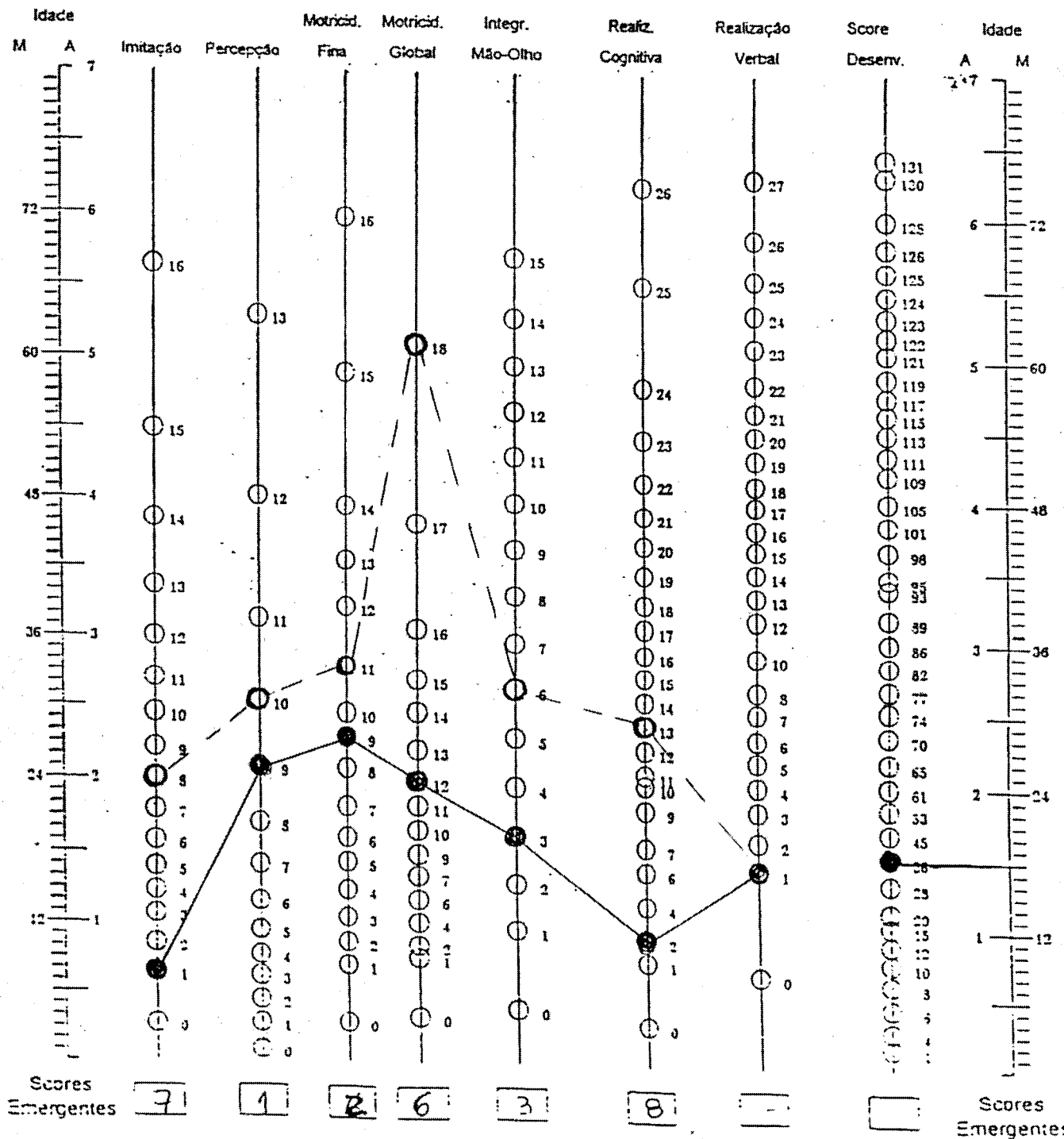
Levito activo, não põra. Manipula os objectos de forma repetitiva. Qwen ten sempre 2 objectos iguais.

stra de Comunicação Espontânea

PEP-R PERFIL DA ESCALA DE DESENVOLVIMENTO

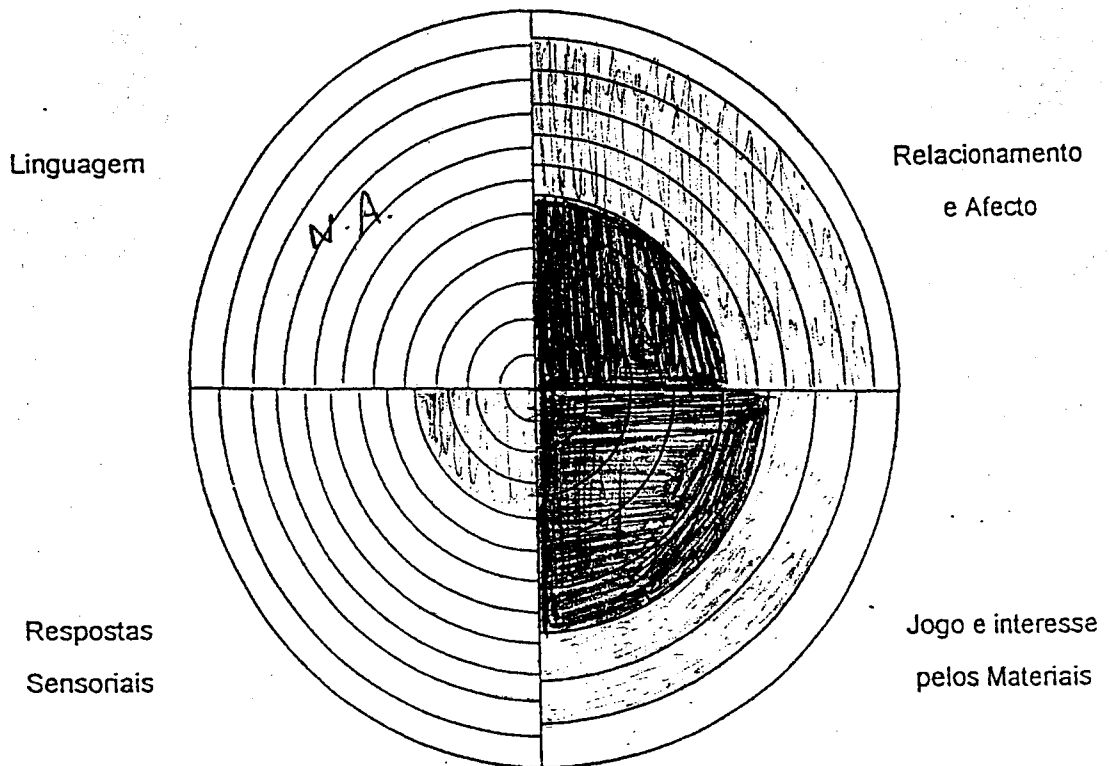
Em cada escala anotar o ponto que representa o número de Ss (sucessos) cotados nessa área de Desenvolvimento. Na coluna Score Desenvolvemental anotar o ponto que representa o n° total de Ss para as 7 áreas de Desenvolvimento (Quando faltar um número na escala, marcar o ponto imediatamente inferior da escala).

Na quadrícula situada por baixo de cada coluna anotar o total de Scores Emergentes (E) para essa área de desenvolvimento. Estes Scores Emergentes, reflectem a predisposição da criança para aprender novas competências e indicam pontos de partida apropriados para a programação educacional.



2-R PERFIL DA ESCALA DE COMPORTAMENTO

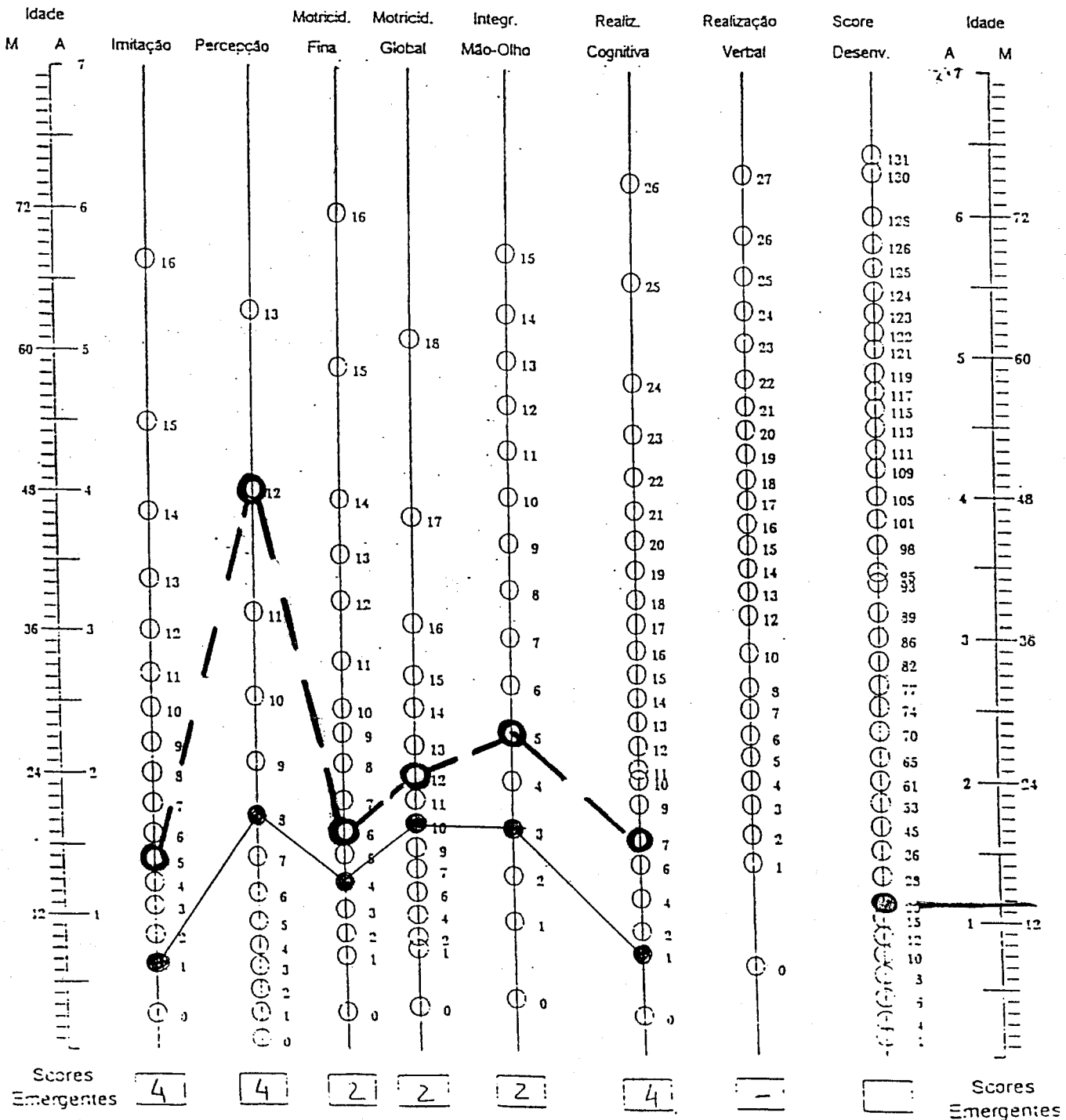
Começando pelo centro do círculo, pintar a preto o número de anéis correspondentes ao número de itens cotados no S (severo) em cada área de comportamento. Sombrear o número de anéis que correspondem ao número de itens cotados como M (moderado) na área de comportamento respectiva. Deixar os restantes anéis em branco.



PEP-R PERFIL DA ESCALA DE DESENVOLVIMENTO

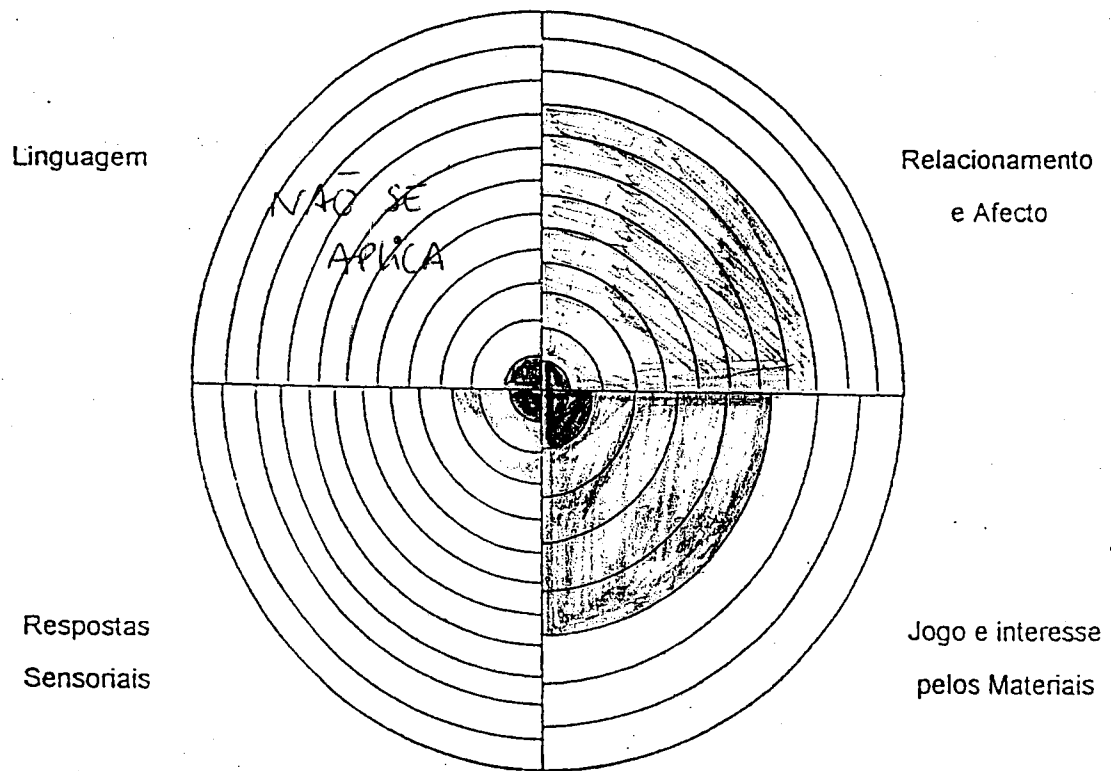
Em cada escala anotar o ponto que representa o número de Ss (sucessos) cotados nessa área de Desenvolvimento. Na coluna Score Desenvolvemental anotar o ponto que representa o nº total de Ss para as 7 áreas de Desenvolvimento (Quando faltar um número na escala, marcar o ponto imediatamente inferior da escala).

Na quadricula situada por baixo de cada coluna anotar o total de Scores Emergentes (E) para essa área de desenvolvimento. Estes Scores Emergentes, reflectem a predisposição da criança para aprender novas competências e indicam pontos de partida apropriados para a programação educacional.



2-R PERFIL DA ESCALA DE COMPORTAMENTO

Começando pelo centro do círculo, pintar a preto o número de anéis correspondentes ao número de itens cotados como S (severo) em cada área de comportamento. Sombrear o número de anéis que correspondem ao número de itens cotados como M (moderado) na área de comportamento respectiva. Deixar os restantes anéis em branco.



L PSICOEDUCACIONAL REVISTO

Folha de Síntese

Ano	Mês	Dia
teste		
de Nascimento		
Cronológica		

Escala de Comportamento	A	M	S
Relacionamento (R)	3	5	4
Materiais (M)	1	2	5
Sensorial (S)	5	3	4
Linguagem (L)	-	-	1

Escala de Desenvolvimento	S	E	I
Imitação (I)	-	-	16
Percepção (P)	1	5	7
Motricidade Fina (MF)	1	5	10
Motricidade Global (MG)	4	8	6
Olho-Mão (OM)	1	1	13
Realização Cognitiva (RC)	-	2	24
Cognição Verbal (CV)	1	-	26
Score Desenvolvimental			
Idade de Desenvolvimento			

ção Física

O Desenvolvimento físico é normal.

ções Funcionais

Não pareceu existir

ações Relativas ao Comportamento

uma criança que aprecia o contacto físico com os familiares indirectos mas também com a examinadora. A exploração do que rodeia é reduzida.

Quando não gosta de algo que lhe é apresentado tem movimentos repetitivos com as mãos (abanicar). Tem repugnância em tocar em objectos com pelo, na área de Comunicação Espontânea plástica.

pede ajuda, puxando a mão do adulto, mas não directamente para o que quer.

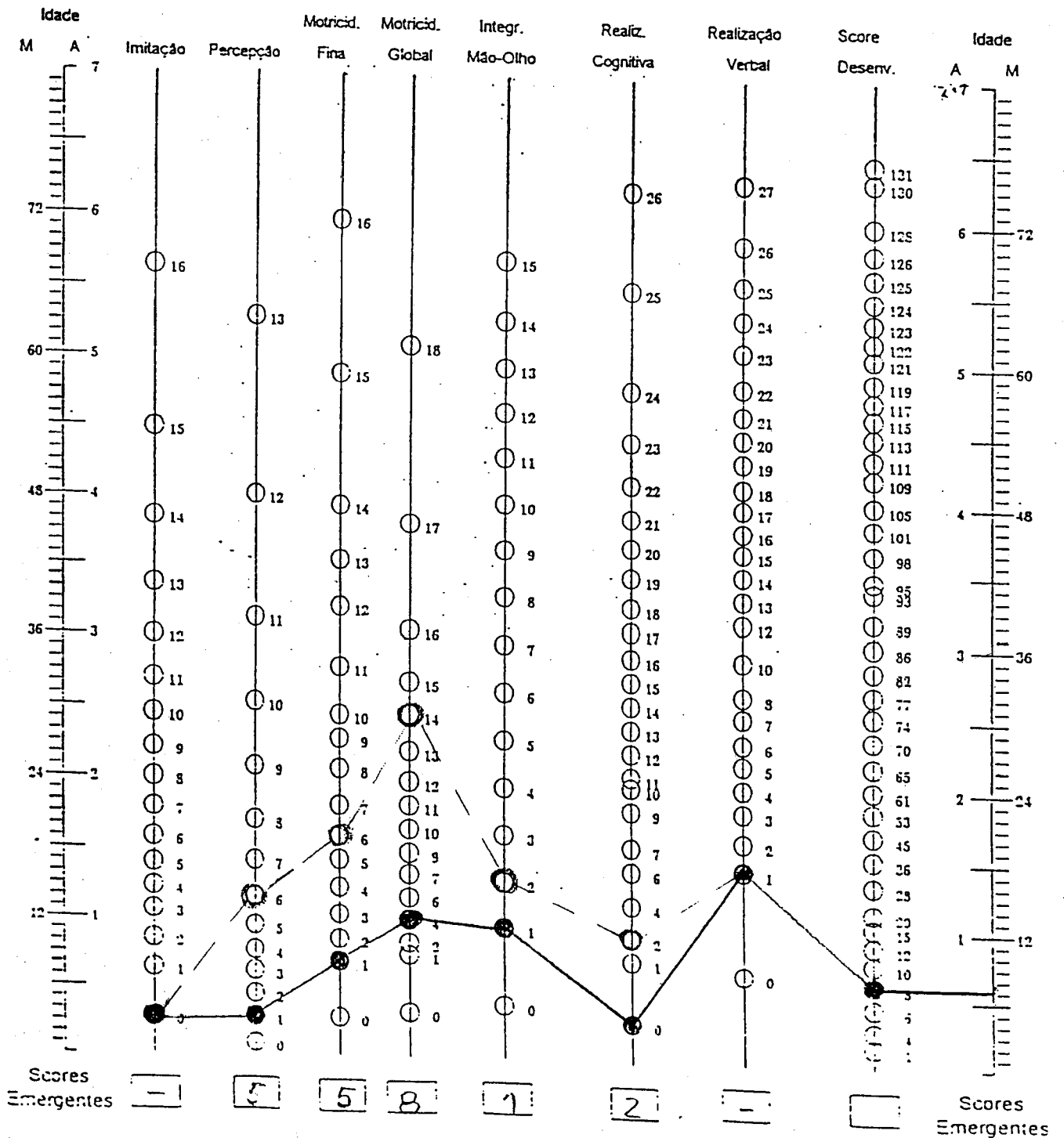
o nível da emissão de sons diz "quê" → quer, mas nem sempre.

Quando não tem o que quer chora e grita?

PEP-R PERFIL DA ESCALA DE DESENVOLVIMENTO

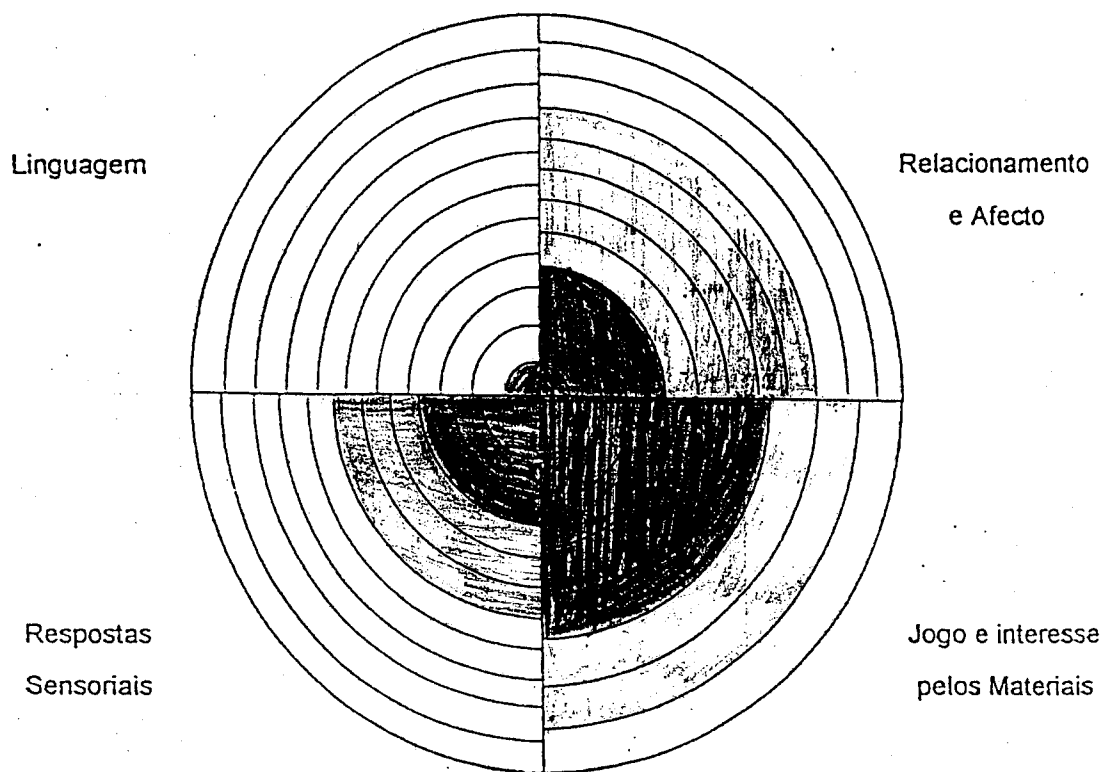
Em cada escala anotar o ponto que representa o número de Ss (sucessos) cotados nessa área de Desenvolvimento. Na coluna Score Desenvolvimental anotar o ponto que representa o nº total de Ss para as 7 áreas de Desenvolvimento (Quando faltar um número na escala, marcar o ponto imediatamente inferior da escala).

Na quadrícula situada por baixo de cada coluna anotar o total de Scores Emergentes (E) para essa área de desenvolvimento. Estes Scores Emergentes, reflectem a predisposição da criança para aprender novas competências e indicam pontos de partida apropriados para a programação educacional.



EP-R PERFIL DA ESCALA DE COMPORTAMENTO

Começando pelo centro do círculo, pintar a preto o número de anéis correspondentes ao número de itens cotados como S (severo) em cada área de comportamento. Sombrear o número de anéis que correspondem ao número de itens cotados como M (moderado) na área de comportamento respectiva. Deixar os restantes anéis em branco.



(4)

PROFIL PSICOEDUCACIONAL REVISTO

Forma Folha de Síntese

Ano	Mês	Dia

Escala de Comportamento	A	M	S
Relacionamento (R)	2	7	3
Materiais (M)	2	4	2
Sensorial (S)	6	5	1
Linguagem (L)	1		2

Escala de Desenvolvimento	S	E	I
Imitação (I)	3	4	9
Percepção (P)	6	4	3
Motricidade Fina (MF)	6	4	6
Motricidade Global (MG)	11	-	7
Olho-Mão (OM)	2	3	10
Realização Cognitiva (RC)	1	3	22
Cognição Verbal (CV)	2	-	25
Score Desenvolvemental	14	10	165
Idade de Desenvolvimento			

N.A.

Descrição Física

criança com aspecto saudável, sem constituição para a idade. Não aparenta nenhuma alteração fisionómica do desenvolvimento.

Limitações Funcionais

Aparentemente não existem.

Observações Relativas ao Comportamento

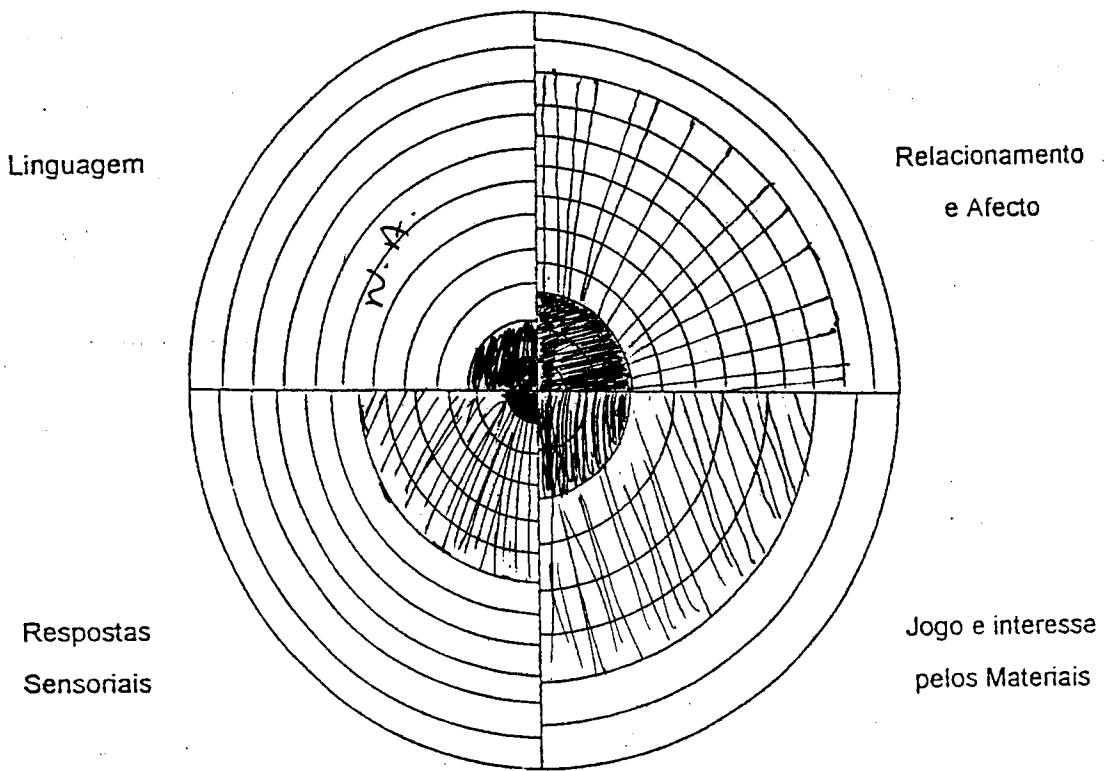
Bate e espeta quando é contrariado. Grita com muita intensidade e de forma aguda quando é contrariado e em situações novas. Focaliza a atenção durante muito tempo na mesma actividade e em objecto, sendo muito difícil orientar-lhe a atenção para outras actividades.

Mostra de Comunicação Espontânea

Comunicação espontânea praticamente inexistente. As poucas amostras de comunicação espontânea consistiam em linguagem desincronizada, repetitiva e estereotipada.

EP-R PERFIL DA ESCALA DE COMPORTAMENTO

Começando pelo centro do círculo, pintar a preto o número de anéis correspondentes ao número de itens cotados como S (severo) em cada área de comportamento. Sombrear o número de anéis que correspondem ao número de itens cotados como M (moderado) na área de comportamento respectiva. Deixar os restantes anéis em branco.



Miguel Nuno

RFIL PSICOEDUCACIONAL REVISTO

P-R Folha de Sintese

Ano	Mês	Dia
Data do teste		
Data de Nascimento		
Idade Cronológica		

Escala de Comportamento	A	M	S
Relacionamento (R)	-	8	4
Materiais (M)	1	6	1
Sensorial (S)	3	6	2
Linguagem (L)	2	5	4

Escala de Desenvolvimento	S	E	I
Imitação (I)	2	7	7
Percepção (P)	10	1	2
Motricidade Fina (MF)	10	3	3
Motricidade Global (MG)	16	1	1
Olho-Mão (OM)	8	3	4
Realização Cognitiva (RC)	9	5	12
Cognição Verbal (CV)	13	3	11
Score Desenvolvemental	24	24	
Idade de Desenvolvimento			

Idade	Nível Escolar
Escola	Escola
Identificador	Nº Processo

Observações Físicas

Vão residência sinais exteriores de alterações de comportamento.

Observações Funcionais

Aparentemente não existem.

Observações Relativas ao Comportamento

Nota dificuldade em seguir instruções. Apenas consegue concentrar-se e colaborar nas actividades que vão ao encontro dos seus interesses específicos. Alterações de comportamento graves, que comprometem o desenvolvimento (conforme perfil de desenvolvimento).
Estrutura de Comunicação Espontânea

A linguagem está bem desenvolvida no que diz respeito ao vocabulário adquirido. No entanto, é frequentemente descontextualizada, e não existe uma verdadeira comunicação no sentido de

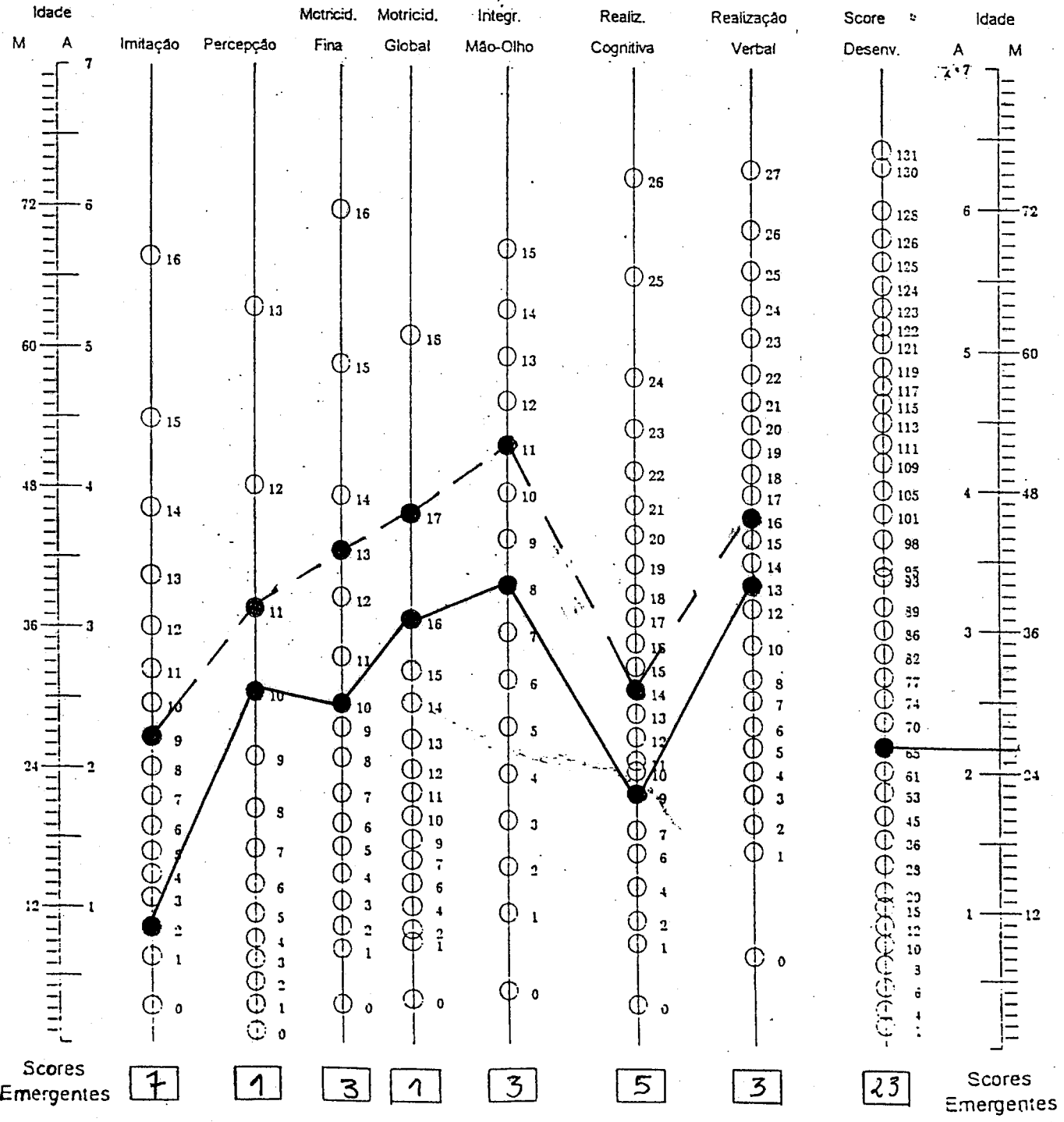


P-R PERFIL DA ESCALA DE DESENVOLVIMENTO

Nome _____ Nº Processo _____
 Data do teste _____ Data de Nascimento _____ Idade Cronológica _____

Em cada escala anotar o ponto que representa o número de Ss (sucessos) cotados nessa área de Desenvolvimento.
 Na coluna Score Desenvolvimental anotar o ponto que representa o nº total de Ss para as 7 áreas de Desenvolvimento
 (Quando faltar um número na escala, marcar o ponto imediatamente inferior da escala).

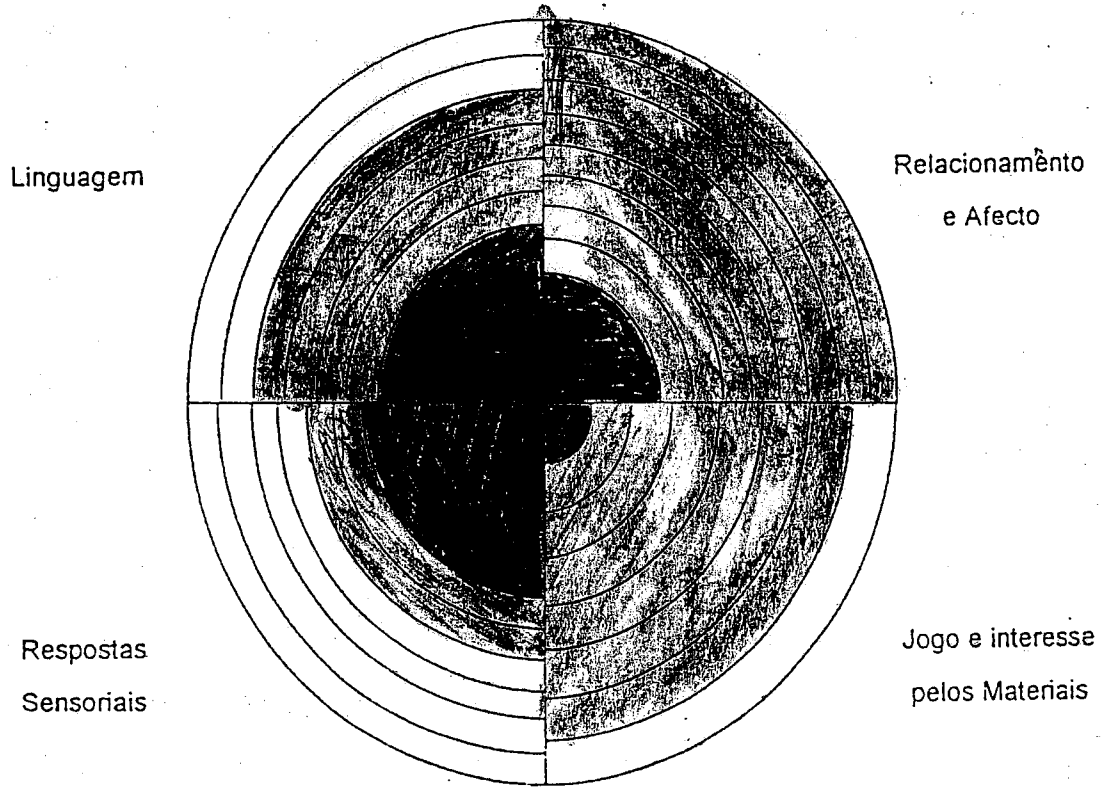
Na quadrícula situada por baixo de cada coluna anotar o total de Scores Emergentes (E) para essa área de desenvolvimento. Estes Scores Emergentes, reflectem a predisposição da criança para aprender novas competências e indicam pontos de partida apropriados para a programação educacional.



EP-R PERFIL DA ESCALA DE COMPORTAMENTO

Nome _____ Nº Processo _____
Data do teste _____ Data de Nascimento _____ Idade Cronológica _____

Começando pelo centro do círculo, pintar a preto o número de anéis correspondentes ao número de itens cotados como S (severo) em cada área de comportamento. Sombrear o número de anéis que correspondem ao número de itens cotados como M (moderado) na área de comportamento respectiva. Deixar os restantes anéis em branco.



PERFIL PSICOEDUCACIONAL REVISTO

6
Crisis

EP-R Folha de Síntese

Ano	Mês	Dia
Data do teste		
Data de Nascimento		
Idade Cronológica		

Escala de Comportamento	A	M	S
Relacionamento (R)	2	3	1
Materiais (M)	2	4	2
Sensorial (S)	6	6	-
Linguagem (L)	N.A.	N.A.	2

Escala de Desenvolvimento	S	E	I
Imitação (I)	4	7	5
Percepção (P)	9	2	2
Motricidade Fina (MF)	12	2	2
Motricidade Global (MG)	17	1	3
Olho-Mão (OM)	9	2	4
Realização Cognitiva (RC)	6	8	12
Cognição Verbal (CV)	-	1	28
Score Desenvolvimento	11.	10.	
Idade de Desenvolvimento			

↳ NÃO SE APLICA

Nome	Nível Escolar
Sexo	Escola
Examinador	Nº Processo

Descrição Física

Criança de estatura normal, e peso superior à média
Sem alterações fisiológicas

Limitações Funcionais

Apenas as relacionadas com o peso do corpo

Observações Relativas ao Comportamento

Dificuldade em colaborar em actividades novas ou quando não correspondem aos seus interesses, muito restritos. Tendência a usar "simas", intensas e prolongadas quando não quer colaborar.
Dificuldade em alterar as rotinas.
Mostra de Comunicação Espontânea

Não fala: grita e emite sons de forma repetitiva e estereotipada

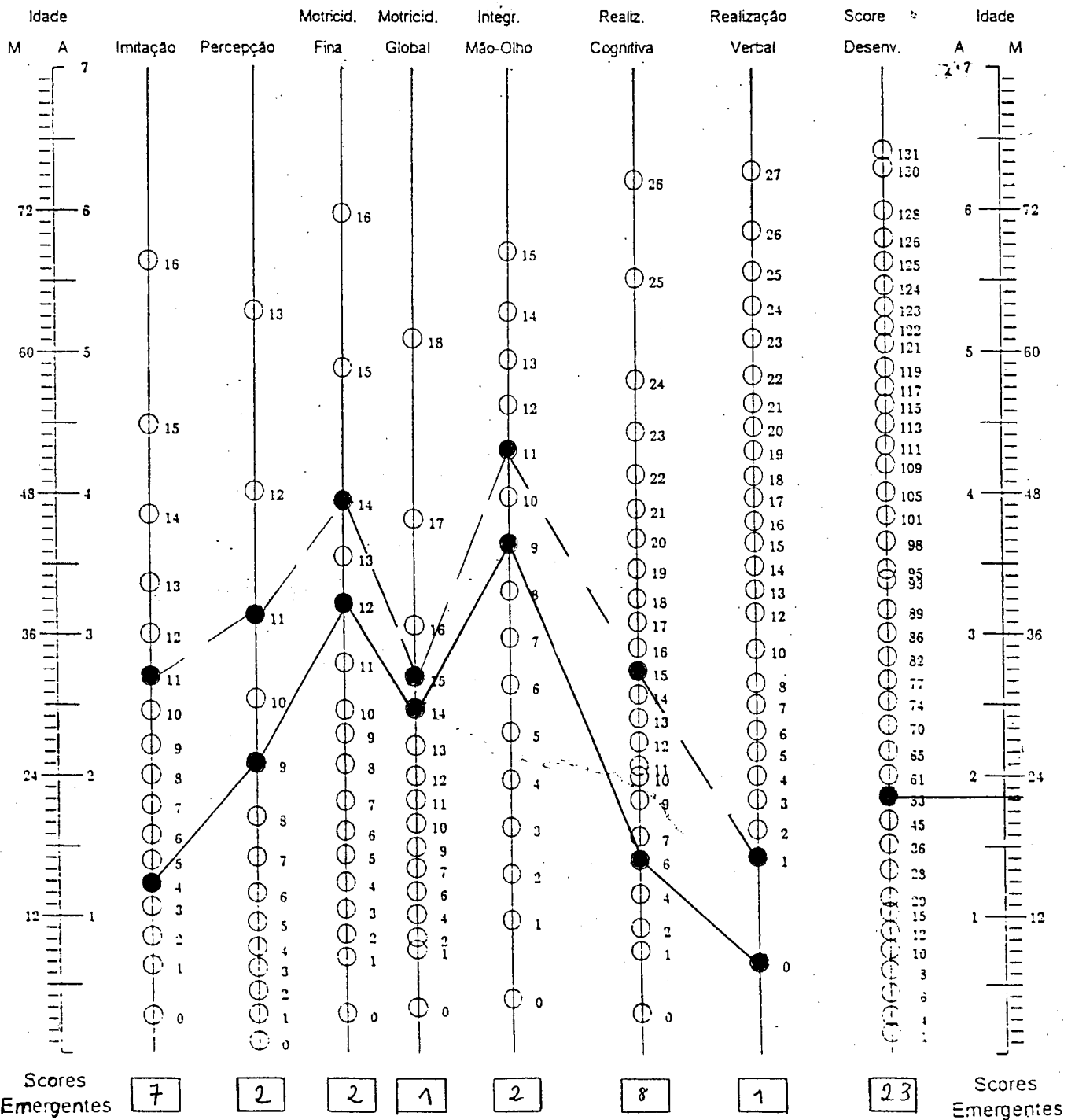
PEP-R PERFIL DA ESCALA DE DESENVOLVIMENTO

Nome _____ Nº Processo _____

Data do teste _____ Data de Nascimento _____ Idade Cronológica _____

Em cada escala anotar o ponto que representa o número de Ss (sucessos) cotados nessa área de Desenvolvimento. Na coluna Score Desenvolvimental anotar o ponto que representa o nº total de Ss para as 7 áreas de Desenvolvimento (Quando faltar um número na escala, marcar o ponto imediatamente inferior da escala).

Na quadrícula situada por baixo de cada coluna anotar o total de Scores Emergentes (E) para essa área de desenvolvimento. Estes Scores Emergentes, reflectem a predisposição da criança para aprender novas competências e indicam pontos de partida apropriados para a programação educacional.



PEP-R PERFIL DA ESCALA DE COMPORTAMENTO

Nome _____ N° Processo _____

Data do teste _____ Data de Nascimento _____ Idade Cronológica _____

Começando pelo centro do círculo, pintar a preto o número de anéis correspondentes ao número de itens cotados como S (severo) em cada área de comportamento. Sombrear o número de anéis que correspondem ao número de itens cotados como M (moderado) na área de comportamento respectiva. Deixar os restantes anéis em branco.

