

Introdução

Apesar das inúmeras investigações desenvolvidas no vasto campo das Perturbações do Espectro do Autismo, este continua povoado de controvérsias e incertezas tanto ao nível da etiologia, como do diagnóstico e da intervenção. Diversos estudos levados a cabo neste âmbito têm revelado novas abordagens no trabalho com crianças com PEA permitindo o desenvolvimento de novos modelos e estratégias de intervenção e levando ao abandono de outros.

O crescente recurso a abordagens terapêuticas com mediadores artístico-expressivos (expressão plástica, música, dança e drama) enquanto promotores de várias áreas de desenvolvimento e competências (pessoais e sociais) em populações com NEE têm sido utilizados em todo o mundo, com pessoas de todas as idades e com as mais diversas características e problemáticas.

Em Portugal, as intervenções com crianças com Perturbações do Espectro do Autismo incidem essencialmente sobre o comportamento, o desenvolvimento da linguagem e a aquisição de competências sociais. Embora se reconheça os inúmeros benefícios que as intervenções com mediadores artístico-expressivos apresentam para o desenvolvimento global da criança com PEA (Emery, 2004; Epp, 2008; Elkis-Albuhoff, 2008), em Portugal existem ainda poucos estudos neste âmbito.

Neste sentido, este estudo apresenta-se como um contributo para a investigação no campo da intervenção com mediadores artístico-expressivos em crianças com PEA.

I Estudo teórico

1. Perturbações do Espectro do Autismo

As perturbações do espectro do autismo, com a actual designação, são relativamente recentes na história da psiquiatria e psicologia. Só em 1943, Leo Kanner começou a utilizar o termo autismo, especificamente a designação de *Distúrbios Autísticos do Contacto Afectivo*, para caracterizar a perturbação subjacente aos comportamentos observados num grupo de 11 crianças (Kanner, 1943). Kanner verificou que todas manifestavam uma incapacidade para se relacionarem com os outros, apresentando respostas específicas e pouco comuns ao ambiente. Estas crianças apresentavam maneirismos motores repetitivos, tinham dificuldade em utilizar a linguagem aliada ao significado, invertendo muitas vezes os pronomes e apresentando um discurso pautado pela ecolália, e revelavam uma forte tendência para a imutabilidade, resistindo à mudança e preferindo situações rotineiras (Klin, 2006). Distinguindo o autismo da psicose infantil, Kanner identificou alguns elementos do comportamento autista, generalizando-os a nível cognitivo, uma vez que estas crianças apresentavam grandes potencialidades que se manifestavam num vocabulário extremamente rico, numa excelente capacidade de memorização, em grandes capacidades visuo-espaciais, no acentuado interesse por números e letras, e

na precocidade com que iniciam a leitura e a escrita. Os seus interesses manifestavam-se muitas vezes por um entusiasmo excessivo face a determinados objectos e assuntos. Kanner identificou ainda uma grande ansiedade nestas crianças aliada a um medo intenso de coisas comuns, o que na sua opinião contribuiria para o isolamento social que se instalava após um desenvolvimento aparentemente normal. Assumindo o autismo como estado congénito, Kanner verificou ainda que em muitos casos, os padrões de apetite e alimentação estavam perturbados (Ozonoff & Rogers, 2003).

Em 1944, Hans Asperger descreveu uma perturbação semelhante à descrita por Kanner, designando-a na altura por *Psicopatia Autística*, sendo esta caracterizada por alterações no comportamento social de 4 casos de crianças estudados por Asperger (Martins, Fernandes e Palha, 2000). Apesar dos estudos de Kanner e Asperger terem sido desenvolvidos em separado apresentavam características comuns ao nível das dificuldades relacionais e comportamentos das crianças, diferindo apenas os estudos de Asperger ao nível das capacidades linguísticas, pois as crianças observadas apresentavam um discurso fluente e bastante original (Marques, 2000).

No final dos anos 70, Wing, Hermelin e O'Connor citados por Marques (2000) verificou-se a existência, em todas as pessoas com características autistas, de uma tríade de incapacidades, que se manifestava por incapacidades no âmbito da socialização, da comunicação (verbal e não-verbal) e da imaginação (actividades lúdicas e imaginativas). Este estudo epidemiológico permitiu concluir a existência da "Tríade de Lorna Wing" que agrupava as características específicas desta perturbação nos três sintomas acima referidos (Choto, 2007).

Estudando as diferenças na interacção social destas crianças, Wing começa a utilizar, em 1981 o termo "Síndrome de Asperger" (Martins, Fernandes e Palha, 2000), introduzindo posteriormente, em 1988 o conceito de "Espectro do Autismo" atendendo à variabilidade de comportamentos desta perturbação (Marques, 2000).

1.1. Diagnóstico

Mais abrangente que o termo autismo, a designação de perturbações do espectro refere-se tanto a variantes como a expressões parciais de uma dada perturbação, neste caso o autismo.

Embora a detecção da Perturbação Autista não seja difícil, o diagnóstico das variantes das perturbações do espectro exige especial atenção (Ozonoff & Rogers, 2003), pelo que me parece importante explorar as possibilidades de diagnóstico das mesmas.

Actualmente autores como Stone et al. (1999) e Teitelbaum et al. (1998) citados por Ozonoff & Rogers (2003) afirmam a possibilidade de diagnosticar o autismo, através de entrevistas de diagnóstico estruturadas e métodos de observação sofisticados, em idades inferiores aos 2 ou 3 anos. No entanto, o diagnóstico é feito maioritariamente nestas idades, em grande parte devido a facto de esta ser a idade em que se manifestam os sintomas clássicos. Também em Portugal após a detecção dos

mesmos a criança é encaminhada e avaliada essencialmente segundo os dois sistemas de diagnóstico mais utilizados: o DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (APA, 1994) e o ICD-10 – *International Classification of Diseases* (OMS, 1993).

Segundo o DSM-IV (APA, 1994), as Perturbações do Espectro do Autismo enquadram-se nas perturbações que aparecem na primeira e na segunda infância, atendendo à idade onde se verificam os primeiros sintomas. São consideradas Perturbações Globais do Desenvolvimento pois verificam-se défices em diversas áreas do desenvolvimento (comunicação, interação social e comportamento) e incluem cinco diagnósticos específicos: a Perturbação Autística, a Perturbação de Asperger, a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

Neste estudo irei caracterizar apenas a Perturbação Autista e a Perturbação de Asperger, uma vez que os casos apresentados preenchem os critérios destes dois diagnósticos.

A Perturbação Autista caracteriza-se por um acentuado défice no domínio social, nomeadamente no estabelecimento de uma interação recíproca e no uso de múltiplos comportamentos não-verbais (como contacto visual, expressão facial, gestos, postura corporal e proxémia) que regulam a interação social e comunicação (Marques, 2000). Este défice traduz-se muitas vezes na dificuldade em olhar os outros, em saber quão próximo dos outros se deve manter e na entoação ou qualidade de voz por vezes invulgares nestas crianças. Normalmente, estas crianças apresentam limitações na reciprocidade social ou emocional, não respondendo nem se mostrando conscientes dos outros, e revelando dificuldades em perceber os estados emocionais dos outros. Estas crianças têm dificuldade no estabelecimento de relações com os pares, observando-se uma ausência de brincadeiras adequadas ao nível de desenvolvimento, verificando-se um interesse reduzido em jogos sociais ou em jogos imitativos com brinquedos e notando-se o uso dos mesmos de forma concreta em vez de brincar com eles (APA, 1994).

Os défices de comunicação incluem geralmente atraso ou ausência do desenvolvimento da linguagem oral, por exemplo não usam palavras para comunicar aos 2 anos de idade, não proferem frases simples aos 3 anos e manifestam após o desenvolvimento do discurso, uma gramática imatura e com erros repetitivos. Estas crianças têm dificuldade em iniciar ou manter uma conversação, podendo recorrer ao monólogo e à resposta com perguntas directas. Apresentam por vezes uma linguagem idiossincrática ou repetitiva, pautada por uma inversão pronomial e usando a ecolália ou repetindo palavras a partir de vídeos, livros ou anúncios publicitários fora de contexto (Saad & Golfeld, 2009). Por vezes recorrem ao uso de palavras ou frases criadas por si das quais apenas a criança conhece o significado (pseudo-palavras) (Assumpção, 1997; Batista & Bosa, 2002; Rutter et al., 1996 citados por Schmidt & Bosa, 2003).

O padrão de comportamentos, interesses e actividades são restritos e repetitivos notando-se interesses absorventes e invulgares e dificuldade em abandonar tarefas ou assuntos, interferindo com outras actividades quotidianas. Verifica-se também uma insistência intransigente em seguir rotinas habituais que muitas vezes não são funcionais, ficando a criança facilmente perturbada por alterações mínimas da rotina e demonstrando a necessidade de ser avisada antecipadamente de quaisquer alterações.

A nível comportamental observam-se movimentos corporais estereotipados ou maneirismos motores repetitivos, por exemplo, abanar as mãos quando está excitado ou preocupado, assumir posturas bizarras com as mãos e rodar ou balançar o corpo durante longos períodos ou caminhar e/ou correr nas pontas dos pés.

Para preencher os critérios de Perturbação Autista segundo o DSM-IV, devem verificar-se no mínimo 6 aspectos dos acima citados, situando-se pelo menos dois na área social e um em cada uma das áreas da comunicação e dos comportamentos e interesses. Pelo menos um dos quais deve ser manifesto antes dos 36 meses de idade (APA, 1994).

A Perturbação de Asperger, tem em comum com a Perturbação Autista, os défices no domínio social e comportamental, verificando-se o preenchimento dos mesmos critérios para diagnóstico. No entanto, as capacidades de linguagem, o desenvolvimento cognitivo, as capacidades relativas aos auto-cuidados e a curiosidade pelo ambiente circundante não apresentam défices, como se verifica na Perturbação Autista, o que permite efectuar um diagnóstico diferencial entre as duas Perturbações. As crianças com Perturbação de Asperger tendem a falar em monólogo, a ter interesses circunscritos e intensos, verificando-se também em muitos casos dificuldades na coordenação motora (Klin, 2006).

Para se proceder a um diagnóstico diferencial face às restantes Perturbações Globais do desenvolvimento ou outras perturbações que aparecem na primeira e na segunda infância ou na adolescência, é ainda importante atender ao facto de se verificarem períodos de regressão do desenvolvimento mais graves e prolongados que os observados em crianças com desenvolvimento normal. É neste ponto que a Perturbação Autista difere da Perturbação de Rett, uma vez que as dificuldades na interacção social durante os anos pré-escolares, embora semelhantes à Perturbação Autista são transitórias. Esta Perturbação foi apenas diagnosticada em elementos do sexo feminino, e os seus principais défices verificam-se essencialmente ao nível motor: má coordenação, desaceleramento do crescimento craniano e perda de competências manuais (APA, 1994).

Na Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância observa-se uma grave regressão no desenvolvimento após, pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal da criança, sendo que na Perturbação Autista, embora o diagnóstico seja muitas vezes conclusivo apenas aos 3 anos de idade, já se verificavam anomalias no desenvolvimento no primeiro ano de vida. Também o diagnóstico de Esquizofrenia se verifica apenas após anos de desenvolvimento normal (APA, 1994).

Em casos de Mutismo Selectivo e na Perturbação da Linguagem Expressiva e na Perturbação Mista da Linguagem Receptiva-Expressiva verifica-se que a criança, apesar das dificuldades na comunicação ou linguagem, nos últimos dois casos referidos, não apresenta dificuldades ao nível da interacção social nem nos padrões de comportamento, como é observável na Perturbação Autista (APA, 1994).

1.2. Epidemiologia

Muitas foram as investigações que se debruçaram sobre que factores estariam na génese das Perturbações do Espectro do Autismo. Embora actualmente a maioria das teorias defendam uma causa biológica para esta perturbação, muitas outras se organizam desde a década de 40 (Assumpção Jr & Pimentel, 2000).

1.2.1. Teorias Psicogénicas

Uma das primeiras teorias explicativas das causas das PEA revela uma forte influência das teorias psicanalíticas. Apesar de inicialmente Kanner sugerir a hipótese genética para o autismo (Kanner, 1943 citado por Marques, 2000), defendendo a incapacidade inata destas crianças para se comportarem adequadamente face ao contacto afectivo com os outros, com o decorrer das suas investigações pareceu afastar-se desta ideia inicial, sugerindo que as características desta perturbação se deviam à frieza emocional, rigidez e perfeccionismo dos pais, considerando o autismo uma perturbação emocional (Kanner, 1954 citado por Marques, 2000). Esta opinião era suportada pela afirmação de que as competências cognitivas e linguísticas, o desenvolvimento motor das crianças com autismo eram essencialmente normais e que os défices nestas áreas eram fruto do seu profundo isolamento social (Wing, 1997 citado por Marques, 2000), argumento sustentado pela ausência de alterações neurológicas (Happé, 1994 citado pelo mesmo autor).

Nas décadas de 50 e 60 outros autores continuaram a desenvolver estudos nesta área, atribuindo a esta Perturbação uma causa ambiental: assumindo o Autismo como uma resposta a uma relação parental fria e mecânica (Eisenberg e Kanner, 1956; Kozloff, 1973 citado por Marques, 2000), alegando uma escassa estimulação da criança, rejeição por parte dos pais ou existência de interacções desviantes no contexto familiar que originariam conflitos intrapsíquicos na criança (Boatman e Suzek, 1960; Bettelheim, 1967 citado por Marques, 2000). Estas linhas de pensamento refugiavam-se em teorias psicanalíticas que afirmavam os traumas emocionais como estando na génese das perturbações psíquicas, atribuindo a causa do autismo a posturas negligentes e atitudes de maus-tratos, principalmente da mãe (Trevarthen et al., 1996 citado por Dinis, 2006).

Mais tarde, Kanner viria a abandonar esta tese, por verificar que em algumas crianças os sintomas se verificavam desde a nascença, por outro lado numa mesma família existia irmãos sem Perturbação Autista e coerentemente com os relatos que surgiram em meados da década de 70 observou casos de crianças maltratadas e

negligenciadas que não apresentavam um quadro de autismo. Através de diversos estudos sobre a relação parental em famílias com crianças autistas verificou-se que o nível sócio-económico, a etnia ou o tipo de família em nada influenciavam o aparecimento desta Perturbação (Clark & Clark, 1976; Happé, 1994 citados por Marques, 2000).

1.2.2. Teorias Psicológicas

Alguns estudos revelam ainda que nestas crianças os défices ao nível da percepção e atenção parecem evidenciar-se mais a nível da resposta (inconscientes ou dirigidas a uma estimulação ambiental) ao meio que a nível receptivo (Amy, 2001).

Explorando a relação do indivíduo com autismo e o meio, Gibson desenvolveu a teoria ecologista da percepção/acção que explicaria a Perturbação Autística como uma dificuldade no estabelecimento do contacto com o meio. Para Gibson, a percepção guia o sujeito para a acção e esta permite-lhe o estabelecimento da percepção e afectos. As oportunidades de aceder ao ambiente (percepção e acção), bem como ao significado funcional de objectos, situações ou pessoas são designadas por *affordances* e podem ocorrer mesmo sem informação verbal. No autismo verifica-se, segundo o autor um défice na relação pessoa/ambiente, explicando desta forma as dificuldades sentidas pelas pessoas com autismo em perceber os estados emocionais dos outros, as situações sociais, em monitorizar o próprio comportamento e adaptar-se socialmente (Loveland et al., 2001). Neste sentido, é aceite uma causalidade neurológica, explicável por um défice ao nível do sistema nervoso central e periférico.

A partir da década de 60 os estudos neste campo começaram a incidir sobre os défices cognitivos associados a esta perturbação, verificando-se que as anomalias cognitivas e linguísticas observadas evidenciavam que as crianças autistas tinham mais do que uma incapacidade secundária. Para Rimland (1964) citado por Marques (2000) a Perturbação Autista era explicada por uma incapacidade na associação dos estímulos recebidos com memórias de experiências anteriores. Neste sentido e segundo Hermelin & O'Connor (1970) citados pelo mesmo autor, estas crianças procediam ao armazenamento das informações verbais sem uma análise que permitisse efectuar uma reestruturação e atribuição de significado, o que explicaria os seus défices ao nível da linguagem e interacção social (Happé, 1994 citado por Marques, 2000). Emerge com Rutter (1974,1978) citados por Marques (2000) a hipótese de existir uma perturbação do desenvolvimento da linguagem associada a um défice cognitivo específico que justificariam a perturbação autista.

Em 1985 surgiu a “Teoria da Mente”, uma teoria psicológica de Uta Frith, Alan Leslie e Simon Baron Cohen, que sugeria que a tríade de incapacidades comportamentais presentes na Perturbação Autista era resultante da dificuldade na competência humana fundamental de “ler a mente dos outros”, o que impossibilitaria as pessoas com estas perturbações de prever e explicar acções, bem como justificaria a sua dificuldade na atribuição de estados mentais independentes a si e aos outros,

preconizando a existência de uma falha na “metacognição” (Premack & Woodruff, 1978 citados por Marques, 2000). Como mecanismo responsável por pensar acerca do pensamento, a “metacognição” é uma competência que permite compreender os estados mentais dos outros incluindo pensamentos desejos e crenças, e onde se verifica um atraso no desenvolvimento da mesma em crianças com autismo (Happé, 1994 citado por Marques, 2000).

Baseando-se na teoria cognitiva, a Teoria da Mente explica que este processo evolutivo se inicia desde o nascimento com aprendizagens como a imitação de expressões faciais e da orientação através de vozes. Posteriormente a criança começaria a desenvolver acções de mover e agarrar objectos, começando por volta dos 2 anos a compreender e interpretar as emoções dos outros, a linguagem e comunicação. Neste momento inicial da vida da criança que se estenderia até aos 4 anos de idade, a criança desenvolveria pois uma componente social-perceptiva. Num segundo momento, a partir dos 4 anos, a criança desenvolveria uma componente social-cognitiva ligada ao desenvolvimento da memória e da linguagem que decorreria até à adolescência (Flusberg, 2001 citado por Dinis, 2006).

Segundo Leslie (1987) citada por Marques (2000) a “metacognição” implica a utilização de metarepresentações, isto é, representações de segunda ordem que permitem pensar acerca do que os outros pensam. Neste sentido, uma falha a este nível explicaria a incapacidades de pessoas com PEA em aspectos como a auto-consciência, do jogo simbólico, no discurso pragmático e na partilha de atenção o que resultaria em graves alterações nas relações interpessoais (Happé, 1994 citado por Marques, 2000). Esta teoria afirmaria como estando comprometidos, comportamentos sociais que requerem mentalização, mantendo-se inalterados comportamentos baseados no comportamento observável, sendo que também não prediz défices fundamentais quando a linguagem é utilizada como um código, surgindo apenas dificuldades quando estes indivíduos a utilizam na tradução de pensamentos ou quando esta exige uma compreensão com expressão ou significado (Marques, 2000).

Segundo a perspectiva que apela à importância da função executiva para as dificuldades do autismo, o défice na mentalização explicaria em parte uma incapacidade global no processamento da informação (Sigman & Capps, 1997 citados por Marques, 2000). Através de estudos de Ozonoff e colegas (1991; 1994) ao nível da função executiva, constatou-se que os défices desta função e da teoria da mente eram mais expressivos no grupo de sujeitos com autismo, verificando-se a existência de um possível limite ou tecto até onde a competências relativas à teoria da mente poderiam ser desenvolvidas em autistas. Verifica-se uma coerência com as hipóteses colocadas por Bowler e Rutter (1993 citados por Marques, 2000) que argumentavam que apesar do elevado funcionamento cognitivo de alguns indivíduos com autismo e da capacidade de desenvolvimento evolutivo de competências ao nível da mentalização e da função executiva, mantinham-se défices significativos em situações naturalistas que exigiam capacidades de metarepresentação (Marques, 2000).

1.2.3. Teorias Biológicas

Investigações actuais parecem reforçar que os indícios presentes nesta perturbação apontam para uma origem neurológica ou mesmo genética de base, abandonando os argumentos psicogénicos. Estudos que apoiam esta hipótese de autores como Ganglione, Patti & Polopoli (2002), Klin & Volkmar (1999) e Rutter (1990 citados por Ozonoff & Rogers, 2003) nomeiam argumentos que suportam a origem genética do autismo e que se referem a uma maior prevalência da Perturbação em sujeitos do sexo masculino, a uma transmissão genética ainda não identificada nestas famílias (com crianças com PEA) que não se verifica noutras (sem PEA), a superior taxa de concordância de autismo em gémeos monozigóticos face a gémeos dizigóticos, o risco de ocorrência de autismo após o nascimento de uma criança com autismo excede a população geral (3% - 8%) e a associação a uma variedade de anomalias genéticas como o X frágil e a Esclerose tuberosa (Gadia, Tuchman & Rotta, 2004).

Seguindo este último argumento Rimland em 1964 e Rutter em 1970 (citados por Marques, 2000), desenvolveram alguns estudos que evidenciaram o papel da componente genética no autismo, verificando associações com uma enorme variedade de distúrbios biológicos como a paralisia cerebral, rubéola pré-natal, toxoplasmose, infecções por citomegalovirus, encefalopatia, esclerose tuberosa, meningite, hemorragia cerebral, fenilcetonúria e vários tipos de epilepsia (Ornitz, 1983; Gillberg, 1989 citados por Marques, 2000).

Ao nível da neuropatologia, neuroimagiologia e neuropsicologia, os estudos têm evidenciado diferenças cerebrais estruturais e funcionais nas pessoas com autismo. Alguns estudos afirmam a existência de um fenótipo neuropsicológico específico que envolve défices especiais da cognição social, do funcionamento executivo e do raciocínio abstracto nas pessoas com PEA (Baron-cohen et al, 1999^a, Happe e Frith, 1996, Minshew et al, 1997, Ozonoff et al, 1994 citados por Ozonoff & Rogers, 2003). Outros estudos revelam a existência de uma anatomia anormal nestes sujeitos nas estruturas relacionadas com as funções emocionais, referindo a existência de neurónios compactos e densos na amígdala e hipocampo assim como a existência de neurónios mais pequenos que o normal (Kemper & Bauma, 1994 citado por Marques, 2000). Além de danos no sistema límbico, verificaram-se ainda implicações de regiões cerebrais como as estruturas temporais medianas, o sistema frontostriatal e o cerebelo (Bailey et al, 1998^a, Courchesne et al, 1988, Kemper e Bauman, 1993, Piven et al, 1990, Rodier, 2002 citados por Ozonoff & Rogers, 2003). Nesta linha de investigação os neurologistas identificaram um vasto número de perturbações nas crianças com autismo que podem ser atribuídas a mal formações do neocortex, gânglios basais e outras estruturas (Trevasrththen & Aitken, 1996 citados por Marques, 2000). Com base nestas constatações parece existir uma unanimidade na aceitação de que o autismo resulta de uma perturbação de determinadas áreas do sistema nervoso central, que afectam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual com a capacidade de estabelecer relações (Marques, 2000).

As investigações bioquímicas relacionadas com o autismo, enfatizam ainda que o excesso ou défice de neurotransmissores pode explicar as alterações do comportamento observadas em pessoas com PEA. A anomalia bioquímica mais relatada nestes casos refere-se ao nível da serotonina, apresentando 40% destes sujeitos, níveis mais elevados de serotonina no sangue. A serotonina é um neurotransmissor do Sistema Nervoso Central e a sua função encontra-se relacionada com a temperatura corporal, o medo, a percepção sensorial, o sono, a actividade sexual, a função motora, a regulação endócrina, o apetite, a aprendizagem, a memória e a resposta imunológica. Em crianças com um desenvolvimento normal verifica-se uma diminuição dos níveis de serotonina com o avançar da idade, no entanto esta descida não se observa em crianças com PEA, o que justificaria algumas alterações comportamentais, emocionais e cognitivas nestas crianças (Young, 1982 citado por Marques, 2000).

Na maioria dos casos o autismo, e para autores como Trevarthen (1996 citado por Marques, 2000) parece ser um distúrbio evolutivo do desenvolvimento da função cerebral com uma origem presumivelmente intra-uterina, podendo ser originada por inúmeras causas, tais como factores genéticos, infecções por vírus, complicações pré ou peri-natais ou outras causas ainda não identificadas, que comprometem a adequada formação cerebral. Devido ao período de ocorrência, particularmente importante na formação, multiplicação e migração celular, que apresenta consequências futuras no desenvolvimento das conexões nervosas, esta perturbação apresenta uma vastidão de danos.

Actualmente considera-se evidente que existe um defeito congénito no sistema nervoso central que aparenta ter efeitos imediatos e permanentes nos aspectos sócio-emocionais do comportamento, do sistema sensorial e motor, e defeitos linguísticos característicos da síndrome autista, pelo que os factores genéticos parecem desempenhar assim um papel determinante no desenvolvimento do autismo (Bayley et al, 1995; International molecular genetic study of autism consortium, 2001 citados por Ozonoff & Rogers, 2003).

Embora a taxa de prevalência tenha vindo a sofrer oscilações decorrentes de alterações de perspectivas acerca da etiologia desta perturbação, de uma maior sensibilidade no diagnóstico do autismo e de um crescente desenvolvimento de instrumentos de diagnósticos mais precisos, estima-se actualmente que 1 em cada 100 crianças apresentem uma das Perturbações do Desenvolvimento englobadas no Espectro do Autismo (Wing, 1996 citada por Marques, 2000). Verifica-se no entanto que este número tende a aumentar, atendendo aos estudos de Wing em 1982 e Gillberg em 1984 (citados por Marques, 2000) que apontam para uma prevalência de 4 a 6 casos de autismo em cada 10 000 indivíduos.

Em Portugal, estudos epidemiológicos de Oliveira et al (2007) concluem que a prevalência estimada para Portugal seja de 10 casos em cada 10 000 crianças, tendo verificado também a existência de variações locais na prevalência sugerindo que

características genéticas da população e factores ambientais regionais possam contribuir para a discrepância observada.

Ao nível da incidência das Perturbações do Espectro do Autismo, tanto nos estudos mais antigos (Lotter, 1966 citado por Araújo, 2008) aos mais recentes (Fombonne, 2005 citado por Araújo, 2008), o sexo masculino apresentou sempre uma incidência maior que o sexo feminino, sendo que a Perturbação Autista é 5 vezes mais frequente nos homens (APA, 1994).

1.3. Evolução

O diagnóstico de Perturbação Autista ou Perturbação de Asperger pressupõe que os sintomas surjam antes dos 3 anos de idade, sendo que a maioria das crianças, nos dois primeiros anos de vida começa a manifestar anomalias nos comportamentos sociais-comunicativos precoces. Segundo Kurita (1985) citado por Ozonoff & Rogers (2003) em algumas crianças com diagnóstico de autismo verificou-se um período de desenvolvimento aparentemente normal, seguindo-se depois um período de perda de capacidades sociais e de comunicação e sociais. Este período de regressão ocorre habitualmente entre os 12 e os 24 meses de idade, podendo ocorrer após os dois anos de idade (Werner e Munson, 2001 citado por Ozonoff & Rogers, 2003). Embora ainda não se conheça o que causa esta regressão, alguns autores avançam a possibilidade de ocorrerem complicações advindas de uma infecção precoce, da influência da vacinação ou a acção genética manifestada tardiamente (Lainhart & Fulstein, 1994).

Após o início do autismo e na idade pré-escolar verifica-se um aumento de comportamentos repetitivos e estereotipados, que parecem estabilizar e declinar durante a idade escolar.

As Perturbações do Espectro do Autismo podem apresentar ao longo do desenvolvimento da pessoa uma variedade de sintomas comportamentais e tem muitas vezes associadas outras perturbações de neurodesenvolvimento. Maioritariamente a Perturbação Autista está associada a casos de deficiência mental, variando de moderada a grave, que se manifesta com maior gravidade em mulheres com esta Perturbação (Chakrabarti e Fombonne, 2001, Honda et al, 1996 citados por Ozonoff & Rogers, 2003).

Em alguns casos de Perturbação Autista observam-se sintomas neurológicos por vezes associados a doença neurológica ou a outro estado físico geral como o Síndrome de X frágil, observável em 2%- 8% dos rapazes com autismo (Bailey et al., 1993; Brown et al., 1986; Gillberg, 1993; Li et al., 1993; Wassink et al., 2001 citados por Hansen & Hagerman, 2003), representando o Síndrome de X frágil 30% das causas de deficiência mental associada ao cromossoma X, pelo que quando as crianças apresentam um diagnóstico de autismo e/ou deficiência mental deverá ser realizada uma despistagem da presença deste Síndrome.

A associação entre Esclerose Tuberosa e Autismo verificou-se em 24% e 61% dos sujeitos, sendo que estes valores aumentam quando nos referimos a qualquer uma

das formas de Perturbação do Espectro do Autismo para 43%-86% (Gillberg et al., 1994; Hunt & Shepherd, 1993 citados por Hansen & Hagerman, 2003).

Segundo alguns estudos verifica-se a presença de outras perturbações associadas à Perturbação Autista como o Síndrome de Gilles de la Tourette (Baron-Cohen et al, 1999b; Burd et al, 1986, Marriage et al, 1993, Sverd, 1991, Sverd et al 1993 citados por Ozonoff & Rogers, 2003), a Perturbação da Hiperactividade e Défice de Atenção (Ghaziuddin et al, 1992, Jaselskis et al, 1992 citados pelos mesmos autores), e o desenvolvimento da esquizofrenia na adolescência e idade adulta (Petty et al, 1984; Sverd et al, 1993, Volkmar e Cohen, 1991 citados pelos mesmos autores).

Segundo o DSM-IV estas crianças podem ainda apresentar alguns sinais comportamentais como hiperactividade, restrições ao nível da capacidade de atenção, impulsividade, agressividade, comportamentos de auto-agressão e birras muito frequentes (APA, 1994). Na maioria dos casos existe também uma alteração nas respostas a estímulos sensoriais, como a hiper ou hipo-sensibilidade a estímulos auditivos, visuais ou olfactivos. Podem também ocorrer anomalias ao nível alimentar que se traduzem em restrições alimentares ou ainda pica (pela ingestão de substâncias não comestíveis) (Marques, 2000). Verificam-se também, nestas crianças o aparecimento de sintomas de ansiedade (Kim et al, 2000, Muris et al, 1998 citados por Ozonoff & Rogers, 2003), a perturbações do humor (depressão e mania) (Lainhart & Folstein, 1994; Wozniak et al, 1997 citados pelos mesmos autores).

Analisando os sintomas apresentados sobre o comportamento, emoção e cognição destas crianças, surgiram diversos estudos que incidiram sobre os factores neurobioquímicos que podem estar na génese das alterações verificadas nestas crianças. Estudos de Tinbergen & Tinbergen (1985) referem existir um bloqueio da serotonina nestas crianças, sendo este um argumento justificativo dos sintomas acima citados apresentados por estas crianças, uma vez que 40% destas crianças apresenta níveis elevados de serotonina no sangue. Através de técnicas como Scanner de Raio X, Imagiologia por Ressonância Magnética, e Imagiologia por Ressonância Magnética Funcional, Tomografia por emissão, Método Anátomo-Clinico moderno, Electroencefalografia e magnetoencefalografia (Tharp, 2003) investigaram-se algumas disfunções que podem estar associadas às PEA, justificando os sintomas apresentados, tendo-se concluído que o Autismo é uma Perturbação Cerebral Orgânica (Ozonoff & Rogers, 2003), verificando-se a existência de défices ao nível do sistema límbico (especificamente no hipocampo e amígdala), bem como no lobo frontal, temporal, neocortex, ganglia basal, no tronco cerebral e septo e cerebelo nomeadamente das células Purkinje especialmente (Tharp, 2003).

Tal como Kanner já havia verificado parece existir uma associação entre macrocefalia e autismo, que refere a macrocefalia como a característica física mais concordante na Perturbação Autista e os estudos de Leon & Lewis (1997 citados Dinis, 2006) que referiram que 25% das crianças com autismo possuem o cerebelo 30% menor que pessoas sem PEA.

Ao longo da vida das pessoas com Perturbações do Espectro do Autismo verifica-se uma evolução global positiva em todas as áreas deficitárias, embora a maioria dos estudos revelem a permanência de algumas dificuldades sociais, reduzidas taxas de independência de vida, de casamento e de emprego a tempo inteiro não sustentado (Gillberg, 1991, Howlin e Goode, 1998, Rumsey et al, 1985 citado por Ozonoff & Rogers, 2003, APA, 1004). Os autores são unânimes quanto à importância de um diagnóstico e intervenção o mais precoces possível, como determinante de uma evolução positiva destas pessoas.

1.4. Avaliação

A avaliação clínica das crianças com autismo decorre em dois grandes momentos. Num momento inicial procede-se a uma tentativa de delimitar um diagnóstico preciso da perturbação, realizando um diagnóstico diferencial face a outras perturbações. Num segundo momento avalia-se as competências e necessidades da criança de forma a delinear uma intervenção eficaz. Atendendo ao facto de que o diagnóstico das Perturbações do Espectro do Autismo ser ainda discutível e apresentar limitações e sintomas em áreas distintas, a avaliação clínica da criança deverá ser realizada por uma equipa multidisciplinar experiente (Marques, 2000).

Quando não existem dados fisiológicos consistentes, o diagnóstico é feito com base no comportamento e características apresentados pela criança, recorrendo a diversos instrumentos de diagnóstico e avaliação que permitam um adequado conhecimento do sujeito e uma optimização das suas potencialidades (Marques, 2000).

A avaliação da criança com PEA atende uma avaliação de diversos aspectos como a capacidade intelectual e o funcionamento adaptativo, os problemas sociais, comportamentais e de comunicação, a capacidade de aprendizagem e de resolver problemas e as possíveis limitações e competências a nível neuropsicológico (Goodlin-Jones & Solomon, 2003).

Para diagnosticar as Perturbações do Espectro do Autismo podemos referir o DSM-IV ou no ICD-10 que através da definição de critérios tornou mais simplificado, rápido e universal a identificação e diagnóstico destas perturbações. De acordo com os critérios destes manuais muitos questionários e checklists foram sendo desenvolvidos para a avaliação psicológica e comportamental das crianças com PEA, com o objectivo de permitir uma maior especificação da situação de cada criança (Marques, 2000).

1.4.1. Autism Behaviour Checklist (ABC)

Uma das referidas checklists, que se mostrou útil pela validade de conteúdo, consistência interna e validade discriminativa demonstradas, foi a *Autism Behaviour Checklist* (ABC) de Krug, Arick e Almond que permite fazer a triagem de crianças das quais se suspeita que tenham esta perturbação, contribuindo para o diagnóstico diferencial e para referenciar algumas crianças para uma intervenção educacional.

As propriedades psicométricas do ABC foram investigadas e avaliadas durante alguns anos, tendo a estandardização deste instrumento ocorrido em três passos:

- foram seleccionados os comportamentos atípicos mais frequentemente apresentados por pacientes com autismo de outras escolas usando o diagnóstico do autismo;
- foi enviada uma lista de comportamentos a profissionais experientes na área do autismo, que a devolveram após modificarem e excluírem comportamentos da lista;
- o questionário foi modificado e enviado a 3000 profissionais na área da educação especial, a quem pediram para aplicar a escala através da observação das crianças, identificando-as por género, idade, diagnóstico e onde viviam.

A análise final da ABC baseou-se em 1049 checklists completas de indivíduos com autismo e com idades compreendidas entre os 18 meses e aos 35 anos, sendo correlacionados os seus comportamentos com a perturbação.

A versão final da ABC conta com 57 comportamentos atípicos relatados em 5 áreas: estimulação sensorial; relacionamento; uso do corpo e dos objectos; linguagem; e desenvolvimento pessoal e social. Os valores dos comportamentos identificados são totalizados por área e estes são somados num valor total. Os autores propõem que crianças com valores totais superiores a 68 pontos deverão ser classificadas como autistas. Valores entre os 54 e 67 pontos representam uma probabilidade moderada de ter autismo e valores entre os 47 e 53 são consideradas inconclusivos. Abaixo dos 47 pontos a criança não é considerada como autista (Marteleto, & Pedromônico, 2005).

De aplicação fácil e baixo custo tem contribuído para que seja usada por profissionais da saúde em vários países, em investigação e na prática clínica (Fernandes & Miilher, 2009).

1.4.2. Childhood Autism Rating Scale (CARS)

A *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) foi desenvolvida por Schopler Reichler, DeVillis e Kock com base na conceptualização clássica de Kanner e da definição de autismo da NAS (National Autistic Society, U. K.). Consiste em 15 itens que abarcam diferentes áreas: relação com as pessoas; resposta emocional; imitação; movimento do corpo, utilização de objectos, adaptação à mudança; resposta visual; resposta ao som; resposta ao paladar, cheiro e tacto; medo ou ansiedade; comunicação verbal; comunicação não-verbal; nível de actividade; nível de consistência da resposta intelectual; impressão global. Existe um contínuo de 7 resultados para cada um dos 15 itens, desde o normal à anomalia severa do comportamento, sendo que o resultado depende da idade da criança, das peculiaridades, frequência, intensidade de cada comportamento. A sua aplicação baseia-se na observação directa da criança com autismo. O resultado final divide-se em três categorias: não autismo, autismo moderado e autismo severo (Marques, 2000). Embora seja relativamente usada como instrumento para obter informações dos pais foi desenvolvida como instrumento para classificar o comportamento observado durante a avaliação do desenvolvimento (Ozonoff, Rogers, & Hendren, 2003).

1.4.3. Psicoeducational Profile Revisto (PEP-R)

O PEP-R é um instrumento que permite avaliar as áreas educativas em que a criança apresenta maiores dificuldades, fornecendo informação acerca do nível de funcionamento em diversas áreas do desenvolvimento atendendo às suas capacidades emergentes, passíveis de evolução quando estimuladas. Desta forma é possível depois delinear um Programa Educativo para a criança (Carvalho & Onofre, 2006).

Este instrumento foi construído por Schopler & Reichler (1976 citados por Santos & Sousa, s/d) atendendo a criança numa perspectiva desenvolvimentista. Neste sentido, assume-se a existência de um desenvolvimento discordante inter e intra-áreas nestas crianças, pelo que seria importante conhecer onde residiam os maiores défices e potenciais. A intervenção e o tratamento surgiria das características da criança e das perspectivas da família.

Enquanto inventário de comportamentos e competências que visam identificar diferentes modelos de aprendizagem de crianças entre os 6 e os 12 anos, com nível educativo pré-escolar, permite elaborar um diagnóstico psicopatológico onde identifica o grau de perturbação em áreas como: a linguagem, o afecto, a relação, cooperação e interesse pelos outros, jogos e interesses materiais e modalidades sensitivas. No âmbito funcional avalia áreas como: a motricidade fina e global, a percepção, a imitação, a integração óculo-manual, as competências cognitivas e a cognição verbal (Lippi, 2005; Marques, 1998; Assumpção e Pimentel, 2000 citados por Santos e Sousa, s/d). O examinador apresenta um conjunto de brinquedos e jogos à criança, observando, avaliando e registando em 7 escalas de desenvolvimento e patologia, as respostas.

O contributo deste instrumento para a avaliação destas crianças reveste-se de particular importância, ao permitir traçar o nível emergente em cada área e não apenas o que a criança consegue ou não realizar (Marques, 1998 citado por Santos & Sousa, s/d).

1.4.4. Outras medidas diagnósticas

Reforçando a pertinência da observação do comportamento da criança e a entrevista aos pais, muitos outros instrumentos têm vindo a ser desenvolvidos no âmbito da avaliação das PEA (Filipek et al., 1999, 2000; Volkmar et al., 1999 citados por Goodlin-Jones & Solomon, 2003). Neste contexto podemos referir o *Autism Diagnostic Interview – Revised* (ADI-R) e o *Autism Diagnostic Observation Schedule - Generic* (ADOS-G) (Lord et al., 1994, 2000 citado por Goodlin-Jones & Solomon, 2003).

O ADI-R é um instrumento que permite realizar uma entrevista semi-estruturada aos pais, baseando-se nos critérios de diagnóstico constantes no DSM-IV e na ICD-10 (Hus et al., 2007), possuindo um algoritmo de diagnóstico e pontos de corte para a

perturbação autista (Frazier et al., 2008). Apesar de possuir boas qualidades psicométricas, apresenta limitações referentes à pouca sensibilidade a diferenças entre crianças que possuam um QI abaixo dos 20 ou IM abaixo dos 20 meses (Cox et al., 1999 & Lord, 1995 citados por Goodlin-Jones & Solomon, 2003), não avalia alterações através de administrações repetidas ao longo do desenvolvimento da criança (Arnold et al., 2000 citados por Goodlin-Jones & Solomon, 2003), por último não se mostra tão útil quando não existe um informador que conheça o desenvolvimento precoce da criança.

O ADOS-G é um instrumento interactivo semi-estruturado, administrável a crianças, adolescentes ou adultos com PEA, sendo constituído por 4 módulos diferentes e graduados referentes à linguagem e ao desenvolvimento. O módulo 1 e 2 avaliam o interesse social, jogos simbólicos, comportamentos comunicativos e comportamentos atípicos em crianças com idades inferiores. Para idades superiores e que revelem mais competências aplicam-se os módulos 3 e 4 avaliando a reciprocidade da conversação, empatia, sentido crítico nas relações sociais e interesses específicos. Leva aproximadamente 30 a 45 minutos a aplicar, tornando a aplicação menos longa que a aplicação do ADI-R (3 horas para a versão longa e 90 a 120 para a versão abreviada) (Goodlin-Jones & Solomon, 2003).

Baseados no ADI-R surgiram outros questionários e instrumentos como o *Social Communication Questionnaire* (SCQ), que sendo uma entrevista aos pais menos sensível é mais breve, apresentando um formato de respostas, sim/não.

O *Diagnostic Interview of Social and Communication Disorders* (DISCO) apresenta-se como alternativa à ADI-R pois abrange diversos domínios do desenvolvimento (motor, linguagem, imitação, comunicação e autocuidados), tendo como objectivo compilar a história desenvolvimental atendendo a comportamentos típicos e atípicos (Wing et al., 2002 citados por Goodlin-Jones & Solomon, 2003).

O *Screening Tool for Autism in 2-Years-Olds* (STAT) aplica-se a crianças entre os 24 e 35 meses, que avalia interactivamente o jogo simbólico, a atenção conjunta, o comportamento social recíproco, a comunicação e a imitação motora (Stone et al., 2000 citados por Goodlin-Jones & Solomon, 2003).

O *Pervasive Developmental Disorders Screening Test* (PDDST) é aplicável a pais de crianças até aos 36 meses de idade, sendo constituído por 3 estádios para utilização de o médico de cuidados primário, para clínicos especializados em perturbações do desenvolvimento e para utilização por especialistas em PEA (Siegel, 1998 citado por Goodlin-Jones & Solomon, 2003).

A *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) contém duas secções: a primeira visando a entrevista aos pais e a segunda para aplicação à criança, constituindo-se assim como um instrumento de despistagem a ser usado no âmbito dos cuidados primários (Baron-Cohen e tal, 2002 citados por Goodlin-Jones & Solomon, 2003).

Para despistagem da Síndrome de Asperger foram construídos instrumentos como o *Autism Spectrum Screening Questionnaire* (ASSQ), com 27 questões que podem ser respondidas por informantes leigos, embora não diferencie crianças com Síndrome de

Asperger de crianças com perturbação autista com elevado grau de funcionamento (Ehlers et al., 1999 citados por Goodlin-Jones & Solomon, 2003), e a Gilliam Asperger Disorder Scale (GADS) apropriada para sujeitos entre os 5 e os 18 anos e constituída por subescalas que avaliam o desenvolvimento precoce, a interacção social, os padrões de comportamentos restritivos, cognitivos e as capacidades pragmáticas, tendo por base os critérios do DSM-IV (Myles et al., 2001 citados por Goodlin-Jones & Solomon, 2003).

1.5. Intervenção

Só considerando a diversidade dos sintomas presentes em casos de PEA é possível conceber uma intervenção que tem o seu início no diagnóstico e no estudo de caso da criança culminando numa intervenção global e multidisciplinar (Cappelaro, s/d).

Existem vários modelos de intervenção utilizados com crianças com PEA, sendo exemplos disto a Terapia de Activação Corporal e Reciprocidade Emocional (Zappella, 1996 citada por Cappelaro, s/d), a Terapia Cognitiva Integrativa (Erskine, 1996 citado por Cappelaro, s/d), a intervenção psicanalítica e o tratamento das psicoses infantis (Klein, 1971; Mahler, 1972 citados por Cappelaro, s/d), a terapia familiar sistémica (Manghi, 1998 citada por Cappelaro, s/d), a reabilitação expressiva-comunicativa com a música (Alvin, 1968 citado por Cappelaro, s/d), a reabilitação expressiva-corporal com a psicomotricidade (Cazzago, 1984 citado por Cappelaro, s/d), a fonoaudiologia (Borghese, 1990 citado por Cappelaro, s/d), o programa educacional T.E.A.C.C.H. (*Therapy and Education for All Communication Handicapped Children*) (Rutter, Schopler, 2004 citados por Cappelaro, s/d), a abordagem comportamental ABA (Análise Comportamental Aplicada) (Cooper, Heron, Heward, 1987 citados por Cappelaro, s/d) e o T.E.D. (*Therapie d'Echange et Développement*) (Barthelemy et al., 1995 citado por Cappelaro, s/d), entre outros.

As abordagens ao tratamento do autismo incluem intervenções diversas, sendo que podem revestir-se de uma componente mais educacional ou mais terapêutica. Embora existam alguns estudos sobre a eficácia de diferentes intervenções, nenhum chegou a resultados conclusivos acerca da melhor abordagem às PEA. Identificaram, no entanto, características comuns aos tratamentos mais eficazes independentemente do modelo, salientando a importância do desenvolvimento de um trabalho que se inicie o mais precocemente possível, de uma forma intensiva e multidisciplinar e em estreita colaboração com os pais (Mastergeorge et al., 2003).

1.5.1. Intervenção de natureza educacional

Ao nível educacional, os métodos mais comuns são os que se centram no comportamento da criança ou adolescente com PEA (Steinfeld, 2008). Actualmente, podemos referir em Portugal, o uso da metodologia TEACCH - *Therapy and Education for All Communication Handicapped Children* (Schopler, 1994 citado por Vidigal &

Guapo, 2003) e do sistema PECS - The Picture Exchange Communication System (Bondy and Frost, 1994 citados por Mastergeorge et al., 2003).

O modelo TEACCH, criado em 1972 por Schopler, é um programa universitário que assume como conceito chave o ambiente individualizado estruturado, atendendo ao nível de compreensão do aluno, conferindo-lhe maior tranquilidade através de um meio coerente e rotinado, limitando os imprevistos que provocam desorganização e ansiedade no aluno com PEA, e permitindo-lhe responder de forma ordeira a uma estrutura. É o professor que filtra e hierarquiza a informação do meio que a criança não consegue tratar (Schopler, 1997 citado por Vidigal & Guapo, 2003). Para direccionar a atenção do aluno, a metodologia recorre, mais do que à linguagem, a pictogramas inscritos em cartões (Vidigal & Guapo, 2003).

Tendo como filosofia de base a preparação das pessoas com PEA para a integração na vida e o trabalho da forma mais autónoma possível, coloca também uma importante ênfase na ajuda às famílias das pessoas com PEA, de forma a reduzirem os comportamentos mais característicos desta perturbação (Mastergeorge et al., 2003).

Os princípios orientadores desta metodologia remetem para a existência de uma avaliação e intervenção individualizada através da elaboração de um programa de intervenção personalizado, que incide nas competências emergentes e uma abordagem terapêutica de natureza cognitivo-comportamental, que tem por base a estruturação das actividades e dos espaços, com a perspectiva de que um comportamento inadequado pode resultar de um défice subjacente ao nível da percepção ou compreensão. Para otimizar a adaptação da pessoa com PEA através de um melhor ajustamento ao meio e desenvolvimento de competências, pressupõe uma formação “generalista” dos profissionais em estreita colaboração com pais, que dão continuidade às estratégias implementadas em casa (Marques, 2000). Embora esta abordagem enfatize a necessidade de uma estrutura em estádios precoces, existe uma preocupação em introduzir mudanças de forma gradual (Dalley, 1984; Mesibov & Schopler, 1994 citados por Steinfeld, 2008). A avaliação e a observação da pessoa com PEA é contínua e o material utilizado também como forma de comunicação é adaptado. Os objectivos são estabelecidos a curto prazo e incidem sobre a imitação, a motricidade, as competências verbais e sociais, os comportamentos e autonomia, a percepção e linguagem, a afectividade e a relação com os outros e a noção do “eu” (Amy, 2001).

O sistema PECS, descrito por Bondy e Frost (1994), treina a linguagem recorrendo a imagens visuais no contexto do jogo e das actividades sociais (Cohen, 2006 citado por Steinfeld, 2008). Requerendo interacção com a criança, este sistema desenvolve a comunicação através da mudança de imagens, motivando a criança a expressar um pedido escolhendo e mostrando ao adulto a imagem do objecto, que lhe é posteriormente atribuído (Bernard-Opitz, 2005 citado pelo mesmo autor). Desta forma tem como objectivo ensinar à pessoa com PEA a iniciar um pedido e a persistir na

comunicação até que o outro responda (Bondy e Frost, 1994 citados por Mastergeorge et al., 2003).

O modelo *The Development, Individual-Difference, Relationships-Based* (DIR), surge na década de 80 com Greenspan e Wieder (Mastergeorge et al., 2003), que se baseia nas características funcionais de cada criança especificamente, que desenvolve mecanismo de apoio ao desenvolvimento da criança a níveis como a atenção, a atitude gestual, a atracção e relação, a disposição, a resolução de problemas complexos, a comunicação simbólica e o pensamento lógico e abstracto. Atendendo ao potencial neurológico, aos padrões de interacção e ao modelo de família e ambiente da criança, desenvolve categorias básicas como o nível de desenvolvimento funcional, os padrões motores, sensoriais e afectivos e os padrões de interacção afectiva e de relacionamento. Este modelo assume componentes de intervenção como interacções, e actividades sensorio-motoras, visuo-espaciais e de percepção motora, terapia da fala-linguagem e terapia oral-motora, terapia de integração sensorial e terapia física e programa educacional e intervenção biomédica (Mastergeorge et al., 2003).

Ao nível dos modelos de educação domiciliária podemos referir o Programa Portage, uma vez que as pessoas com PEA, necessitam de um ambiente e actividades estruturadas em todos os seus contextos. Este Programa surge em 1969 direccionando-se a uma população de crianças com necessidades educativas especiais. Pretendendo capacitar as famílias para a tomada de decisões que vão de encontro às necessidades sentidas, assume como função do técnico, proceder a um levantamento das necessidades da família, a visitas domiciliárias que permitam o desenvolvimento da avaliação da criança e contexto, o estabelecimento de objectivos a curto e médio prazo, presentes num quadro de referência que fica em casa da família e que providencia recomendações para atingir as metas propostas (Marques, 2000).

Actualmente no contexto escolar são também utilizados modelos de treino comportamental e aprendizagem cognitiva e desenvolvimento da competência social com crianças com autismo, recorrendo a uma variedade de técnicas instrutivas como as histórias sociais para ensinar as crianças a lidar com situações sociais e pistas sociais, jogos sociais e modelização por vídeo. As crianças aprendem percebendo o papel de modelo na interacção bidireccional. A avaliação deste método é normalmente feita através da frequência de comportamentos particulares como o contacto do olhar (Epp, 2008).

1.5.2. Intervenção de natureza psicoterapêutica

Desde a primeira definição do síndrome em 1943 até meados dos anos 60 as orientações terapêuticas predominantes eram de orientação psicanalítica, embora actualmente esta orientação seja utilizada minoritariamente, recorrendo-se actualmente com maior frequência a outras orientações terapêuticas (Marques, 2000). São exemplos das intervenções com crianças com PEA as psicoterapias de grupo,

preconizadas por Geneviève Haag em 1985 (citada por Vidigal & Guapo, 2003), que trabalhando com pequenos grupos de crianças autistas e psicóticas, verificou que a intensidade do efeito-grupo permitia a ocorrência de reparações a nível psíquico nestas crianças, uma vez que o prazer partilhado nesta situação terapêutica permite um maior investimento pelas crianças que permitira uma evolução.

As psicoterapias familiares desenvolveram-se também no trabalho com crianças com PEA, sendo que neste tipo de intervenção todos os elementos da família nuclear são envolvidos no processo de intervenção com a criança (Vidigal & Guapo, 2003).

As psicoterapias conjuntas com pais e criança foram alvo de estudo por diversos autores como Bick (1964), Lebovici (1983), Cramer e Palacio-Espasa (1993), Stern (1985) citados por Vidigal & Guapo (2003), parecem assumir particular importância com crianças com PEA, pois permitem intervir directamente ao nível das representações recíprocas subjacentes a toda a relação humana, as interacções fantasmáticas, que se influenciam de forma mútua, favorecendo círculos viciosos em que a família se mantém.

1.5.2.1. Intervenção de natureza psicodinâmica

A abordagem psicodinâmica à pessoa com autismo atende ao aparecimento precoce deste transtorno, assumindo a existência de um atraso ou bloqueio no desenvolvimento psíquico que mina a estruturação do Self e influi profundamente ao nível dos mecanismos adaptativos e de compensação e da formação da personalidade, deformando e restringindo a comunicação, socialização e imaginação (Cappelaro, s/d).

É no primeiro período de vida, que as sensações corporais permitem o estabelecimento primordial de um sentido de identidade. Nesta fase, a procura de objectos é centrada numa dimensão sensorial, onde a mãe é experienciada pela criança como uma parte de si, sendo esta que prepara o caminho para uma vivência de outros objectos como elementos distintos do seu corpo (Cappelaro, s/d). Neste sentido, o autismo primário pode ser visto como uma perturbação do desenvolvimento psíquico ou como um défice grave ao nível do desenvolvimento emocional em fases iniciais de estruturação do Self. A sintomatologia que surge no decorrer do desenvolvimento destas crianças reporta-se a características de isolamento social, em que as crianças parecem presas numa "fortaleza vazia" (Bettheleim, 1976 citado por Cappelaro, s/d).

Neste sentido, verificamos uma falha no inter-relacionamento e na comunicação, uma perturbação ao nível do funcionamento e desenvolvimento cognitivo e uma distorção do sentido e significado das recepções ao nível sensorial e da percepção. Desenvolvendo-se um ciclo vicioso que leva a pessoa a fechar-se no seu mundo a partir do qual observa o que o rodeia, esta não é capaz de se desenvolver de uma forma adequada de perceber ao mundo dos símbolos e o mundo verbal e não-verbal (gesto, proxémia, expressão facial) (Cappelaro, s/d).

Autores como Maratos (1996 citado por Marques, 2000) afirmam que algumas crianças com PEA submetidas a intervenções de natureza psicanalítica conseguiram sair do estado mental autista após alguns anos de tratamento, tendo esta intervenção contribuído significativamente para a sua melhoria. A terapia psicanalítica no campo da intervenção com autistas, assumia como importante a estabilidade do setting, bem como do horário e frequência das sessões, que aliada à neutralidade do terapeuta, permitiria à criança construir a confiança básica no outro. A criança autista parece não desenvolver noções de futuro ou mudança, e o tempo e espaço nestas crianças têm uma conotação de alteração ou instabilidade e, precisamente por esta razão, são recusados, obrigando-os a viver no aqui e agora, numa dimensão imutável (Lucioni, 2007 citado por Cappelaro, s/d). Atendendo à fragmentação múltipla e à desorganização da estrutura básica no autista, a psicoterapia psicanalítica possibilitava que se instalasse alguma ordem no mundo do autista, através da canalização de tensões, ansiedade e medos para o terapeuta, tornando-se possível a reestruturação do “Eu”, superando as defesas através da elaboração das suas vivências (Marques, 2000).

Recorrendo-se a brinquedos, ao jogo e ao desenho na sessão terapêutica e através de um reforço do desenvolvimento do Self era possível a reparação dos instrumentos psíquicos primários, comprometidos na pessoa com autismo, de forma a conseguir perceber e contactar melhor com os que a rodeiam (Tustin citado por Vidigal & Guapo, 2003). O jogo permitiria elaborar as angústias da criança, pois segundo Melanie Klein (1952 citada por Vidigal & Guapo, 2003) este seria um equivalente da livre associação de ideias, permitindo a expansão da criatividade, o aparecimento de processos de simbolização e a ligação aos objectos do mundo interno. Embora uma das características do autismo seja a existência de uma incapacidade no jogar e mesmo que durante algum tempo a criança possa realizar jogos poucos elaborados, ligando-se maioritariamente aos aspectos sensoriais dos objectos, pode ocorrer “um esboço de jogo simbólico de nível intelectual.” O desenho permitiria o estabelecimento de analogia entre a construção do sonho e a associação livre, e segundo Decobert (1995 citado por Vidigal & Guapo, 2003) encerraria em si uma representação do desenvolvimento de um processo psíquico vivenciado em comum, pelo que o clima emocional deverá ser atendido e possibilitará a interpretação do mesmo.

A *maternage* (Coimbra de Matos, 1979 citado por Vidigal & Guapo, 2003) é uma terapia reconstrutiva que compreende uma técnica de recriação da relação mãe-bebé. Desenvolvendo-se as sessões num espaço confortável e acolhedor, o terapeuta e a criança desenvolvem uma relação que permita à criança sentir-se mais segura para enfrentar os seus medos, experimentando o prazer de estar na relação com o outro. Assumindo a voz, o silêncio e o ritmo da fala como comunicação com a criança, é possível ao terapeuta na relação com a esta, possibilitar à criança ir estruturando o seu mundo.

1.5.2.2. Intervenção de natureza comportamental

A eficácia da utilização de metodologias comportamentais em perturbações mentais foi inicialmente assumida por Wolpe (1958) e Eisenk (1960) citados por Marques (2000). Desde esta época até há poucos anos os psicólogos de orientação comportamental perspectivaram as PEA e o seu tratamento em função do controlo e manipulação de contingências ambientais. Substituindo as formulações psicodinâmicas, por princípios comportamentalistas que assentam na primazia do comportamento sobre as estruturas cognitivas ou cognitivo-emocionais, no condicionamento clássico de Pavlov (1928 citado por Marques, 2000), no condicionamento operante de Skinner (1964 citado por Marques, 2000) e na importância determinante do meio no desenvolvimento (Watson, 1924 citado por Marques, 2000). Este tipo de abordagem está presente nos programas de intervenção de autores como Lovaas (1973, 1981) e Koegel (1982) citados por Marques (2000). Atendendo ao programa de intervenção comportamental de Lovaas, direccionado para pessoas com autismo, verificou-se que esta intervenção permitia às pessoas com PEA melhorar as suas capacidades, permitindo-lhe a aquisição de competências complexas (linguagem, competências sociais e autonomia).

Actualmente, constata-se um predomínio de terapias e concepções comportamentais na intervenção com pessoas com PEA (Pfeiffer & Nelson, 1992 citados por Pereira, 1998). Neste tipo de intervenção, o comportamento é perspectivado como uma resposta às situações e estímulos externos, que embora nem sempre sejam manipuláveis, são mais facilmente detectáveis. Neste sentido, o tratamento é orientado para a aprendizagem de novos comportamentos, progressivamente mais adaptativos, constituindo-se como um processo de estabelecimento ou restabelecimento de comportamentos organizados de forma complexa e progressivamente organizada. Para tal, o terapeuta procede, num momento inicial, à definição dos comportamentos a modificar (porque são deficitários ou porque são excessivos). Através da análise funcional do comportamento, identifica os estímulos responsáveis por esses comportamentos, estabelecendo um plano de intervenção, com as técnicas mais adequadas a cada caso (Pereira, 1998). A técnica da análise funcional, subjacente à maioria das intervenções comportamentais, afirma a existência de um ganho (obtenção de um reforço positivo) como resultado de um comportamento problemático, funcionando este também como uma fuga a situações indesejadas, pelo que acredita que a identificação destes ganhos determina a função do mesmo (Mastergeorge et al., 2003).

Por fim, procede-se a uma tentativa de generalizar os comportamentos reaprendidos, assumindo a co-participação dos pais ou pessoas mais significativas na vida da pessoa com PEA alvo da intervenção (Pereira, 1998).

As críticas a este tipo de intervenção remetem para a utilização de técnicas aversivas, embora actualmente, os modelos de modificação do comportamento já não recorrerem às mesmas (Marques, 2000). Nas últimas duas décadas, estas

metodologias alteraram-se, pelo que actualmente os processos punitivos foram substituídos por abordagens comportamentais positivas (Mastergeorge et al., 2003).

1.5.3. Intervenção de natureza farmacológica

Actualmente não existe uma medicação específica para as PEA, pelo que a medicação é feita com base nos sintomas apresentados pela pessoa. Existem ainda poucos estudos relativos à eficácia da administração de sedativos e ansiolíticos, sendo os estabilizadores de humor a medicação mais utilizada e em que se verifica efeitos mais positivos (Vidigal & Guapo, 2003).

No entanto na última década assistiu-se a um aumento dos estudos neste âmbito, bem como dos agentes farmacológicos psicotrópicos, dependendo da teoria patofisiológica dominante na época. Assumindo a existência de uma desregulação no sistema da serotonina nas crianças com PEA como responsável por alguns aspectos de comportamentos específicos das PEA, medicamentos como neurolépticos atípicos e inibidores selectivos da recaptção da serotonina (SSRI) têm-se mostrado eficazes e seguros a curto prazo, embora os efeitos a longo prazo não esteja ainda estudada (Chugani et al., 1999; McDougle et al. 2000; Research Units of Pediatric Psychopharmacology Autism Network, 2002 citados por Portes et al., 2003).

A nível dos medicamentos actualmente disponíveis com eficácia demonstrada podemos referir agentes psicotrópicos como neurolépticos (ou antipsicóticos), antidepressivos e psicoestimulantes (Portes et al., 2003).

Na década de 70, realizaram-se estudos com neurolépticos que concluíram a sua eficácia em sintomas como a agressão, a hiperactividade, comportamentos estereotipados, o isolamento social e as perturbações do sono. Atendendo aos vários neurolépticos atípicos estudados para esta perturbação como a clozapina, a quetiapina, a olanzapina e a ziprasidona, o mais estudado tem sido a risperidona. Enquanto a clozapina tem associado um elevado risco de agranulocitose e ataques, e a quetiapina, que embora tenha menores efeitos secundários não apresenta melhorias significativas, a risperidona parece ser a medicação mais eficaz e bem tolerada no tratamento de acessos de cólera e comportamento agressivo e auto-agressivo em crianças com PEA (Portes et al., 2003).

Tentando modelar o sistema da serotonina, os SSRI's tem menor prevalência de efeitos secundários, mostrando-se eficazes em perturbações do humor e da ansiedade. Podemos referir alguns estudos com esta classe medicamentosa, como o uso de fluvoxamina nas investigações de Posey e McDougle (2000, citados por Portes et al., 2003), onde se verificou a diminuição do comportamento repetitivo, da agressividade e do comportamento desadaptativo e um aumento da utilização comunicativa da linguagem, embora se tenham verificado também alguns efeitos secundários como a insónia, hiperactividade, agitação, ansiedade, anorexia e agressividade em crianças com PEA. O mesmo se verificou com a administração de sertralina quando se procedia a um aumento da dose.

Quanto à utilização de psicoestimulantes verificou-se, numa revisão de Aman (1982 citado por Portes et al., 2003) que a administração destas substâncias em crianças com autismo, essencialmente nos casos de deficiência mental associada, era contraindicada, pois aumentava a irritabilidade e os movimentos estereotipados. No entanto, nos últimos 2 anos, foram comercializadas preparações de longa duração, administradas apenas uma vez de manhã, verificando-se uma diminuição da hiperactividade e irritabilidade (Wender, 2002 citado por Portes et al., 2003).

1.5.4. Algumas orientações conceptuais, metodologias e técnicas

Salientando as dificuldades das pessoas com PEA em comunicar, sobretudo recorrendo à linguagem, as técnicas de mediação corporal, assumem especial relevância na intervenção com esta população. Neste contexto podemos referir técnicas como as massagens, que começam a ser atendidas no âmbito das PEA, com a publicação do livro *Shantala*, em 1976, pelo psiquiatra Frédéric Leboyer. Baseada na Yoga e na Medicina Ayurvédica (com raízes na Índia), esta técnica atende à direcção dos movimentos, à sequência, à concentração e ao contacto visual de forma a desenvolver outro tipo de relação mãe/filho, pelo que esta prática foi inicialmente aplicada a bebés, como técnica terapêutica (Vidigal & Guapo, 2003). Através da massagem, disponibiliza-se à criança um conjunto de estímulos tácteis, olfactivos, auditivos e visuais, que transmite tranquilidade à criança, estruturando as aptidões ao afecto, mesmo sem aceder ao sentido da palavra, pelo que em crianças autistas remete essencialmente para a *impregnação*, através da entoação e modulação da voz, o que estruturará as aptidões ao afecto. Desta forma, reforça a consciência do “Eu” e do “Corpo” que se apresenta bastante estruturante (Vidigal & Guapo, 2003).

A prática da técnica Pack surge em 1966 com o psiquiatra Woodbury e consiste em envolvimentos húmidos. Simultaneamente surge a técnica do *Envolvimento*, também conhecida por *Holding*, que possibilita a contenção simples de doentes em estados de agitação ansiosa. Com os contributos de autores como Harlow (1958) e Bowlby (1958) descrevendo fenómenos de ligação como o *attachement* (tendência inata que se estabelece entre mãe e filho desde o nascimento) reforçou as terapias do *holding* como promotoras de instalação ou restauração da vinculação. É a partir de 1988 que Alain Gillis começa a aplicar esta técnica com crianças autistas, sendo mais tarde aplicado também o Pack a estas crianças. Segundo este psiquiatra e psicanalista, estas práticas permitem demolir a organização estável do autista, fazendo emergir emoções profundas, através de uma comunicação pelos elementos sensoriais (Vidigal & Guapo, 2003).

Observando a satisfação manifesta pelas crianças no ambiente aquático, as terapias de mediação com água, apresentam-se como uma possibilidade de intervenção num momento inicial com crianças com PEA, verificando-se que esta técnica promove a “coesão psíquica” e desperta a consciência corporal (Vidigal & Guapo, 2003).

A psicomotricidade é uma outra abordagem utilizada com pessoas com PEA, que permite a integração psicomotora, o desenvolvimento de competências motoras, provocando modificações no comportamento e uma melhor adaptação ao meio. Em crianças com PEA verifica-se que a psicomotricidade reduz as estereotipias e facilita o estabelecimento de relação com o adulto, através da integração de informações proprioceptivas e conseqüente modificação do esquema corporal, permitindo à criança controlar as suas representações (Vidigal & Guapo, 2003).

As terapias com cavalos e golfinhos são empregues nestes casos com o objectivo de promover a comunicação e relação. Nos casos de PEA, estas terapias constituem-se como uma experiência de satisfação, segurança, equilíbrio físico e emocional e promoção da auto-estima, a par de uma redução das estereotipias e maior disponibilidade para a interacção com o ambiente circundante (Vidigal & Guapo, 2003).

Os mediadores artísticos como a música e a dança são também intervenções que recentemente têm demonstrado o seu valor terapêutico no campo do autismo, nomeadamente no estabelecimento da interacção e comunicação através de veículos sonoros e corporais não-verbais (Vidigal & Guapo, 2003), que seguidamente irei explorar mais detalhadamente, uma vez que são os mediadores a que este estudo recorre na sua intervenção.

2. As terapias artístico-expressivas

O corpo contém em si todas as vivências de cada pessoa. É nele que estas se processam e é por ele que se manifestam, através de tensões e conflitos internos, que sob a forma de doenças e desequilíbrios, reflectem os estados emocionais e mentais da pessoa (Halprin, 2003; Hanna, 1990). Neste sentido, surgem algumas técnicas de mediação corporal nos anos 50, com autores como Feldenkrais e Alexander (com a técnica de Alexander), que reforçam a importância da mente e corpo como uma unidade e como realidade objectiva, afirmando a determinação dos sentimentos pelos comportamentos e a influência das acções da pessoa nas suas emoções.

As potencialidades expressivas da linguagem do corpo, são estudadas e reconhecidas por autores como Reich que introduz técnicas como o uso da manipulação corporal, como facilitadoras do acesso a conteúdos inconscientes reprimidos, estabelecendo já uma ligação com o corpo como veículo de acesso à mente. Adler reforça esta perspectiva de unicidade entre corpo e mente, afirmando que a pessoa utiliza o corpo e especificamente o movimento como forma de realizar os seus objectivos de vida, através de impulsos que se constituem como forças positivas.

Através do corpo e dos comportamentos humanos e suas acções tornam-se observáveis manifestações mentais e emocionais que constituem o reflexo mais espontâneo da vida interior da pessoa. Neste sentido, e segundo Gobbi (1996) e Argyle (1980 citado por Santos, 2007), 65 a 85% da comunicação humana processa-se através do não-verbal como o uso do gesto, posição espacial, distância interpessoal, postura, movimentação, contacto corporal, expressão do rosto, olhar, tom de voz, entre outros. Desta forma, podemos referir a existência de várias linguagens com intenção comunicativa como a verbal que pode se expressar de forma falada ou escrita, de forma não-verbal que se expressa pelo movimento, cor e forma, uma linguagem sonora expressa pelo som, por entoações e vocalizações, uma linguagem simbólica expressa por metáforas, uma linguagem do jogo, através do brincar com o outro e uma linguagem criativa que permite não só a comunicação mas o desenvolvimento da pessoa (Santos, 2007).

Perspectivando a pessoa de uma forma holística, em que são valorizados tanto os aspectos da comunicação verbal como não-verbal (Sullivan) e a pessoa enquanto ser criativo, activo e responsável no seu processo evolutivo, o corpo enquanto veículo de comunicação pode também ser considerado enquanto veículo de relação (Adler) (Halprin, 2003).

Com base nos diversos autores acima referidos e atendendo ao princípio geral das Terapias Expressivas, assume-se que todas as pessoas têm em si um potencial criativo capaz de se expressar por uma linguagem predominantemente não-verbal, tornando-se incontestável a importância de atender ao potencial do corpo em qualquer abordagem terapêutica, que perspetive a pessoa num todo (Santos, 2007).

Se já para os filósofos, as artes eram encaradas como um veículo de expressão pessoal, que permitia o alívio do sofrimento, a promoção do bem-estar e o desenvolvimento afectivo, ao facilitar a expressão de afectos e a descarga de tensão

(Feder & Feder, 1986), a introdução destas no âmbito da saúde, ocorre aquando do pós-guerra dos anos 50, onde metodologias artístico-expressivas foram essencialmente aplicadas em casos onde a terapia verbal parecia não ser eficaz como nos traumas de guerra ou onde esta não era possível como nos casos da deficiência. As teorias psicoterapêuticas dominantes formam-se na direcção das teorias modernas da arte, emergindo nas terapias expressivas (Feder & Feder, 1986).

Neste âmbito surgem trabalhos como os de Delsarte, através da observação dos movimentos inconscientes e Graham com trabalhos onde menciona o “corpo livremente dançante” como veículo que permite a expressão das emoções. Também Laban (1992) e Bartenierff (1982) (citados por Santos, 2007) valorizaram além dos aspectos estéticos no trabalho com mediadores artísticos, as potencialidades expressivas que estes revelavam a um nível sensorial e emocional, bem como no que concerne ao desenvolvimento da pessoa (Halprin, 2003).

Partilhando desta convicção de que o corpo e os mediadores artísticos potenciavam o desenvolvimento, intervenções alternativas que recorriam à percepção sensorial (Montessori) e às expressões artísticas (Steiner e Decroly citados por Santos 2007), surgem com perspectivas como os Movimentos da Escola Nova e da Educação pela Arte (Read, 1982). Associando algumas expressões artísticas aos aspectos psíquicos, a auto-expressão criadora começou a ser perspectivada como uma forma de psicoterapia.

2.1. Abordagens teóricas

No domínio da psicologia, alguns autores valorizaram a importância da expressão afectiva como forma de aceder ao inconsciente. Neste âmbito, existem diversos contributos teóricos da psicologia de grande relevância para as terapias artístico-expressivas entre os quais podemos citar a abordagem gestáltica, antroposófica e psicodinâmica, entre outras (Philippini, 2000 citado por Valladares, 2004).

No ano de 1876 surgem as primeiras pesquisas envolvendo a arte, com as publicações de estudos de Max Simon sobre manifestações artísticas de doentes mentais. Seguiram-se Morselli em 1894, Júlio Dantas em 1900, Fursac em 1906, Mohr em 1906 e Prinzhom em 1910 que estudaram produções artísticas em doentes mentais, comparando os seus trabalhos artísticos com os de pessoas sem doença mental e com os de artistas reconhecidos e observando os conflitos pessoais através do desenho.

Neste campo, Freud constitui-se como um importante marco pois surge como pioneiro na introdução de técnicas para aceder ao inconsciente (associação livre e interpretação do sonho), ao observar que o inconsciente se pode manifestar por imagens que escapam à censura da mente possibilitando ao analista captar mais objectivamente o seu significado. Através deste processo o indivíduo canalizava a energia sexual e os impulsos agressivos para formas socialmente aceitáveis, o que provocava a gratificação dos desejos e fantasias inconscientes, sendo a tensão reduzida. Para Freud, algumas manifestações de imagens são vistas como um

“fragmento congelado de um sonho” o que sugere que a imagem do sonho é preservada para diagnóstico. Enquanto os terapeutas verbais podem lidar com as translações entre imagens e sonhos, os terapeutas que utilizam os recursos artísticos lidam com as reproduções das imagens. Como referiu Freud, os pacientes frequentemente afirmam que podem desenhar uma imagem mas não a conseguem descrever por palavras (Feder & Feder, 1986).

Posteriormente outros terapeutas começam a utilizar o desenho com os seus clientes, considerando a representação de imagens e os sonhos como simbolização do inconsciente individual e colectivo, afirmando que as fantasias e sentimentos do inconsciente primitivo, podiam ser evocados e simbolicamente manifestos. Neste processo simbólico, as imagens funcionariam como mediadores num “jogo” entre paciente e terapeuta no processo terapêutico (Winnicott, 1971).

Considerando que as funções do ego são estruturadas na psique e envolvem o desenvolvimento de afectos primários que contêm em si uma componente perceptiva e uma componente expressiva, a criatividade, pode então ser considerada uma função psíquica e natural da mente humana, com a importante função de estruturação do pensamento (Philippini, 2000 citados por Valladares, 2004). Começa então a recorrer-se a uma nova leitura das expressões artísticas, bem como aos afectos que lhes estão subjacentes num processo onde as imagens e as expressões artísticas possibilitam, no espaço transaccional o encontro intra e interpessoal (Levine, E., 2004). Funcionando como experiência transaccional (Winnicott, 1971; Levine, 2004), o produto artístico é vivenciado como um objecto transitivo, não se constituindo apenas como uma forma da pessoa se expressar mas uma partilha entre paciente e terapeuta (que procura enriquecer a vivência deste processo onde ocorrem as experiências transaccionais) que permite a recriação de aspectos perdidos do relacionamento iniciado na 1.ª infância.

Tomando consciência da importância das expressões artísticas como veículo de insight e mudança, as terapias expressivas assumem-se como forma de intervenção terapêutica que reconhece a ligação profunda entre motricidade, ritmo, a cor, a forma, o som e expressividade emocional (constituindo-se o corpo não só como mediador mas como elemento interactivo). Como veículo terapêutico, Santos (2008) considera não só a existência de um corpo físico e sensorial, mas também um corpo emotivo, que transporta consigo memórias sensoriais e emocionais, um corpo expressivo e simbólico que tem necessidade de expressar estas memórias e sentimentos, na maioria das vezes sob a forma de imagens, sons, movimentos, entre outras formas.

Margaret Naumburg nos anos 40 utilizou também técnicas como o desenho e a pintura introduzindo-as na psicanálise, considerando-as formas de expressão simbólica em que o processo artístico é perspectivado como uma oportunidade para manifestar a imagem do inconsciente. Partindo de concepções educacionais e associações livres de trabalhos realizados espontaneamente pelos seus pacientes desenvolveu a sua teoria, onde o trabalho expressivo é encarado como o espelho que permite o diálogo entre o consciente e o inconsciente. O seu trabalho consistia no

envolvimento do paciente num processo verbal de associação livre onde a terapeuta interpretava a imagética das suas imagens (McNiff, 1988). As funções terapêuticas do uso da arte prendiam-se com vários aspectos sendo o primeiro, a função catártica, comum a todas as terapias artístico-expressivas, e que se baseia na descoberta de que, a expressão de um problema ou preocupação, alivia. O processo artístico em si é, regra geral, suficiente para trabalhar o pensamento e acalmar a tensão, não estando esta função dependente da verbalização. A função de comunicação interpessoal, prende-se com o facto de inicialmente os humanos usarem símbolos pictóricos para dar azo às suas expressões, convertendo-as em comunicação. Neste sentido, para Naumburg, esta comunicação de sentimentos e interpretações pessoais, expressas simbolicamente em imagens são originadas no inconsciente. Assim através do significado da projecção pictorial, o terapeuta encoraja o paciente a “sair” de si próprio, a comunicar com os outros e a lidar com o mundo externo. Para a autora, a produção artística é superior à comunicação verbal porque permite a expressão directa de sonhos e fantasias, minimiza a auto-censura, preserva a comunicação, e encoraja a resolução da transferência permitindo ao paciente ajudar a interpretar o produto final (Feder & Feder, 1986). Juntamente com Florence Cane, que desenvolveu métodos para libertar a expressão artística, criou e diferenciou dois campos distintos a arte-terapia e a arte-educação, como métodos de psicoterapia e pedagogia.

Os trabalhos de Arno Stern iniciados em 1946 foram de particular importância para o trabalho com crianças nesta área. Trabalhando com órfãos de guerra numa instituição de acolhimento, percebeu a importância desta prática para as crianças começando a incluí-la como forma de educar. Criou o seu atelier em 1987 e actualmente esta prática é realizada em hospitais, escolas e centros sociais um pouco por todo o mundo. Stern estudou os mecanismos da formulação ligados à dimensão interpretativa do desenho e aos sinais que surgem com o sentido da comunicação. Para o autor a formulação é um sistema coerente e universal que não se limita a uma idade, acompanhando a vida de cada ser humano em todas as suas fases independentemente do seu contexto cultural. Nascendo de um acto motivado por uma necessidade interior, não produz uma obra, é apenas uma forma de manifestação material da memória dos acontecimentos da formação do organismo, a memória orgânica (Philippini, 2000 citado por Valladares, 2004).

Também Edith Kramer (1958 citada por Feder & Feder, 1986) conferiu um importante contributo ao processo terapêutico utilizando estes mediadores ao valorizar não só o produto final produzido, como todo o processo do fazer artístico que engloba o comportamento, o criar e a expressividade, pois na sua opinião, desta forma o cliente poderia conhecer o seu funcionamento psíquico. Para Kramer o acto de criar envolve a canalização, a redução e a transformação da agressão e das energias potencialmente perigosas. E neste sentido, a função do arte-terapeuta deve ser, na estrutura de Kramer encorajar mais uma vez a produção criativa e prestar assistência técnica e apoio emocional. E neste sentido, o terapeuta deve estar apto para

reconhecer a sublimação não a dissipando em direcção à fantasia (Feder & Feder, 1986).

Em 1972, Françoise Dolto citada por Valladares, (2004) integra a psicanálise e a pediatria, afirmando que quando a criança usa imagens e palavras para se expressar emprega uma linguagem simbólica para falar com o seu inconsciente que é também importante para o seu desenvolvimento motor, raciocínio e crescimento afectivo, justificando a importância da arte nestes processos.

Os princípios da Gestal Terapia aliaram-se à arte com Janie Rhyne em 1973 que propondo exercícios de contacto, sensibilização e *awarness*, afirmou a arte enquanto importante instrumento na recuperação da consciência pessoal (Philippini, 2000 citado por Valladares, 2004).

Natlie Rogers (1974) citado por Feder & Feder (1986) reuniu os princípios da Teoria de Rogeriana centrada na pessoa e o seu trabalho em terapia expressiva e utilizando várias formas de expressão artística (pintura, expressão corporal, modelagem, teatro, dança, música, poesia e mímica) realizou um trabalho que designou de conexão criativa, onde não exercia uma interpretação psicanalítica mas procurava facilitar a verbalização e compreensão do cliente.

Também no campo das perspectivas neuropsicológicas e cognitivas (Berrol, 1992) parece existir um consenso quanto à unicidade psico-corporal, sustentado pelas relações neuropsicológicas entre emoção e acção, a inscrição neurológica de aspectos mnésicos e a valorização da auto-regulação do afecto como controle interno das emoções (Damásio, 1994). Neste tipo de intervenção importa tanto compreender o funcionamento neurobiológico como os aspectos relacionais, uma vez que esta se insere numa relação significativa. A influência psicodinâmica é um importante contributo ao focar os aspectos da dinâmica relacional, que tendo como base o corpo, permite o estabelecimento da relação e de diversas formas de comunicação e expressão. Recorrendo a formas de expressão com mediadores artísticos, pretende-se libertar afectos e representações (maioritariamente sensoriais e não-verbais) e reestruturar vários níveis do mundo psíquico, possibilitando através destas vivências sensoriais e emocionais, uma mudança na memória corporal e psíquica (Santos, 2007).

Sendo o corpo indissociável da relação com o meio interno e externo e com o próprio e o Outro, e enquanto mediador da comunicação, é através do exterior e do outro que a pessoa se organiza e desenvolve (Santos, 2007). Tal acontece com a criança que cria uma representação ainda no interior do corpo da mãe, partindo de uma transferência por identificação através da experiência vivida e agida do corpo da mãe. Desde o nascimento, surgem diferentes padrões de comunicação na díade (mãe-filho) (Pedro, 1985^a citados por Santos, 2007) como o contacto visual e a atenção recíproca, que consolidam as primeiras relações sociais do bebé. Além disto as interacções vocais (Pedro, 1985^b, Bustarret, 1994, Harding, 1992 citados por Santos, 2007), o olfacto e o gosto são também determinantes na estruturação da relação bem como o contacto físico, que parece ser o factor que induz mais impacto

ao nível da interacção e da estruturação do próprio espaço da criança. Estas vivências sensoriais têm ressonância emotiva, evocando reacções de satisfação ou não, manifestas pelo não-verbal como o sorriso ou o choro.

A interactividade inicial predominantemente sensorial (o calor, o cheiro, o olhar, o toque, o ritmo do embalo, o tom de voz), assume já neste fase precoce do desenvolvimento uma importância fulcral, ao permitir a construção da individualidade, delineada pelo conjunto de sensações transmitidas outro, que é a mãe, que é uma presença apenas feita de sons, ritmos e sentimentos (Eisenberg e tal, 1995, Pedro, 1985 a citado por Santos, 2007). Esta forma de interacção sensorial continua a mostrar-se de extrema importância ao longo de toda a vida, na relação e interacção com os outros.

Destas comunicações pré-verbais iniciais surgem as comunicações simbólicas. Tendo por base os aspectos sensório-motores inscritos no SNC que permitem ao recém-nascido adquirir as competências para se tornar activo na interacção com as figuras parentais, são estes aspectos que posteriormente facilitam as trocas afectivas de criação (Santos, 2007).

Segundo Straten (1992 citando por Santos, 2007) a comunicação desenvolve-se nos dois primeiros anos passando por fases como a comunicação expressiva, caracterizadas por reacções espontâneas do bebé que têm sempre um efeito de pedido sobre os pais, a comunicação indicativa, baseada na orientação de uma parte do corpo, como olhar, movimentos de início de acção, apontar, gestos de acção directa sobre o outro, e posteriormente sobre um objecto, por fim comportamentos de indicação vocal. Na comunicação simbólica verifica-se uma associação à fase anterior usando a criança gestos e indicações vocais e verbais como elementos estruturantes do processo de simbolização.

Segundo Mas (1991) antes do Eu Cognitivo, existe um Eu Corporal. Neste sentido, também Wallon (1968; Fonseca, 1988) valoriza a presença do corpo e da motricidade na construção do pensamento, do Eu e da comunicação com o mundo. Para Wallon no processo de desenvolvimento é valorizada a motricidade como base da comunicação, enfatizando o diálogo pelo corpo na expressão de sentimentos e onde se alicerça a linguagem; a função tónico-postural associada a vivências das emoções e expressão afectiva; e a identificação do outro no espelho como processo de auto-conhecimento.

Desta forma a interacção é considerada comunicação necessitando apenas de coordenação física entre 2 corpos (mãe-bebé) (Harding, 1992 Citado por Santos, 2007), tal como para Bronfenbrenner (1979 citado por Santos, 2007) a relação se obtém através da atenção ou participação de outro, num determinado setting, considerando assim a díade como base na construção do microssistema, que permite a construção de futuras e mais complexas estruturas interpessoais.

Para Aldridge (1993) os arte-terapeutas tentam compreender o processo criativo enquanto processo terapêutico com uma forte ligação aos conceitos e teorias

psicanalíticas, embora a compreensão do processo criativo integre também perspectivas sistémicas e cognitivas.

Assim e segundo algumas perspectivas psicodinâmicas o âmago do processo criativo nas expressões artísticas consiste na tradução de impulsos e fantasias inconscientes em formas tangíveis através dos mediadores artísticos, pois o imaginário pictórico dos impulsos e fantasias reprimidas precede a fase da representação verbal. Assim as imagens pictóricas intra-psíquicas, motivadoras do acto visual criativo são fundados nas representações não-verbais das reacções de objecto primárias, sendo estes os elementos mnésicos afectivo-corporais que fundam a imaginação. Imaginação e inconsciente formam assim uma ponte entre mundo interno e expressão dos seus conteúdos em significados e formas visíveis, sendo em si mesmo um processo simbólico que tem como último recurso a criatividade (Chodorow, 1997 citado por Santos, 2007).

Para Knill (2004) a imaginação é a matéria dos sonhos, podendo falar-nos através de modalidades como o movimento, palavras, imagens, sons e ritmos, emergindo no sonho, sonho acordado, associação livre e arte. O processo artístico é dos anteriormente mencionados o que fornece maior possibilidade de interacção voluntária com a imaginação. Neste sentido, a imaginação é o conceito central no uso das artes em terapia, pois respeita à capacidade da mente criar e manifestar imagens formando a realidade de acordo com elas, sendo a sua manifestação o produto que permite construir o processo artístico para que o trabalho criativo envolva uma experiência reparadora que conduza a pessoa à integração das relações de objecto fragmentadas e desligadas no seu próprio Ego (Santos, 2007).

Klein (1988) e Winnicott (1958) citados por Osborne (2003) também desenvolveram estudos sobre o potencial terapêutico e analítico do jogo e do uso da arte com crianças. Para Winnicott o jogo e a arte são actos criativos essenciais para a emergência do *self* na criança. Tal como Klein, afirma que a capacidade da criança para substituir, imaginar e adquirir o sentido de mundo interno e externo, bem como um sentido de identidade é despoletado pela ansiedade, ligada ao receio de um abandono materno. Para superar esta ansiedade a criança entra num processo de separação, projecção e restauração. Para Winnicott os objectos externos, como brinquedos (e atendendo à adesão das crianças às actividades como pintura, modelagem, reprodução de canções e música), são importantes objectos de transição de extrema importância na vida da criança. Sem a oportunidade de experienciar objectos como substituição de outros itens a criança não desenvolve a compreensão dos símbolos e permanece amarrado ao mundo concreto, não acedendo ao mundo interno da fantasia e da imaginação, segundo Baron-Cohen citado por Osborne (2003).

Muitos terapeutas que trabalham com mediadores artísticos afirmam que construir marcas, como desenhos ou outras criações da criança, funciona como uma extensão do sentido de individuação e representa os estádios precoces de uma compreensão da oposição entre mundo interno e externo (Dalley, Rifkind, *et al.*, 1993 citado por

Osborne, 2003). As crianças com autismo apresentam um fraco desenvolvimento da compreensão simbólica, e conseqüentemente da realidade interna e externa, experienciando o presente de forma mais concreta que imaginativa (Frith, 1989 citado por Osborne, 2003). Matthews (1999) citado por Osborne, (2003) afirma que o uso de actividades artísticas facilita a construção de significados nas crianças com autismo. Afirma também que estas crianças começam a ordenar as suas experiências de encontro e comprometimento com os materiais, delineando o sentido de experiência interna e externa pelas marcas no papel. Neste sentido, a terapia com mediadores artístico-expressivos pode ser eficaz ao conferir um significado, ao ordenar as experiências e ao restaurar um sentido positivo de si mesmo (Osborne, 2003).

2.2. As Expressões Artísticas em Psicoterapia Versus Arte-Terapia

A definição oficial de Arte-terapia é dada pela Associação Americana de Arte-Terapia e afirma que o uso da arte como terapia implica que o processo criativo possa ser o significado da reconciliação de conflitos e a adopção de uma auto-consciência e crescimento pessoal. Na intervenção psicoterapêutica, as expressões artísticas recorrem tanto aos produtos artísticos como às referências associadas para ajudar os indivíduos a encontrar uma relação compatível entre o mundo interno e externo (Feder & Feder, 1986).

A Arte-terapia pode integrar abordagens uni-modais, recorrendo apenas a um mediador como as artes plásticas, ou multi-modais, complementando a sua intervenção com outros mediadores como a música, o movimento/dança ou o drama. No entanto, verifica-se que a Arte-terapia (principalmente o modelo europeu), recorre maioritariamente a uma abordagem uni-modal, limitando-se à intervenção que tem como mediador as artes plásticas.

A Arte-terapia funciona, essencialmente a três níveis: o lúdico, pelo prazer da actividade; o terapêutico, uma vez que os actos simbólicos e criativos provocam uma verdadeira libertação emocional que age nos níveis físico, psicológico e energético, permitindo uma melhor expressão das suas emoções e sentimentos, estimulando a imaginação e da criatividade, o aumento da auto-estima e da confiança e também a capacidade de expressão, que leva a um melhor auto-conhecimento; e o nível transformador pois associa o processo de evolução psicológica com a criação artística (Pain & Jerreau, 1996).

No que respeita à técnica, não se pretende que o terapeuta ensine a pessoa a desenhar ou modelar, embora seja necessário existir um conhecimento acerca dos recursos e do uso dos mesmos que possibilitem a expressão (Pain & Jerreau, 1996).

O espaço é ainda um aspecto importante que o arte-terapeuta deve ter em conta, percebendo como o indivíduo se apropria dele e como o utiliza quando o terapeuta se afasta. O papel do arte-terapeuta passa em muito por encorajar o sujeito, abrindo-lhe novas perspectivas que lhe permitam aceder a todas as possibilidades face a um problema para que o sujeito consiga encontrar a que mais o satisfaz. O arte-terapeuta deve pois preservar sempre a autonomia e liberdade do indivíduo estando ciente das

suas emoções e dos aspectos transferenciais de forma a não induzir ou influenciar inconscientemente a sua produção (Pain & Jerreau, 1996).

Actualmente, a prática da arte terapia é baseada em diversos modelos teóricos, nomeadamente modelos psicodinâmicos, cognitivo-comportamentais e transpessoais, sendo que estes se centram na resolução de conflitos emocionais e no desenvolvimento de competências sociais e na gestão da ansiedade. O âmbito de aplicação da arte-terapia é identificado em três grandes áreas: no contexto educativo, onde a prática da arte terapia visa facilitar o processo de desenvolvimento da criatividade; a área de reabilitação, na área da deficiência e neurose; e na área da psicoterapia, em contexto clínico e psiquiátrico.

Segundo Durel (2004) a psicoterapia utiliza a expressão artística de forma a permitir ao inconsciente expressar-se e revelar aquilo que até então não era consciente, facilitando e enriquecendo o processo terapêutico, através do cantar, dançar, desenhar, pintar, esculpir, recitar, representar e escrever. Recorre pois às metáforas e ao simbólico para, através da expressão artística, permitir aos pacientes com alguma resistência a expressão verbal a possibilidade de mostrarem os seus sentimentos de uma maneira alternativa. Torna-se então possível ao psicoterapeuta aceder ao mundo interno da pessoa, por uma outra via que não, exclusivamente a verbal. As expressões artísticas surgem então como recurso importante na intervenção psicoterapêutica ao estabelecer um canal de comunicação menos intencional e menos consciente, facilitador da intervenção.

Neste sentido, as intervenções que recorrem a mediadores artístico-expressivos tem como objectivo a utilização e estimulação das expressões não-verbais em contexto terapêutico, para promover o desenvolvimento de competências humanas, explorando outras formas de comunicação, de interacção intra e interpessoal permitindo a expressão da pessoa e do seu inconsciente, sendo esta expressão estimulada pelo usos de mediadores e técnicas expressivas. Predomina-se nesta intervenção os sentidos, as emoções e as memórias distanciando-se da estrutura racional do discurso e da fala. A finalidade não passa pois por procurar o tratamento ou cura de perturbações emocionais ou psicopatologias mas sim estimular a plasticidade mental e despertar capacidades já existentes na pessoa (Ferraz, 2009).

Desta forma, Ferraz (2009) estabelece uma distinção entre as terapias expressivas que recorrem a mediadores artísticos da intervenção pela Arteterapia, uma vez que não se centra exclusivamente na expressão mediada pela arte, nem num único mediador, intervindo em todas as formas de expressão não verbal, uma vez que não se centram no uso de um só mediador activando diversas regiões do cérebro e não apenas uma, e olhando o sujeito de forma integral, intervindo ao nível da cinestesia, do simbólico, dos sentimentos e das sensações, da imaginação e das emoções, das memórias e das energias humanas. Neste tipo de intervenção assume-se como mediador expressivo todas as acções, actividades, instrumentos e técnicas propostas à pessoa e que a leva a expressar-se livremente. Assumindo o mediador um carácter inesgotável, pois tem grande mutabilidade e plasticidade ao encontrar-se em

constante transformação, constitui um meio pelo qual a pessoa pode comunicar com o outro e consigo próprio, facilitando a expressão, organização e elaboração do “Eu” interior. Um mediador poderá ser um jogo, um instrumento, um objecto, um pincel, um pedaço de pano, um palco, a voz, e de entre as formas de expressão não-verbal podemos agrupar os mediadores em quatro tipos: lúdico, ritualista, artístico e sensorial. Vou apenas atender aos mediadores expressivos artísticos, uma vez que serão estes os utilizados nesta intervenção. Os mediadores artístico-expressivos podem sub-agrupar-se em áreas como a expressão plástica (pintura, desenho, escultura, modelagem e colagem), a expressão corporal (mímica, dança e movimento), a expressão musical (utilização de instrumentos musicais, audição musical), a expressão vocal (voz, canto e respiração) e a expressão dramática (representação, dramatização e técnicas psicodramáticas). Existem ainda outras actividades neste âmbito como a expressão escrita e as técnicas projectivas como fototerapia e videoterapia (Ferraz, 2009).

Colocando a tónica numa abordagem holística, integral e global da expressão humana, pressupõe-se que a pessoa pode interagir bem com um mediador e não se vincular a outro, pelo que a limitação à utilização de um único mediador, limitará a exploração da pessoa e do estímulo. Disponibilizando diversos mediadores, a pessoa é sempre activa, participativa e deliberativa em todo o processo, sendo este um pressuposto chave da terapia humanista centrada no cliente de Carl Rogers. Neste tipo de intervenção a pessoa é vista como tendo capacidade e como todas as possibilidades para a sua auto-realização, tendo recursos internos para o desenvolvimento das suas competências (Ferraz, 2009).

Segundo Ferraz (2009), através desta intervenção a pessoa vai criando novos meios de perceber e agir sobre a realidade comunicando com ela própria com o mundo e com os outros, e é neste processo que desencadeia a formação de novos circuitos neuronais e sinapses, que se consolidarão desenvolvendo novas respostas comportamentais e competências, promovendo desta forma a aprendizagem de novas formas de expressão, a associação de ideias, a auto-gestão emocional, a auto-percepção, a autonomia, a capacidade de resolução de problemas, a comunicação intra e interpessoal, a cooperação, a criatividade e a imaginação, a disponibilidade emocional e o sentido crítico, a espontaneidade e a liberdade de expressão, a percepção do mundo, a promoção e reeducação do equilíbrio emocional, a auto-confiança, o desenvolvimento de competências sociais, entre outros.

A relação terapêutica é perspectivada baseando-se no que Carl Rogers (1973) definiu como o indivíduo tornar-se pessoa, desenvolvendo uma consciência de si mesmo, desenvolvendo a capacidade de se distanciar das coisas e fazê-las presentes, pois só distanciando-se de si e dos outros, pode reflectir e elaborar as suas vivências. Segundo Ferraz (2009) a expressão permite esta distância reintegrando e reeditando-se a si próprio, num processo auxiliado pelo terapeuta, e num espaço tranquilo que transmita à pessoa segurança, contenção, privacidade e liberdade, bem como aceitação e abertura à iniciativas e escolhas da pessoa. Neste contexto não é a obra

ou a finalização da expressão que importa mas sim a actividade de criar e a sua vivência, sob risco de criar uma separação entre os aspectos internos da vida da pessoa e os aspectos apresentados através do veículo expressivo (Santos, 2007).

Em intervenções que recorram a mediadores artístico-expressivos a arte é sempre gerada numa relação terapêutica que depende da fluência interactiva entre pessoa e meio. Para Halprin (2003) é importante atender ao estabelecimento da aliança terapêutica, determinante na estruturação de respostas empáticas, bem como aos referenciais transformativos que funcionam terapeuticamente entre sessões, fornecendo a oportunidade no seu enquadramento espacio-temporal de referência, a rememoração, como nas terapias artístico-expressivas o recordar das obras criadas no encontro terapêutico, com pontos de ênfase no processo da terapia (Levine, E. 2004). Para tal podem ser utilizadas técnicas de contactos sensoriais como o toque terapêutico que implica a massagem, que segundo André, Benavidés & Conchy-Giramini (1996) que realizaram estudos no âmbito das terapias de mediação corporal, enriquecem a relação através da experiência corporal e noção de presença corporal (investimento e reinvestimento do corpo).

Segundo Santos (2008) a compreensão teórica no processo terapêutico no contexto das terapias expressivas advém de diversas áreas como:

- a teoria intrapessoal, que assume que a influência de condições culturais e biográficas além das vivências intersubjectivas da pessoa, influenciam a resposta em relação ao uso do veículo artístico;
- a teoria interpessoal, que explicita aspectos da dinâmica grupal do jogo, direccionando-se maioritariamente para settings grupais;
- teoria polistética, que se dedica à compreensão das articulações sensoriais entre a percepção e a expressão no que respeita aos mediadores artístico-expressivos (Knill, 2004);
- a teoria estética do processo terapêutico envolvendo a mudança teórica introduzida por qualquer terapia que atendendo à imaginação para além do sonho ou da associação livre atenda um 3.º nível manifesto pela arte.

Do ponto de vista metodológico, os terapeutas pela expressão provêm de diversas orientações terapêuticas, desde as linhas psicanalíticas contemporâneas, às cognitivo-comportamentais, às abordagens humanísticas, ou num contexto de orientação transpessoal, ou perspectiva sistémica.

As abordagens da terapia humanista ou transpessoal avançam uma conceptualização mais holística na qual diferentes modalidades das artes são trazidas à terapia quando apropriadas à situação do cliente, para facilitar o desenvolvimento, constituindo-se as terapias expressivas como uma abordagem multimodal (Rogers, N. 1993). Actualmente outras metodologias das terapias expressivo-artísticas começam também a integrar progressivamente aspectos de outras áreas (música, dança, drama). Na opção por uma abordagem multi-modal merece-nos especial importância os aspectos do transfer intermodal que Halprin (2004) refere como a mudança de um veículo artístico para o outro, com vista manter o foco da atenção do terapeuta no

processo, a clarificação emocional e a amplitude e diversidade das possibilidades imaginativas, facilitando o desenvolvimento e clarificação do material psíquico (imagem, sentimento e significado).

Para Lorenzetti (1992/1993 citado por Santos, 2007) a terapia expressiva-artística não é unidireccional na medida em que se anuncia tanto na auto-educação para a expressão, como na comunicação, para a relação modificadora, como para um percurso terapêutico.

Num ponto de confluência de todas as orientações, as terapias artístico-expressivas são uma forma multi-direccional de relação terapêutica que recorre a veículos lúdico-artísticos (maioritariamente não-verbais) como forma de possibilitar não só a expressão do mundo interno da pessoa mas também através deles possibilitar a (re)descoberta do relacionamento interpessoal (Santos, 1999).

2.3. A música, a dança/movimento, o drama e a expressão plástica

No final da segunda guerra mundial alguns estudos verificaram que os veteranos que beneficiavam de tratamentos para ferimentos recuperavam mais facilmente quando estavam em contacto com a música através de actividades musicais ou quando expostos a música, o que motivou alguns médicos e terapeutas a estudar os efeitos psicoterapêuticos da música. Segundo Gaston (1988) citado por Barreira (2009c) a música utilizada em psicoterapia atravessou um momento inicial que se reportava ao efeito da música na pessoa, direccionando-se posteriormente a atenção dos investigadores neste campo para a influência da música na relação com o outro. Só num momento posterior se atendeu à utilização da música pelo psicoterapeuta para centralizar a relação com a pessoa e proceder a uma intervenção mais adequada pela actividade musical. Pesquisas de Bunt (1994) citado por Barreira (2009b) centram-se nos comportamentos observáveis e afirmam a sua influência na redução da hiperactividade, comportamentos agressivos, desadequados e estereotipados. Com este contributo, a importância da música no estabelecimento da relação empática tornou-se indiscutível, salientando-se a pertinência da adaptação da mesma às características de cada pessoa individualmente (Scardovelli, 1999 citado por Barreira, 2009).

Em 1981, Benezon citado por Barreira (2009a) afirma que o ruído seja ele produzido por uma emissão vocal ou uma acção, tal como o gesto, constitui-se como uma projecção simbólica do “Eu” no espaço, mas contrariamente ao gesto que é direccional e limitado a percussão sonora propaga-se pelo espaço e toca todos os que ali se encontram. Este espaço sonoro é em si próprio comunicação e expressão podendo demonstrar agressão ou harmonia. A nível relacional a música permite o desenrolar de um jogo criativo que possibilita o estabelecimento de intra e inter-relação.

Por outro lado importa salientar a aplicação multissensorial da música, que estimula mais do que um sentido. Enquanto mediador, a sua multissensorialidade é um dos aspectos mais importantes aliado ao seu cariz verbal e não-verbal. Segundo Nordoff & Robbins (1993 citados por Barreira, 2009) cada instrumento reveste-se de uma

personalidade musical, dependendo das suas características físicas e da forma como é tocado, o que permite uma adaptação das características pessoais de cada pessoa aos mesmos, bem como a vivência de diferentes emoções, sendo neste sentido o recurso ao instrumental Orff uma referência nos instrumentos didáticos.

A música serve em alguns casos de autismo como autêntico instrumento para a relação, na qual a presença do próprio pode ser reconhecida, constituindo-se assim como objecto transaccional indispensável ao desenvolvimento da capacidade de tolerar pessoa, sendo o objecto que se mantém constante no seu valor e significado (Puente, 2001). Desta forma torna-se possível a criação de uma intensa relação introjectiva com a pessoa com deficiência. Segundo Stern (1987) o recurso à música permite intervir ao nível da concentração e a direcção da atenção para um estímulo, a capacidade da criança para comunicar intencionalmente, a capacidade de comparticipação do estado afectivo com o outro e a manifestação do seu próprio estado de ânimo (Coppa, et al 2001), competências essenciais a serem desenvolvidas com a criança autista.

É através da música que a pessoa se diferencia do outro pelo ritmo, pelo som ou pela repetição do mesmo e pela intensidade. A música tem-se apresentado pois como facilitadora de mudanças, pelo contacto profundo que estabelece com as várias facetas da pessoa (Santos, 2007). A música constitui-se também como elemento que, unindo o som ao silêncio, promove uma relação intrínseca na pessoa que lhe permite perceber a própria história e o mundo que a rodeia, facilitando a comunicação e o contacto e apelando tanto ao nível físico como emocional (Barreira, 2009).

Através da dança e do movimento, as distorções motoras e os gestos repetitivos inerentes à criança autista são aceites como forma de comunicação, mesmo que inconsciente e não intencional. Para Parteli (1995) os movimentos das mãos de uma criança autista no ar podem parecer semelhantes aos de tantas outras crianças autistas mas têm sempre algo de novo e próprio daquela criança e é desta forma que o terapeuta deve encarar o encontro que ocorre com a criança na sessão terapêutica. Este recurso expressivo promove a tomada de consciência corporal, possibilitando ao sujeito compreender-se melhor a si e ao mundo que o rodeia, a partir do movimento (Santos, 2007).

A cura através do ritmo e do movimento está presente em muitas culturas arcaicas onde são observáveis rituais de grupo e transe (Schott-Billman, 1972 citado por Bompastor, 2009). Os estudos sobre os efeitos psicoterapêuticos da dança iniciaram-se nos anos 40 com os princípios da Dança Movimento Terapia, emergindo a dança em contextos psiquiátricos. Autores como Marian Chace, Trudi Shoop e Mary Whitehouse. Os objectivos da Dança Movimento Terapia diferem consoante a população a que se destinam, no entanto os objectivos gerais centram-se na aceitação do corpo e da história pessoal, no desenvolvimento da imagem corporal, na utilização expressiva e criativa do corpo, no desenvolvimento de competências de comunicação

e interacção, na promoção da coordenação e da auto-estima, na promoção do equilíbrio emocional, no aumento do contacto visual nas interacções e na exploração e integração do simbolismo pessoal.

Estudos de Laban citado por Bompastor (2009) acerca do movimento enunciam quatro factores primários que se desenrolam num contínuo com dois extremos opostos, que se referem ao fluxo (contido e livre), ao espaço (directo e indirecto), ao peso (leve e firme) e tempo (sustido e súbito). Com estas características, segundo as quais podemos descrever os movimentos, o autor afirma que estes transportam consigo não só informação como características de quem o empreende. Neste sentido, o movimento e a dança oferecem a possibilidade de expressar emoções, favorecendo a integração mente-corpo ao aumentar a consciência e as potencialidades expressivas da linguagem corporal ultrapassando a barreira da comunicação verbal, melhorando a comunicação consigo mesmo e com os outros e harmonizando o espaço externo e as representações internas.

Em 1927, Moreno faz a sua primeira apresentação sobre Psicodrama enquanto terapia que parte do mundo pessoal e que desenvolvida em grupo permite a partilha de emoções e compreensões. No psicodrama, que apela aos efeitos terapêuticos do drama, um elemento do grupo, considerado protagonista, tem a possibilidade de representar o presente, passado ou futuro, que se revele problemático. É auxiliado pelo terapeuta, o Director, que usa outros membros do grupo, os egos-auxiliares, para desempenhar papéis de pessoas significativas para o protagonista, libertando assim o seu potencial criativo (Dias, 2009).

O Sociodrama surge com base nos conflitos sociais, convidando os elementos participantes a vivê-los no grupo, tendo vários estudos demonstrado os seus efeitos positivos ao nível da personalidade, do locus de controlo, da sintomatologia, postura e comportamentos alterados, reacções de ajustamento e perturbações anti-sociais. Tendo como instrumentos o protagonista, o Director, os egos-auxiliares, o auditório e o cenário, desenrola-se em três grandes fases: o aquecimento, a dramatização e os comentários finais. Para tal são utilizadas diversas técnicas como a troca de papéis (troca de lugar com o ego auxiliar), o solilóquio (suspensão da cena para que o protagonista “pense alto” sobre a mesma, corrigindo deturpações), interposição de resistência (provocação de situações inesperadas para que o protagonista actue de forma diferente da que esperava), espelho (imitação do protagonista pelo ego-auxiliar para que este se aperceba de aspectos da sua conduta), duplo/desdobramento do “Eu” (sussurro do discurso implícito por parte do ego-auxiliar por trás ou lado do protagonista), estátua (moldagem dos egos pelo protagonista), auto-apresentação (apresentação de cada elemento no cenário), representação simbólica (situações que substituem cenas da vida real de difícil representação), objecto intermediário (utilização de adereços para alcançar a interacção com o protagonista), representação do átomo social (colocação em estátua dos sujeitos mais significativos para o

protagonista) e “role-playing” (representação de um papel temido pela pessoa) (Dias, 2009).

Já no paleolítico pinturas eram realizadas por caçadores com o objectivo de exercer um efeito mágico na captura de animais. As potencialidades terapêuticas da arte são reconhecidas na Antiguidade Clássica, uma vez que a sua prática promovia o equilíbrio geral na pessoa. Aristóteles foi o primeiro a referir a noção de catarse aliada a esta prática considerando as artes como curativas (Bucho, 2009).

No início do séc. XIX, em França as artes são introduzidas nos asilos e com Philippe Pinel é proposto o tratamento de presos com perturbações psiquiátricas nos quais inclui a produção artística de pacientes hospitalizados.

No início do séc. XX, a arte com o objectivo catártico é introduzida em muitos hospitais psiquiátricos como ocupação e divertimento para os pacientes. Daqui surgiram diversos estudos sobre a arte e a doença mental como estudos de Ambroise Tadeu (1892), Paul Max Simon, Marcel Réja (1901), Benjamin Rush (1812), Pliny Earl (1845), Forbes Winslow (1830), Carlo Cura e Umberto Bachioni (citados por Bucho, 2009). No entanto, foi Paul Simon que publicou em 1876, os primeiros estudos de casos dos seus pacientes e suas produções artísticas. Autores como Morselli (1894), Júlio Dantas (1900) e Joseph Rogues de Fursac (1905) defendem que a doença se pode interpretar mediante a produção artística. Em 1906, Mohr citado por Bucho (2009) afirmava que os desenhos de doentes mentais reflectiam histórias de vida e conflitos pessoais, constituindo elementos importantes no estudo da personalidade, pelo que influenciou o desenvolvimento de testes projectivos como o Rorschach, o TAT (Murray) assim como alguns testes de inteligência (Binet-Simon, Goodenough e Bender).

Observando os desenhos ou pinturas de crianças percebe-se que estes não encerram em si a intenção de ser contemplada por outros mas sim a catarse de forças inconscientes, constituindo para a criança um meio de estimular a imaginação e desenvolver o raciocínio. Neste sentido a expressão plástica é um facilitador de expressão de aspectos psicológicos de difícil exteriorização. O recurso a pintura, modelagem ou colagem, permite, de uma forma mais contentora para a pessoa, expressar livremente tensões, desejos, temores, afectos, etc.

Para Wanderley (2002) citado por Santos (2008) a arte facilita a expressão criativa da pessoa podendo esta recorrer a este mediador como uma forma de se comunicar com o mundo e de se reestruturar internamente, uma vez que ao relaxar a suas defesas, a pessoa pode entrar em contacto, sentir e elaborar de uma forma menos ameaçadora o mundo externo.

3. Os mediadores artístico-expressivos em intervenção com o autismo

Alguns estudos evidenciam que muitos pacientes não responsivos ao tratamento de psicoterapias “verbais” podem obter bons resultados face a abordagens não-verbais (Santos & Simões, 2009). Inclusive um estudo nos E.U.A. conclui que “clientes que tendiam a internalizar beneficiavam mais com procedimentos das terapias expressivas”, assim como os pacientes mais resistentes, obtinham melhores resultados com procedimentos não directivos (Machado, 1996). Os estudos de Marian Chace, concluíram que as abordagens não-verbais podem apresentar-se como o único meio de comunicação com pacientes que se encontram presos num “mundo de silêncio” (Feder & Feder, 1986).

Neste sentido, o recurso a intervenções com mediadores artístico-expressivos com crianças com NEE parece ser benéfico (Warren & Coaten, 1991; Levy, 1992 citado por Santos 2007), pois todas as experiências multimodais expressivas possibilitam uma vivência holística da pessoa, pois são vivenciadas no Eu Corporal, recorrendo maioritariamente à comunicação não-verbal. Nestas crianças a expressão de sentimentos e desejos é facilitada através da linguagem não-verbal, pois na maioria das vezes ainda não conseguem expressar-se claramente através da comunicação verbal. Através da arte, dos jogos e das brincadeiras essa comunicação torna-se possível, favorecendo assim o seu desenvolvimento afectivo e cognitivo, o que a ajuda a conhecer e a dominar o seu próprio corpo e a manter as relações sociais. Visando proporcionar o maior número de contactos e descobertas, as actividades com mediadores artísticos envolvem a percepção visual (tamanho, espaço, superfície, volume, textura, linha, cor, luminosidade, etc), táctil (áspero, liso, quente, frio, rugoso, mole, duro, seco, húmido, etc) e sonora (altura, duração, intensidade, ritmo, etc). No entanto, o contacto com os materiais deve respeitar sempre a maturidade emocional e cognitiva da criança, o seu desempenho global e a sua curiosidade. No caso, de crianças autistas à que atender às idiossincrasias e hipersensibilidade sensorial da criança.

Tanto em crianças com autismo como sem autismo, a arte expressa a linguagem do inconsciente tal como em adultos, permitindo a sua reestruturação e reorganização e direccionando o seu foco para processos individuais como emoções e dificuldades da pessoa através dos recursos expressivos (Andrade, 1994 citado por Valladares, 2004).

Segundo Cooper e Widdows (2004 citados por Epp, 2008), a utilização de mediadores artístico-expressivos é particularmente apropriada para intervir com crianças autistas porque contorna as suas dificuldades na linguagem verbal, permitindo o desenvolvimento da comunicação empática não-verbal. Assim a transferência de conhecimento baseia-se numa dinâmica lúdica entre criança e adulto. Neste sentido, este tipo de intervenção tem uma importante componente no treino das competências sociais, motivando as crianças autistas a participar pois é para elas uma actividade aceitável (Elkis-Albuhoff, 2008). Sendo na sua maioritariamente “pensadores” concretos e visuais, a abordagem com mediadores artístico-expressivos oferece uma forma de resolução dos problemas visuais, fazendo com que as crianças

com autismo sejam menos literais e concretas na auto-expressão (Añino, 2003). Possibilita também à criança com PEA uma forma aceitável de descarregar a agressividade (Henley, 2000 citado por Epp, 2008).

Recorrendo ao uso de ícons, símbolos e histórias sociais, as crianças autistas são ajudadas a lembrar-se do que estão a pensar, integrando intelectual e emocionalmente com as suas experiências pessoais. Adicionalmente, através da arte da criança, o terapeuta consegue perceber o que a criança está a experienciar, sem recorrer ao verbal. Permite a estas crianças, que normalmente experimentam a ansiedade em situações sociais, a relaxar e desfrutar nas mesmas enquanto aprendem competências sociais num ambiente cuidadosamente controlado (Epp, 2008).

Os estudos levados a cabo por Evans & Dubowski (2001), que enfatizam o valor da utilização de mediadores artístico-expressivos com crianças com autismo pela natureza não-verbal do trabalho com este grupo, recorrendo à maioritariamente à linguagem corporal. Neste sentido, os estudos revelaram a necessidade do terapeuta cultivar formas mais sensíveis de comunicação diferentes do discurso verbal. Descreve a necessidade de adquirir uma capacidade de seguir empaticamente a criança de forma a estabelecer um canal para a aprendizagem. Neste ambiente, a criança constrói uma relação de confiança com o terapeuta. No entanto, alguns autores alertam para o longo processo de conquista de confiança na criança autista, que muitas vezes não se consegue “encontrar” com o terapeuta na relação (Green & Luce, 1996 citados por Emery, 2004).

O estudo de Epp (2008) examinou a eficácia de um programa terapêutico de competências sociais para crianças em idade escolares dos 11 aos 18 anos, recorrendo à terapia com mediadores artístico-expressivos e a técnicas cognitivo-comportamentais. Foram utilizados instrumentos de pré e pós-teste distribuídos a pais e professores tendo decorrido a intervenção durante 9 meses. Os resultados revelaram progressos ao nível da afirmação pessoal juntamente com um decréscimo de comportamentos internalizados, da hiperactividade e de problemas comportamentais (Epp, 2008).

Em 2004, Emery realizou uma intervenção com mediadores artístico-expressivos com uma criança de seis anos diagnosticado com autismo sem deficiência mental, afirmando que as crianças desenham e criam arte porque precisam relatar o seu mundo (Horovitz, Lewis e Luca, 1967 citados por Emery, 2004). Este estudo de caso demonstrou que através da intervenção com estes mediadores, esta criança atingiu um maior desenvolvimento, crescimento e capacidade de relato, aquisições manifestas também através dos seus desenhos que reflectiram um progresso através do desenvolvimento da constância do objecto.

Os estudos de Elkis-Albuhoff (2008) comprovam a importância da terapia com mediadores artístico-expressivos no desenvolvimento da comunicação em crianças autistas. Realizou com uma criança com Síndrome de Asperger com quem realizou uma intervenção, verificando que após 7 meses de intervenção a criança se mostrava

mais comunicativa, menos ansiosa na interacção social, tendo integrado novas estratégias para lidar com situações sociais. O seu envolvimento com os pares também sofreu uma evolução positiva.

Em países como os E.U.A. e Grã-Bretanha as terapias expressivas integradas em estabelecimentos de ensino público têm revelado uma receptividade crescente, assumindo-se como uma abordagem preferencial (Frostig & Essex, 2002).

É em contexto escolar que muitas vezes estas crianças encontram o único ambiente estruturado de acordo com as suas necessidades, sentindo-se por isso mais seguras e apresentando comportamentos mais estáveis, pelo que este constitui um importante terreno para observação, diagnóstico e intervenção. As terapias de curta duração (maioritariamente usadas em settings escolares) são boas alternativas para crianças que requerem atenção terapêutica (Wengrower, 2001).

O trabalho do terapeuta na escola é sem dúvida uma mais-valia para estas crianças mas pode a sua implementação ser pautada por dificuldades inerentes à manutenção dos componentes básicos de um setting clínico (Wengrower, 2001). É necessário atender e adaptar-se a situações como as interrupções e a calendarização das sessões segundo actividades e pausas lectivas, a diversidade etária das crianças e adolescentes e a variabilidade e complexidade das problemáticas dos alunos, o trabalho em contacto estreito com os professores e a supervisão das práticas pelos responsáveis pela escola, a relação com os familiares e solicitações de autorização para a intervenção, a aliança com a criança ou adolescente que saliente a existência do sigilo e confidencialidade, uma vez que existe uma estreita comunicação com os seus professores e pais e a necessidade de existência de documentação relativa ao processo da criança (Santos, 2007).

II Estudo Empírico

1. Enquadramento Metodológico

A presente investigação resulta do facto de diversas investigações elaboradas afirmarem que a utilização de mediadores artístico-expressivos nas intervenções com crianças com PEA, promovem o desenvolvimento das capacidades comunicativas, o decréscimo da ansiedade sentida na interacção social através da integração das novas estratégias para lidar com situações sociais e um aumento do envolvimento com os pares (Emery, 2004; Epp, 2008; Elkis-Albuhoff, 2008). Todos estes aspectos são em parte traduzidos nos comportamentos não-verbais da criança e pela maior ou menor utilização dos reguladores da interacção (contacto visual, expressão facial, utilização do gesto, proxémia, etc).

1.1. Objectivos da investigação

Neste sentido, esta investigação assume-se como uma investigação-acção ao procurar estudar o comportamento não-verbal e a utilização dos aspectos acima referidos enquanto reguladores da interacção pela criança com PEA numa intervenção com mediadores artístico-expressivos, procurando responder às seguintes questões de Investigação:

1. Qual o comportamento não-verbal manifesto pela criança com PEA ao longo da intervenção com mediadores artístico-expressivos?
2. Como evolui o comportamento não-verbal da criança com PEA ao longo da intervenção com mediadores artístico-expressivos?
3. Existe um aumento da utilização dos reguladores da interacção social (contacto visual, expressão facial, gestos, proxémia, tom de voz...) ao longo da intervenção com mediadores artístico-expressivos com crianças com PEA?
4. Existem semelhanças nos comportamentos não-verbais observados nas crianças com PEA, participantes na intervenção?

Para uma melhor compreensão dos conceitos apresentados nas questões de investigação e que constituirão as categorias a analisar neste estudo através da Grelha Categorical (anexo 4), procede-se seguidamente à definição dos mesmos.

Atendendo à importância de uma clarificação nos conceitos que constituem as categorias a ser avaliadas e medidas neste estudo, é de todo pertinente proceder à definição das categorias que serão analisadas na análise dos resultados, para uma melhor compreensão das mesmas. Nesta investigação entende-se por **comportamento não-verbal** os aspectos inerentes à comunicação não-verbal e que não recorre a palavras mas a sorrisos, gestos, movimentos de olhos, toques, volume de voz e silêncios (Devito, 1997 citado por Lemos, 2006).

Por **contacto visual** entende-se o estabelecimento de contacto visual com outra pessoa ou objecto, assumindo este, uma importância significativa na emissão de informação dependendo da sua qualidade, direcção e duração. Segundo alguns autores o contacto visual também pode servir funções de esperar feedback ou informar que se está disponível para falar com alguém ou a prestar atenção (Argyle & Cook, 1976 citados por Lemos, 2006).

A **Expressão facial** permite informar sobre o estado emocional do outro manifestando diferentes emoções através do rosto e da expressão da face no seu todo (Kreps, 1995 citado por Lemos, 2006). Nas crianças a percepção das emoções funcionam como estímulos que possibilitam a construção de um banco de memórias com as representações perceptuais de diferentes emoções, sendo estas utilizadas para a comunicação e permitindo desenvolver mecanismos de auto-regulação e permitir o desenvolvimento do estágio de adaptação social (Assumpção e tal, 1999). Nas crianças com PEA verifica-se a percepção de algumas categorias específicas de reconhecimento facial, embora não consigam identificar adequadamente os estados mentais mais subtis (Assumpção e tal, 1999).

O **Gesto** é neste estudo entendido como a substituição de uma informação verbal por um movimento ou acção corporal (Knapp & Hall, 1997 citados por Lemos, 2006).

As **Verbalizações/vocalizações** são uma forma paralinguística da comunicação e envolvem a velocidade, volume, ritmo, tom e expressão da voz, influenciando estas qualidades a mensagem, mesmo através do silêncio (Kreps, 1995 citados por Lemos, 2006).

A **Proxémia**, é aqui entendida como o estudo da distância entre as pessoas e os objectos nas relações interpessoais e no espaço. Para Kreps (1995 citado por Lemos) existem três pontos a considerar no sistema proxémico que se referem ao espaço pessoal, à territorialidade e à ecologia de grupo. A diferença entre os dois primeiros pontos é definida por Fischer (1994 citado por Lemos, 2006) e define o primeiro como uma área visível e estável referindo-se a um grau de protecção relativamente a objectos e espaços físicos, e o segundo como uma zona sócio-afectiva invisível em torno do indivíduo que ao ser penetrada por outra pessoa provoca uma reacção de defesa no indivíduo.

O Modelo de Hall (1976 citado por Vala, 2004 e Lemos, 2006) categoriza as distâncias interpessoais distinguindo quatro distâncias contendo cada uma duas fases, a próxima e a afastada, que definem o relacionamento entre pessoas e tipos de comunicação: a distância íntima que varia do toque até 18 polegadas e onde se verificam cargas informativas significativas acerca da outra pessoa sendo possível sentir o seu cheiro, reparar em pormenores visuais (excepto no contacto muito directo de olhares), sentir a respiração e experimentar sons do outro situando-se a comunicação oral ao nível do murmúrio numa fase próxima. Na fase afastada que pode ir até ao meio metro de distância verifica-se a percepção parcial do corpo do outro, mantendo-se o contacto visual, mantendo um tom de voz baixo e sendo ainda perceptível os estímulos olfactivos. O **Toque** é entendido como o comportamento de tacto entre pessoas e objectos e é considerado o canal mais íntimo da comunicação humana satisfazendo necessidades fisiológicas e sociológicas como a atenção, a inclusão ou o cumprimento (Montagu citado por Kreps, 1995 citado por Lemos, 2006).

Na distância pessoal numa fase próxima que varia do meio metro aos oitenta centímetros, o toque pode ocorrer se a pessoa semi-estender os braços e é entendida como a esfera invisível que separa uma pessoa da outra sendo possível perceber as mudanças faciais subtis, na fase afastada de oitenta centímetros a metro e meio, a possibilidade de toque corporal encontra-se no seu limite pois só é possível pela extensão completa de um braço e onde a percepção facial continua a ser possível sendo utilizado um tom de voz entre os 30 e 35 decibéis, sendo apenas percebidos olfactivamente os odores mais intensos. A distância social próxima varia entre metro e meio a dois metros e começa a perder-se a percepção de pormenores da expressão facial. É uma distância convencional que marca uma fronteira social e permite já a percepção do tronco do outro e do seu vestuário. Numa fase afastada que varia dos dois metros aos três metros e meio, todo o corpo do outro é perceptível, podendo existir objectos entre os interlocutores, é uma distância impessoal onde não se

percebem odores corporais e onde a atenção visual não se concentra particularmente no rosto do outro, sendo por vezes necessário elevar a voz para comunicar. A distância pública, numa fase próxima, envolve uma distância de três metros e meio a oito metros e meio, e reveste-se de um carácter formal, obrigando a uma escolha das palavras a utilizar e de uma elevação do tom de voz, não se percebendo muitas vezes as expressões faciais. Numa fase afastada, superior a oito metros e meio, a comunicação interpessoal directa já não é possível, a menos que se eleve a voz artificialmente e que se utilizem gestos em detrimento das expressões faciais para comunicar (Soczka, 2004 citado por Vala, 2004).

A **Interação** é neste estudo entendida como a relação entre duas pessoas onde se verificam reacções e atitudes face ao que uma percebe que a outra está a pensar ou sentir, para além do que está a fazer (Heider, 1958 citado por Pereira, 2004 citado por Vala, 2004). Neste sentido por processo de interação entende-se as trocas que se fazem entre pessoas referindo-se tanto à sua forma como ao seu conteúdo (Jesuino, 2004 citado por Vala, 2004).

Importa salientar que não se pretende atingir com este estudo, qualquer tipo de generalização ao universo do qual serão retirados os participantes, mas sim aprofundar o mais possível, a forma como os sujeitos implicados no estudo respondem à intervenção com os mediadores artístico-expressivos e suas implicações ao nível do seu comportamento não-verbal. Neste âmbito este trabalho releva-se pertinente, em virtude de promover o conhecimento teórico-prático acerca da intervenção com mediadores artístico-expressivos com crianças com PEA, podendo os seus resultados revestir-se de alguma importância, uma vez que as conclusões, poderão contribuir para o estudo do comportamento não-verbal da criança com PEA e para as possibilidades de intervenção com mediadores artístico-expressivos. Em termos teóricos, este projecto de investigação poderá constituir um modesto contributo para o estudo do comportamento não-verbal da criança com PEA e a sua utilização dos reguladores de interação social. Em termos práticos poder-se-á revelar de alguma importância, visto que pode constituir-se como um recurso para conhecer diferentes práticas com crianças com PEA.

1.2. Participantes na Investigação

Face às questões de investigação inventariadas, considerou-se que o número de participantes mais adequado à natureza da investigação, seriam 4 crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 9 anos de idade com diagnóstico de PEA. Considera-se que o número de participantes se adequa à natureza da investigação, indo de encontro à pertinência prática do mesmo, visto que se trata da análise de quatro casos.

Tabela 1 – Participantes na Investigação

Participantes	Género		Idade	Diagnóstico	Equipa responsável pelo Diagnóstico	Estabelecimento de Ensino (EBI/JI da Malagueira)
	Fem.	Masc.				
"A"	X		9	PEA com um QD muito Inferior associado	Consulta de Autismo do C.D.C. do Hospital Pediátrico de Coimbra	Ensino Básico Unidade de Ensino Estruturado (metodologia TEACHH)
"C"		X	4	PEA com um nível de comportamento adaptativo muito Inferior associado	Consulta de Autismo do C.D.C. do Hospital Pediátrico de Coimbra	Jardim-de-Infância Unidade de Ensino Estruturado (metodologia TEACHH)
"G"		X	5	PEA com um QD muito Inferior associado	Consulta de Autismo do C.D.C. do Hospital Pediátrico de Coimbra	Jardim-de-Infância Unidade de Ensino Estruturado (metodologia TEACHH)
"I"		X	9	PEA (Síndrome de Asperger) com um PHDA associada	Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIN)	Ensino Básico Unidade de Ensino Estruturado (metodologia TEACHH)
N	4	1	3			

Todas as crianças frequentam o Agrupamento n.º 1 de Escolas de Évora, sendo que 2 estão integradas no jardim-de-infância e 2 estão integradas no Ensino Básico. Apenas 1 das crianças frequenta a Unidade de Ensino Estruturado (sala TEACHH) a tempo inteiro, estando as restantes crianças integradas em turmas regulares, frequentando a Unidade por pequenos períodos semanais.

1.3. Instrumentos de recolha da informação

Para elaborar o presente estudo, serão efectuadas 20 sessões individuais semanais com duração de 45 minutos com quatro crianças com PEA, na Escola EBI/JI da

Malagueira. Foram efectuados registos videográficos de todas as sessões e registos de cada sessão através de uma Grelha Categorical e de uma *Escala de Registo do Comportamento da Criança* (adaptada de Santos, 2007). A avaliação do comportamento da criança será efectuada pela Escala de avaliação do comportamento autista CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) e pela Checklist ABC (*Autism Behavior Checklist*) numa aplicação pré e pós-intervenção.

1.4. Procedimentos

Num momento inicial da investigação procedeu-se ao pedido de autorização ao Agrupamento n.º 1 de Escolas de Évora para a realização da investigação com os alunos que frequentam os estabelecimentos de ensino agrupados. Após recepção do parecer positivo da Direcção do agrupamento (anexo 1 e 2) solicitou-se a autorização aos respectivos encarregados de educação dos alunos participantes na investigação (anexo 3).

Com as devidas autorizações, iniciou a autora da presente investigação, a intervenção com as crianças, procedendo-se num momento inicial e final à avaliação com os instrumentos CARS e ABC e durante a investigação procedendo aos registos videográficos, que permitiram o preenchimento da Grelha Categorical (anexo 4) e da *Escala de Registo do Comportamento da Criança* (anexo 5).

Num momento final deste estudo, procedeu-se à análise da intervenção com cada criança individualmente, atendendo à sua evolução numa perspectiva longitudinal baseada nas variações verificadas através dos registos videográficos, e dos dados presentes na Grelha Categorical e *Escala de Registo do Comportamento da Criança*, bem como da aplicação dos instrumentos pré e pós-intervenção (CARS e ABC).

Numa análise global das 4 intervenções, procedeu-se a um estudo das semelhanças encontradas em todos os casos, enriquecendo desta forma a análise e reflexão acerca desta investigação.

1.5. Metodologia de Análise dos dados recolhidos

A metodologia de investigação poder-se-á dividir em dois importantes aspectos. Um respeitante aos momentos preparativos da própria investigação, cuidados metodológicos que devem ser tidos em consideração, desde a fase da definição do problema a investigar e a definição de um modelo de relações entre as variáveis a testar. O outro refere-se às questões do plano da investigação. É importante não descorar o sentido da necessária continuidade de decisões e de passos na investigação científica (Almeida & Freire, 2003).

Tendo como consideração as perguntas de partida e o tipo de estudo que se pretende desenvolver, com vista a atingir os objectivos propostos, a metodologia de estudo foi essencialmente qualitativa recorrendo à análise de conteúdo e à análise categorial.

Segundo Vala (1987), na prática da análise de conteúdo deverão estar constantes algumas operações mínimas, as quais foram seguidas no presente estudo.

Inicialmente procedeu-se à delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa, acima exposto. Num momento posterior procedeu-se à constituição de um *corpus* da análise constituído pelo material a analisar, produzido com vista à pesquisa e à definição de categorias, acima referidas, atendendo a que a categorização pretende reduzir a complexidade da realidade analisada, bem como identificá-la e ordená-la, atribuindo-lhe um sentido e constituindo-se como elemento chave da análise. A definição das unidades de análise, segundo o autor, pressupõe a definição de três tipos de unidade na análise de conteúdo, e referem-se à unidade de registo, que é um segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa determinada categoria, à unidade de contexto, que se refere ao segmento mais longo de conteúdo que o investigador analisa quando caracteriza uma unidade de registo, e a unidade de enumeração, que é a unidade em função da qual se procede à quantificação (as unidades são observáveis na Grelha Categorical apresentada no anexo 4). Por fim, foi possível proceder à quantificação, embora a análise de conteúdo não implique necessariamente esta fase. O tratamento de dados pode efectuar-se através da análise de ocorrências, da análise avaliativa e/ou da análise estrutural. Atendendo ao facto da Escala de Registo do Comportamento da Criança apresenta os itens para cotação numa escala de 5 valores, em alguns itens procedeu-se à reordenação da escala, visando alcançar uma tendência dos resultados para a concordância face aos objectivos deste estudo (por exemplo, se no item respeitante ao contacto táctil o valor máximo era *Muito Frequente*, no afastamento o valor que se pretendia atingir era *Pouco Frequente*).

Tendo em consideração as perguntas de partida do presente estudo, ou seja, o problema de investigação, os dados foram recolhidos através da aplicação do instrumento CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) e ABC (*Autism Behavior Checklist*) pré e pós intervenção, da Escala de avaliação do comportamento da criança adaptada pela autora do presente estudo e do estudo da grelha categorial para análise dos registos videográficos, que foi feito longitudinalmente ao longo das sessões visando o estudo do perfil de variações. Estas sessões realizaram-se individualmente e tiveram a duração aproximada de 45 minutos, decorrendo ao longo de seis meses, entre Janeiro e Junho de 2009, no Agrupamento de escolas EBI/JI da Malagueira em Évora.

1.6. Cuidados Éticos e Deontológicos

Em épocas passadas, a investigação com pessoas era realizada sem os cuidados éticos actualmente atendidos. Opondo-se a esta prática surgiram várias comissões de ética com o objectivo de regulamentar e controlar a investigação a este nível, defendendo os direitos dos cidadãos

Neste projecto de investigação foram assegurados princípios e valores éticos nomeados nas Bases Gerais do Código de Ética da CODEM pela sua especificidade para com pessoas com NEE (Nepomuceno et al., 2008). Dado que pretendemos analisar o comportamento de crianças com PEA, é necessário atender à importância dos cuidados éticos e deontológicos os quais não podem ser menosprezados. Assim este estudo procurou assegurar relativamente às crianças participantes na investigação princípios como o Princípio do Respeito pela Pessoa, o Princípio da Não-maleficência, o Princípio da Justiça, o Princípio da Vulnerabilidade, o Princípio da Dignidade, o Princípio do Direito à Privacidade e Confidencialidade, o Princípio do Direito à Autonomia e o Princípio do Direito à Participação.

Relativamente às famílias das crianças envolvidas no estudo foram assegurados princípios éticos e deontológicos, como o consentimento informado dos encarregados de educação dos participantes e a confidencialidade dos dados, respeitando ainda o Princípio do Direito à Informação, que respeita à devolução das conclusões deste estudo.

A nível institucional foram respeitadas as prerrogativas do Agrupamento n.º1 de Escolas de Évora e da EBI/JI da Malagueira.

Reconhece-se ainda a existência de limitações no estudo, pelo que os resultados não deverão ser generalizados.

2. Análise de Casos

A investigação com os 4 casos que se apresentam de seguida realizou-se num espaço facultado pela EBI/JI da Malagueira, modificado pela psicóloga de acordo com o tipo de investigação pretendido. Neste sentido, organizou-se o espaço apenas com um edredão no chão, junto à janela, contendo os instrumentos musicais e os lenços e bolas. Num dos cantos da sala colocou-se o rádio que se manteve com uma música de fundo (apenas instrumental) ao longo das sessões. Num outro espaço da sala foram colocados os materiais plásticos como canetas de feltro, lápis de cor e de cera e vários recipientes com tintas e pincéis de diversos tamanhos e papel. No outro canto da sala existia ainda uma caixa com peluches e fantoches.

Foram respeitadas a constância da organização do espaço e do horário e frequência das sessões.

2.1. Caso “A”

2.1.1. Enquadramento

“A” é uma criança do sexo feminino, com 9 anos de idade, nascida a 21 de Novembro de 1999. É a única filha de um agregado com três elementos e vive com ambos os pais em habitação própria do agregado. Através de entrevista aos pais, percebeu-se que “A” revela uma grande dependência face à figura materna, revelando-se claramente ansiosa na ausência da mãe, mesmo em contexto escolar, mostrando um comportamento agitado e repetindo sucessivamente “A mãe já vem!” como forma de se auto-tranquilizar. Apesar de desenvolver algumas actividades com o pai, como andar de bicicleta, estas têm uma duração muito curta, pois “A” parece abandonar e desinteressar-se rapidamente das actividades quando percebe a ausência da mãe. Os pais referem grande cansaço e frustração por não observarem as evoluções em “A” que esperavam e mostram-se descrentes face às estratégias domiciliárias propostas pela escola para a menina.

Os primeiros comportamentos autistas começaram a observar-se em idade pré-escolar no Jardim-de-Infância da EBI/JI da Malagueira, tendo a criança sido sinalizada, observada e encaminhada pelo médico do Hospital da área de residência para a Consulta de Autismo do Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra, por suspeita de ter uma Perturbação do Espectro do Autismo. Com 3 anos e 11 meses procedeu-se à primeira avaliação recorrendo aos instrumentos *Autism Diagnostic Interview Revised* – ADI-R, *Childhood Autism Rating Scale* – CARS e aos critérios de diagnóstico da DSM-IV para autismo, que confirmaram o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo associado a um nível de desenvolvimento muito abaixo da média para a sua idade cronológica (QD – 45%).

Com a idade cronológica de 4 anos e 10 meses, foi efectuada uma avaliação do desenvolvimento com a Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths. O resultado, em

termos globais, traduzia um Quociente de Desenvolvimento (QD) de 45%, correspondendo a uma Idade Mental (IM) de cerca de 2 anos e 2 meses. Os resultados obtidos nas diferentes áreas que compõem esta escala apontavam para um QD motor = 69% (IM= 3anos e 4 meses), um QD pessoal-social = 45% (IM = 2 anos e 2 meses), um QD de audição e fala = 31% (IM = 1 ano e 6 meses), um QD coordenação olho-mão = 28% (IM = 1 ano e 5 meses) e um QD de realização = 53% (IM = 2 anos e 7 meses).

Aos 6 anos de idade e 4 meses foi avaliada pela mesma equipa com a *Vineland* (Escala de Comportamento Adaptativo de Sara Sparrow, David Balla e Domenic Ciccheli) onde se verificou que a menina apresentava um nível de Comportamento Adaptativo médio de 31 meses (-3DP). Os resultados obtidos nas diferentes áreas reportam para um desenvolvimento na área da comunicação (receptiva, expressiva e escrita) = 29 meses, na área da autonomia (pessoal, doméstica e na comunidade) = 37 meses e na área da socialização (relações interpessoais, jogos, lazer e regras sociais) = 27 meses.

Utilizando o *PEP-R* (Perfil Psicoeducacional Revisto de Eric Shoppler) para avaliação psicoeducacional, os resultados sugerem que o nível de desenvolvimento funcional de "A" se situa entre os 24-29 meses, mas com possibilidade de evoluir para um nível superior (30-34 meses nos comportamentos emergentes) e que apresenta como áreas mais fortes a Motricidade Global (nível funcional 52-70 meses) e a Imitação (nível funcional 31-33 meses). Nos restantes comportamentos emergentes avaliados verificou-se um nível funcional de 28-33 meses na Percepção, de 52-70 meses na Motricidade Global, de 29-30 meses na Motricidade Fina, de 30-33 meses na Coordenação Óculo-Manual, de 21-11 meses na Realização Cognitiva e de 18-20 meses na Realização Verbal.

Com 7 anos e 3 meses continuava a frequentar o Jardim de Infância da EBI/JI da Malagueira, com o apoio da Sala TEACCH, tendo tido adiamento escolar, revelava interesse pela música e gostava de ouvir e cantar canções. Mostrava grande resistência a realizar as actividades propostas em contexto escolar e familiar, recorrendo ao choro até que fosse satisfeita a sua vontade. Neste período foi efectuada uma reavaliação com o *PEP-R* pela mesma equipa médica, cujo resultado indicava um nível funcional de cerca de 27-31 meses, com capacidades emergentes ao nível dos 31-36 meses. Os resultados obtidos nas diferentes áreas reportam para um nível funcional de 34-37 meses com capacidades emergentes de 38 – 42 meses para a Imitação, de 34-41 meses com capacidades emergentes de 42-54 meses para a área da Percepção, na área da Motricidade Global apresentava resultados acima dos 52-70 meses, na Motricidade Fina apresentava um nível funcional de 31-36 meses com capacidades emergentes de 37 – 40 meses, na Coordenação Óculo-Manual apresentava um nível funcional de 34-37 meses com capacidades emergentes de 38 – 41 meses, na Realização Cognitiva apresentava um nível funcional de 24-25 meses com capacidades emergentes de 27 – 28 meses e no Desempenho Verbal

apresentava um nível funcional de 21-22 meses com capacidades emergentes de 27 – 28 meses.

Foi igualmente efectuada uma reavaliação com a *Escala de Comportamento Adaptativo – Vineland*, tendo obtido um resultado, em termos globais, que sugeria um nível de comportamento adaptativo composto -3DP da média, correspondendo a uma idade funcional de 2 anos e 9 meses. Os resultados obtidos nas sub-áreas avaliadas nesta escala apontam para uma idade funcional de 2 anos e 7 meses, percentil 50 para a população de crianças com autismo na área da Comunicação, idade funcional de 3 anos e 2 meses, percentil 60 para a população de crianças com autismo, na área da Autonomia e idade funcional de 2 anos e 5 meses, percentil 65 para a população de crianças com autismo na área da Socialização.

A nível da terapêutica medicamentosa, foi sugerido que fosse administrado a “A” 0,75 mg de Risperidona duas vezes ao dia.

Actualmente “A” frequenta a EBI/JI da Malagueira estando integrada na sala e metodologia TEACCH, por apresentar um diagnóstico de PEA. Segundo os professores que acompanham “A”, notaram-se progressos ao nível das várias áreas de desenvolvimento, tendo-se registado uma melhoria na autonomia pessoal em relação à alimentação e higiene. Começou a utilizar o programa “MAKATON” para ajudar a melhorar a área da fala/linguagem. As dificuldades situam-se ao nível da área da imitação sobretudo no jogo faz-de-conta. Outra dificuldade sentida pelos professores é a presença muito frequente de estereotipias, como seja o rodopiar sobre ela própria ou o andar de um lado para o outro com objectos na mão, e o controle de situações de auto-agressão.

2.1.2. Intervenção

Nas sessões iniciais “A” mostrou-se resistente à entrada na sala com a psicóloga, característica frequente em crianças com PEA, uma vez que se estava a introduzir uma mudança na sua rotina. Na primeira sessão reagiu com choro durante os dois primeiros momentos da sessão (30 minutos iniciais), não aderindo com interesse por um período de tempo significativo para realizar uma actividade. Não ajudava a descalçar para iniciar a sessão e mantinha a cabeça baixa para evitar o contacto visual com a psicóloga. A interacção partia sempre de uma iniciativa da psicóloga e de tentativas sucessivas a que “A” reagia escondendo a cara, colocando-se de costas ou em alinhamento lateral, levantando-se e vagueando pela sala correndo e saltitando e mantendo-se a realizar movimentos estereotipados com objectos que trazia da sala TEACHH (cartão que indicava a actividade que ia realizar) ou mantendo-se no canto da sala mais afastado possível da psicóloga com o olhar ausente na maior parte do tempo.

Em sessões iniciais eram também frequentes as tentativas de fuga de “A” da sessão, revelando muita ansiedade e insegurança num espaço, para si, novo com uma pessoa estranha, tentando por isso sair e encaminhar-se para a sua sala onde

parecia sentir-se mais segura. Num momento final da sessão pedia repetidamente “lanche” como forma de sair da sessão e dirigir-se à sala TEACHH.

O seu tom de voz era muito baixo, quase imperceptível e respondia quase sempre com vocalizações às intervenções verbais da psicóloga.

Na primeira sessão aderiu sem grande interesse à bola mantendo-se a lançá-la ao chão de forma estereotipada e sem conseguir jogar com a psicóloga (embora recebesse a bola desta não voltava a lançá-la). Após abandonar esta tarefa, mostrou-se mais interessada na canção “A Borboleta” que a psicóloga cantou, reproduzindo a melodia mas sem conseguir memorizar a canção na sua totalidade. Durante a sessão revelava grande resistência ao estabelecimento de contacto visual mesmo quando era chamado o seu nome.

Numa segunda sessão começou a realizar aproximações pontuais ao edredão onde estava a psicóloga, começou a observar a actividade que esta realizava ao fazer bolas de sabão e rebentando-as ao tocar-lhe. Esta actividade parece ter despertado alguma curiosidade em “A” que se aproximava e afastava rapidamente tocando numa das bolas e mantendo-se depois à distância a cheirar as mãos para sentir o cheiro do sabão. Com o decorrer da sessão começou a aproximar-se com maior frequência da psicóloga, mas com interesse aparentemente apenas no recipiente de onde provinham as bolas de sabão. Manteve-se breves segundos no edredão tentando apanhar as bolas de sabão como observava a psicóloga a fazer, verbalizando várias vezes “Quer bolas” quando a psicóloga interrompia a actividade. Durante a realização da actividade sorriu pela primeira vez sempre que conseguia tocar nas bolas e a psicóloga elogiava esta acção. Num momento posterior manteve-se deitada no edredão envolvendo-se com um lençol e escondendo a cara com o mesmo. Apesar de se manter deitada de costas para a psicóloga, pareceu aceitar melhor a proximidade física, estabelecendo por curtos períodos o contacto visual com a mesma, enquanto escondia e destapava a cara com o lençol e rindo sempre que a psicóloga conseguia encontrar o seu olhar por alguns momentos.

Nas sessões seguintes, mostrava-se mais receptiva à proximidade física com a psicóloga, mas continuava a aproximar-se apenas para explorar os instrumentos musicais, lenços e bolas que lhe despertavam curiosidade afastando-se logo de seguida vagueando pela sala e detendo-se algum tempo com maneirismos motores e movimentos estereotipados. Mostrava alguma receptividade para com a psicóloga, embora ainda procurasse muito assumir o controlo da interacção e proteger-se do contacto visual e proximidade física estabelecida, afastando-se quando a psicóloga tomava alguma iniciativa de aproximação. No entanto, verificava-se já alguma curiosidade face à relação com o outro, quando “A” se refugiava no canto mais afastado da sala segurando um lenço, que utilizava sempre que espreitava a psicóloga e esta olhava para ela, sorria e dizia “olá”, para esconder a cara, rindo quando isto acontecia. Utilizava com frequência o lenço de forma estereotipada. Continuava a pedir “lanche” sempre que queria sair da sessão e voltar para a sala TEACHH.

Começou também a solicitar a actividade repetindo “Quer bolas” e trauteando partes da canção “A Borboleta”.

Na quinta sessão já aceitava por curtos momentos que a psicóloga lhe fizesse cócegas e reagia rindo, mantinha-se mais tempo no edredão e aceitava que a psicóloga pegasse numa das extremidades do lenço que segurava, e o movimentasse ao som da música. Embora se mantivesse em alinhamento frontal com a psicóloga continuava a evitar o contacto visual prolongado. Começou a aceitar melhor o toque nas mãos através da canção mimada “A Vassourinha”. Pela primeira vez aproximou-se dos materiais plásticos, revelando alguma curiosidade em explorar os mesmos e pegando nos materiais “secos” que utilizou de forma estereotipada. Revelou grande intolerância às tintas e apesar de revelar interesse por explorar as mesmas através do olfacto, quando olhava para a sua textura provocava o vômito e afastava o material de si. Pela primeira vez gritou na sessão enquanto se escondia num dos cantos da sala, revelando alguma frustração por não conseguir explorar os materiais plásticos, e atirando os mesmos para o chão enquanto gritava e olhava para a psicóloga, não permitindo a aproximação desta. Quando afastados os materiais plásticos aceitou a aproximação da psicóloga e tranquilizou quando esta lhe cantou uma canção mantendo-se a escutá-la com a cabeça deitada no seu colo, embora de costas. Continuou a reagir com o riso às cócegas, procurando iniciar esta actividade com a psicóloga. No final da sessão mostrou-se resistente a calçar para abandonar o espaço da sessão, rigidificando o corpo e verbalizando “Não quer”.

Nas sessões seguintes “A” continuava a tomar a iniciativa de realizar o jogo com a psicóloga em que escondia a cara e destapava estabelecendo contacto visual e rindo enquanto realizava esta actividade. Iniciava já algumas actividades como jogar com a bolar conseguindo já receber e lançar a bola para a psicóloga. Começou a permanecer mais tempo no edredão, preferencialmente junto ao rádio, e solicitava o contacto com a psicóloga estendendo os braços e deitando a cabeça no colo da mesma, embora quando o fizesse voltasse a cara para o lado, parecendo que o olhar directo com a psicóloga era para “A” demasiado desconfortável e invasivo. Aceitava carinhos no cabelo enquanto a psicóloga cantava para ela. Nesta mesma actividade que iniciou em algumas sessões permitiu a introdução de instrumentos musicais ao escutar o som que produziam quando a psicóloga os manipulava. Começou a imitar a psicóloga nesta tarefa enquanto permanecia deitada de costas no colo, explorando os mesmos com as mãos, nariz e boca. Apesar de gritar em algumas sessões, fazia-o já olhando para a psicóloga e sorrindo em alguns momentos. No final das sessões começou a ajudar a calçar-se. Continuou a mostrar-se curiosa por explorar a tinta mas provocava o vômito sempre que entrava em contacto com a mesma. Começou a tolerar melhor a proximidade física embora inicialmente apenas se mantivesse em alinhamento de costas. Começou nesta posição, a explorar materiais plásticos como a farinha, a água e a tinta com as mãos da psicóloga sobrepostas conseguindo manter-se mais tempo nesta actividade.

Progressivamente começou a sentar-se no colo da psicóloga em contacto directo com o tronco e tomando a iniciativa de se aproximar de costas ou em alinhamento lateral, predominantemente no início e final da sessão. Quando explorava os materiais parecia sentir-se mais segura com esta proximidade física, pois podia pedir à psicóloga para “lavar as mãos” sempre que se sentisse desconfortável com o contacto com os mesmos.

Na oitava sessão já pintava com o pincel e pedia para lavar as mãos, voltando a iniciar a actividade de pintura quando entrava novamente na sala. Começou a demonstrar menos rejeição aos materiais embora ainda necessitasse de abandonar as tarefas várias vezes. Imitava a psicóloga a espalhar a tinta com um dedo no papel. Revela também satisfação no momento de lavar as mãos com a ajuda da psicóloga rindo enquanto espreitava esta no espelho e os olhares se cruzavam e apreciando o toque da água e do sabão.

Na nona sessão começou a aceitar o toque da psicóloga na face e a pintar com as mãos.

A partir da décima sessão começou a revelar-se mais à-vontade no manuseamento da tinta, e começou a esticar os braços para a psicóloga para se sentar no seu colo recebendo carinhos e massagens. Começou também a aceitar o toque nos pés. Sorria com maior frequência e levantava-se da mesa quando a psicóloga entrava na sala TEACHH dando a mão a esta e repetindo o nome da psicóloga e “Quer pinturas”. Continuava pedir, durante a sessão, para lavar as mãos.

Na décima segunda sessão, já olhava com maior frequência para a psicóloga enquanto realizava a actividade de pintura como se esperasse as verbalizações de incentivo da psicóloga para a execução da actividade. Pela primeira vez começou a explorar a tinta com os pés e a aceitar que a psicóloga massajasse as suas mãos com a tinta observando as cores a misturarem-se e explorando a tinta com as mãos imitando a psicóloga, embora solicitasse poucos minutos depois para lavar as mãos.

Alternava entre actividades de pintura com as mãos e pés e actividades de movimento com o lenço ao som da música, conseguindo já imitar os movimentos mais suaves e lentos da psicóloga mediante a música, trauteando com frequência canções enquanto pintava sendo estas completas pela psicóloga e cantadas em conjunto.

Na décima sexta sessão conseguia reproduzir com exactidão ritmos produzidos pela psicóloga no *jambé* e *maracas*. Nesta actividade com instrumentos musicais parecia já tolerar com maior tranquilidade o alinhamento frontal com a psicóloga e o contacto visual directo.

Nas sessões seguintes verbalizava palavras e vocalizava sons olhando para a psicóloga quando esta falava com ela ou chamava o seu nome. Já se descalçava e arrumava os sapatos sozinha, vestia o avental para iniciar a sessão e realizar a actividade de pintura. Sorria durante vários momentos da sessão e permanecia longos períodos de tempo na actividade. Começou a mostrar alguma resistência a abandonar a sessão.

Nas últimas sessões “A” já aceitava, sem se afastar com tanta frequência, o toque da psicóloga aceitando movimentar-se ao som da música de mãos dadas. Tomava a iniciativa de dar a mão à psicóloga para se dirigir à sessão e à sala TEACHH e durante a sessão gostava de bater palmas nas mãos da psicóloga enquanto cantava uma canção. Aceitava já despedir-se com um beijo e não pedia com tanta frequência para lavar as mãos.

2.1.3. Avaliação do comportamento da criança autista pré e pós-intervenção

Em momentos pré e pós intervenção com “A” foram aplicados os instrumentos CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) e ABC (*Autism Behavior Checklist*).

Aquando da aplicação pré e pós-intervenção da *Autism Behavior Checklist* (ABC) verificaram-se os seguintes resultados:

Tabela 2 – Avaliação de “A” com a *Autism Behavior Checklist* (ABC)

Áreas avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultado	Cotação da aplicação pós-intervenção	Resultado
Estimulação Sensorial	19	Perturbação do Espectro do Autismo	13	Perturbação do Espectro do Autismo
Relacionamento	31		26	
Uso do Corpo e dos Objectos	13		5	
Linguagem	15		17	
Desenvolvimento Pessoal e Social	17		12	
Total	95		73	

Na avaliação com o instrumento acima referido na Tabela 2, verificaram-se alterações nos resultados apresentados, especificamente na área da estimulação sensorial, onde se observou que “A” mostrou adquirir ao longo das sessões uma maior capacidade de atender a estímulos auditivos, estabelecendo contacto visual com os objectos que produziam sons ou música e com a psicóloga quando esta falava com ela. Por outro lado, deixou de apresentar uma resposta de medo ou sobressalto quando ouvia sons mais intensos, reagindo com maior segurança e menor ansiedade.

Na área do relacionamento, “A” mostrou-se claramente menos ansiosa ao longo das sessões, não revelando vontade de sair da sessão, não se mostrando tão agitada a nível motor e permanecendo mais tempo na actividade e no espaço.

Relativamente ao Uso do Corpo e dos Objectos, “A” deixou de apresentar comportamentos como girar em torno de si, balancear as mãos e bater com os objectos.

Quanto ao uso da linguagem, “A” começou a responder com maior frequência ao seu nome quando chamada, usando mais vezes a palavra “sim” embora continuasse a

revelar alguma dificuldade em usar a palavra “eu”. Começou também a seguir com maior frequência pedidos com preposições como “coloca o pincel no copo”. Ao nível da linguagem verificou-se que “A” começou a verbalizar e vocalizar mais palavras e sons, embora no seu discurso estivesse muito presente a ecolália.

Ao nível do Desenvolvimento Pessoal e Social, “A” parece ter adquirido neste contexto maior facilidade em reter as aprendizagens relativas às actividades realizadas, iniciando as mesmas sozinha, como jogos de movimento com lenços e reprodução de canções cantando e marcando o ritmo com os instrumentos. Deixaram também de se verificar situações de birra ou acessos de raiva que ocorriam nas sessões iniciais.

Na aplicação pré e pós intervenção do CARS foram avaliadas as áreas apresentadas e verificaram-se os seguintes resultados:

Tabela 3 – Avaliação de “A” com a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS)

Áreas avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultado	Cotação da aplicação pós-intervenção	Resultado
Relações Pessoais	3	Autismo Grave	2,5	Autismo Grave
Imitação	3		2	
Resposta Emocional	3		3	
Uso do Corpo	2,5		2,5	
Uso de Objectos	3		2	
Adaptação à Mudança	3,5		3,5	
Resposta Visual	2,5		2	
Resposta Auditiva	2		2	
Resposta ao gosto, cheiro e tacto	3,5		2	
Medo e ansiedade	2		2	
Comunicação verbal	3		3	
Comunicação não-verbal	3		3	
Nível de actividade	2		2	
Nível e consistência da resposta intelectual	4		4	
Impressão Geral	4		4	
Total	44		39,5	

Também na avaliação com o CARS, se verificaram alterações nos resultados apresentados. Observaram-se especificamente alterações, ainda que ligeiras, na área das Relações Pessoais e Resposta Visual, estabelecendo com maior frequência contacto visual e apresentando com menor frequência um olhar ausente, tomando a

iniciativa de olhar para os estímulos como os materiais plásticos e os instrumentos musicais e mostrando-se mais responsiva para com a psicóloga.

Na área da Imitação, imitava com maior facilidade e frequência comportamentos como bater palmas e imitar sons e ritmos nos instrumentos musicais.

Quanto à Resposta ao gosto, cheiro e tacto e Uso de Objectos, atribuiu-lhe com maior frequência uma utilidade não os explorando com tanta frequência pelo olfacto, tacto e gosto.

2.1.4. Apresentação dos resultados da intervenção com “A”

Através da aplicação da Grelha Categorial e da *Escala de Registo do Comportamento da Criança*, foi possível apresentar alguns dados que revelam algum interesse para a análise da intervenção com “A”.



Quadro 1 – Utilização dos Mediadores Artístico-Expressivos por “A”

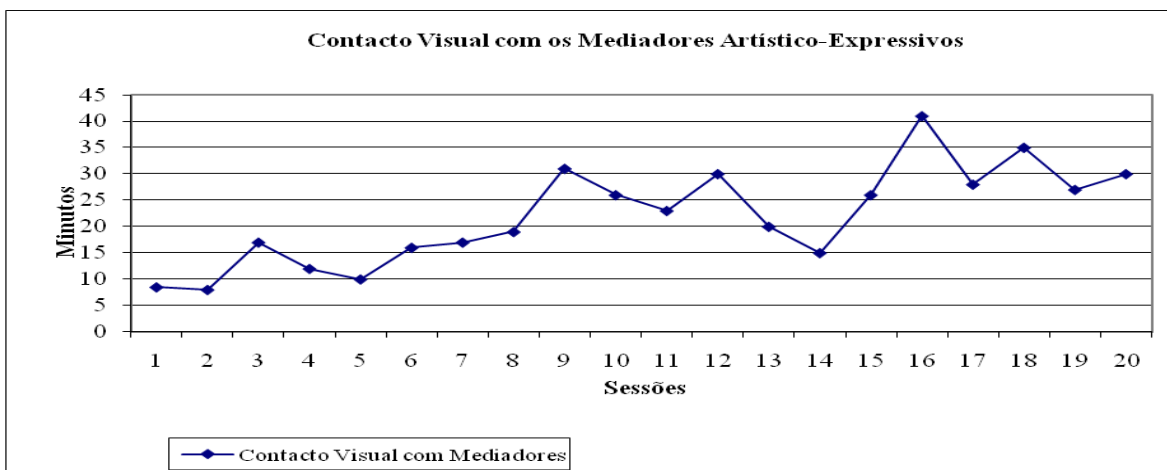
Tabela 4 – Utilização dos Mediadores Artístico-Expressivos por “A”

Mediadores Artístico-Expressivos utilizados	Drama	Plástica	Movimento/Dança	Música
N.º de Sessões	0	17	8	16

Procedendo a uma análise da adesão de “A” aos mediadores artístico-expressivos, verificamos que “A” aderiu com maior frequência a actividades que envolviam o movimento ao som da música. Apesar de nas sessões iniciais revelar maior agitação física correndo pela sala e evitando a proximidade física com a psicóloga, parecia apreciar a música, tentando trautear as canções que a psicóloga ia cantando e estabelecendo momentos esporádicos e curtos de contacto visual com a mesma quando a actividade envolvia canções ou instrumentos musicais. As primeiras aproximações físicas com a psicóloga ocorreram em momentos de conjugação entre a utilização do mediador música e de actividades de movimento/dança, uma vez que “A” parecia sentir-se mais confortável quando podia assumir o controlo do nível de proximidade com a psicóloga, bem como do tempo de permanência próxima da psicóloga. Neste sentido, inicialmente estas actividades envolviam sempre um objecto intermediário entre psicóloga e “A”, tendo sido utilizadas bolas que eram jogadas entre as duas e lenços que “A” segurava numa das pontas e a psicóloga noutra. Com o decorrer das sessões “A” começou a imitar os movimentos da psicóloga com o lenço ao som da música alternando a velocidade e suavidade dos movimentos entre os momentos calmos e agitados da música.

A partir da quarta sessão “A” começou a aderir às actividades plásticas, e embora mostrasse curiosidade em explorar os materiais, inicialmente mostrava alguma rejeição aos mesmos, provocando o vómito principalmente quando via, tocava ou cheirava a tinta. Com o decorrer da intervenção estes comportamentos atenuaram-se e “A” mostrou-se progressivamente mais satisfeita com esta actividade, conseguindo pintar sem recurso ao pincel e utilizando as mãos e os pés. A significativa adesão de “A” a este mediador foi visível pela iniciação autónoma desta actividade por “A” e pela verbalização, nas sessões e em contexto familiar, de pedir para pintar.

De uma forma geral podemos verificar que “A” mostrou maior adesão aos mediadores relacionados com a música e a plástica, tendo este último predominado a partir da quarta sessão até ao final da intervenção.



Quadro 2 – Contacto Visual com os Mediadores Artístico-Expressivos de “A”

Tabela 5 – Contacto Visual com os Mediadores Artístico-Expressivos de “A”

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Duração do Contacto Visual*	8:30	8	17	12	10	16	17	19	31	26	23	30	20	15	26	41	28	35	27	30

*(tempo em minutos dos 45 minutos de sessão)

Como podemos observar pelo Quadro 2 e Tabela 5 verificamos que ao longo da intervenção “A” foi estabelecendo contacto visual com maior frequência e maior duração com os mediadores artístico-expressivos.

Inicialmente manipulava os instrumentos musicais, lenços e bolas sem olhar para os mesmos, ou estabelecendo contacto visual apenas para lhes pegar. Com o decorrer da intervenção começou a estabelecer um contacto visual com maior duração e enquanto realizava a actividade.



Quadro 3 – Contacto Visual estabelecido por “A” com a Psicóloga

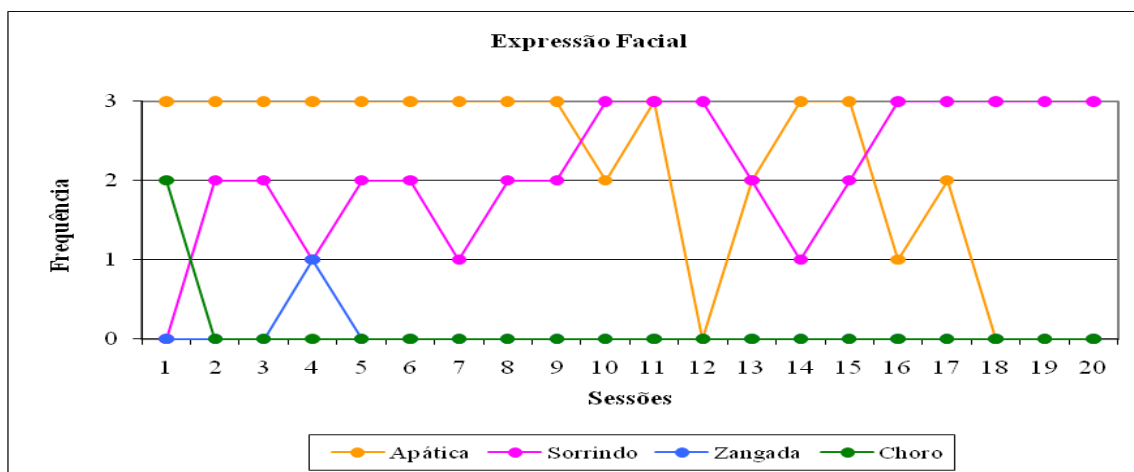
Tabela 6 – Contacto Visual estabelecido por “A” com a Psicóloga

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Frequência do Contacto Visual*	9	9	11	20	9	15	19	23	19	20	26	19	13	16	20	37	25	22	19	21

*(N.º de vezes que estabeleceu contacto visual durante a sessão)

Ao nível do estabelecimento do contacto visual com a psicóloga verificou-se um aumento ao longo da intervenção.

Nas primeiras sessões “A” evitava activamente o estabelecimento de contacto visual, mantendo-se de costas para a psicóloga ou em alinhamento lateral. Baixava com frequência a cabeça para evitar o contacto visual. Com o decorrer da intervenção começou a estabelecer um contacto visual com maior frequência, olhando para a psicóloga quando esta chamava o seu nome ou falava e enquanto realizava a actividade para solicitar material ou acção.



Quadro 4 – Expressão facial de “A” ao longo das sessões

Tabela 7 – Expressão facial de “A” ao longo das sessões

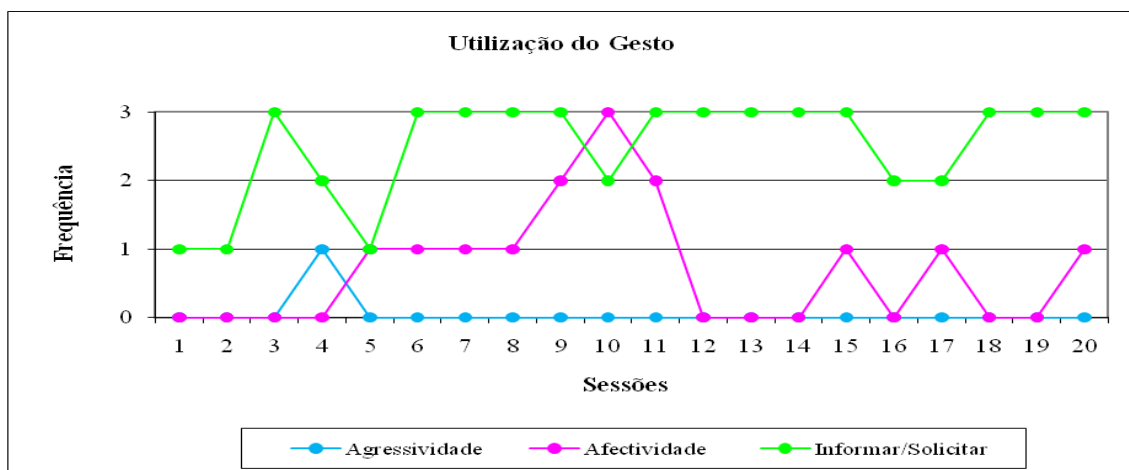
Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Frequência da expressão facial*	Apática	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	0	2	3	3	1	2	0	0	0
	Sorrindo	0	2	2	1	2	2	1	2	2	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3
	Zangada	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Choro	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*(N.º de vezes que mostrou alguma das expressões faciais a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Como podemos observar pelo Quadro 4 e Tabela 7 verificamos que ao longo da intervenção “A” foi mostrando-se menos apática e mais responsiva, nomeadamente sorria mais tanto na realização da actividade como para a psicóloga.

Na primeira sessão chorou durante os dois primeiros momentos da sessão (30 minutos iniciais) tendo tranquilizado quando se deitou escutando uma canção cantada pela psicóloga.

Mostrou uma atitude de zanga e um comportamento bastante mais impulsivo na quarta sessão, atirando os materiais de pintura para o chão e afastando-se voluntariamente da psicóloga e da actividade.



Quadro 5 – Utilização do Gesto por “A” ao longo das sessões

Tabela 8 – Utilização do Gesto por “A” ao longo das sessões

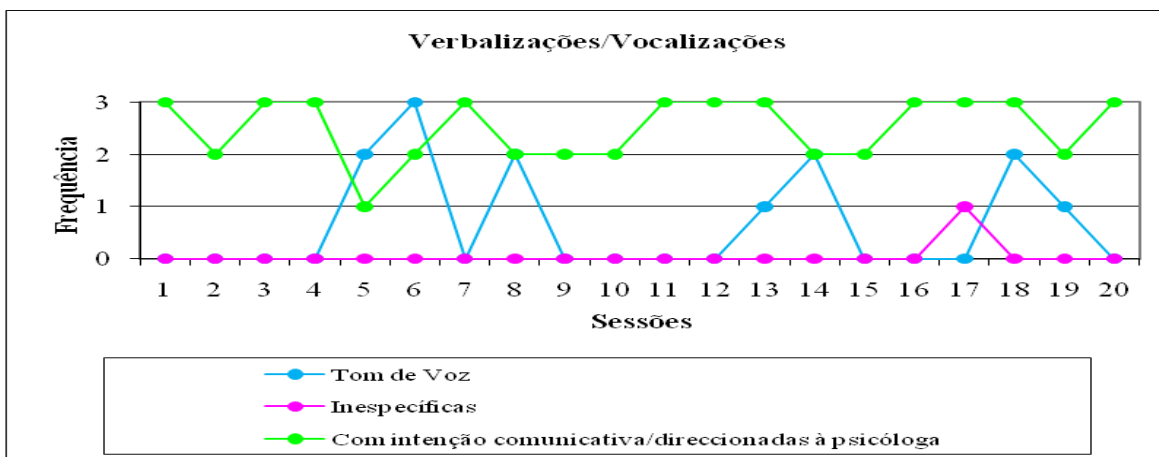
Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Frequência da utilização do gesto* (com intenção de expressar)	Agressividade	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Afectividade	0	0	0	0	1	1	1	1	2	3	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1
	Informar/Solicitar	1	1	3	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3

*(N.º de vezes que recorreu ao gesto com intenção comunicativa a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Ao longo da intervenção “A” recorreu maioritariamente ao gesto com intenção de informar a psicóloga ou solicitar material ou acção para a realização de actividades.

Utilizou apenas o gesto com intenção de expressar zanga na quarta sessão ao atirar os materiais ao chão.

Verifica-se ainda um ligeiro aumento na utilização do gesto por “A” com intenção de expressar afectividade para com a psicóloga, procurando o colo, o abraço ou retribuindo o beijo.



Quadro 6 – Verbalizações e Vocalizações de “A” ao longo das sessões

Tabela 9 – Verbalizações e Vocalizações de “A” ao longo das sessões

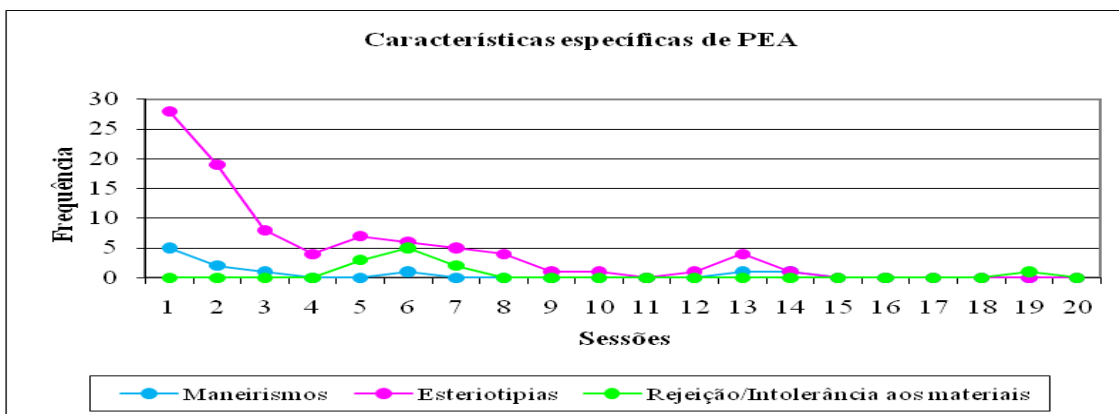
Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Verbalizações/ Vocalizações*																				
Tom de Voz	0	0	0	0	2	3	0	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2	1	0
Inespecíficas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Com intenção comunicativa/ Direccionadas à psicóloga	3	2	3	2	1	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3

*(N.º de vezes que recorreu a verbalizações e/ou vocalizações a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Como se pode observar pelo Quadro 6 e Tabela 9 verificamos que ao longo da intervenção “A” recorreu maioritariamente a verbalizações e vocalizações com intenção comunicativa e direccionando as mesmas à psicóloga quase sempre visando chamar a atenção desta, interagir ou solicitar material ou uma actividade específica como “pintura”. Em alguns momentos recorreu à verbalização para informar (por exemplo pedir para ir à casa de banho ou para lavar as mãos).

Apenas numa sessão verbalizou uma linguagem idiossincrática, não entendendo a psicóloga o significado da palavra que “A” repetia.

Analisando o seu tom de voz verificou-se que “A” elevou o tom de voz em algumas sessões, algumas vezes gritando. Nas sessões iniciais fazia-o quando se mostrava mais ansiosa e nas sessões finais da intervenção fazia-o durante a realização das actividades e estabelecendo contacto visual com a psicóloga aparentando utilizar o grito como forma de comunicação e expressão de satisfação.



Quadro 7 – Manifestações de características específicas de PEA de “A” ao longo das sessões

Tabela 10 – Manifestações de características específicas de PEA de “A” ao longo das sessões

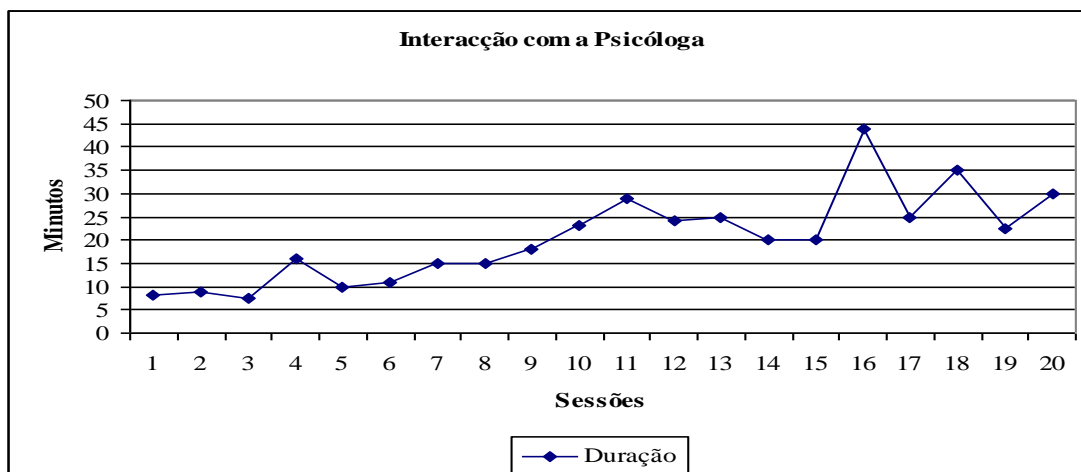
Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Características específicas de PEA*	Maneirismos	5	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	Esteriotipias	28	19	8	4	7	6	5	4	1	1	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0
	Rejeição/Intolerância aos materiais	0	0	0	0	3	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

*(N.º de vezes que se observaram estereotipias, maneirismos ou rejeição/intolerância aos materiais durante os 45 minutos de sessão)

Como podemos observar pelo Quadro 7 e Tabela 10 verificamos que ao longo da intervenção “A” manifestou alguns comportamentos específicos de PEA, embora se tenha verificado ao longo da intervenção uma redução significativa dos mesmos, especificamente das estereotipias.



Quadro 8 – Iniciação da interação com a psicóloga por “A” ao longo das sessões



Quadro 9 – Duração da interação de “A” com a psicóloga ao longo das sessões

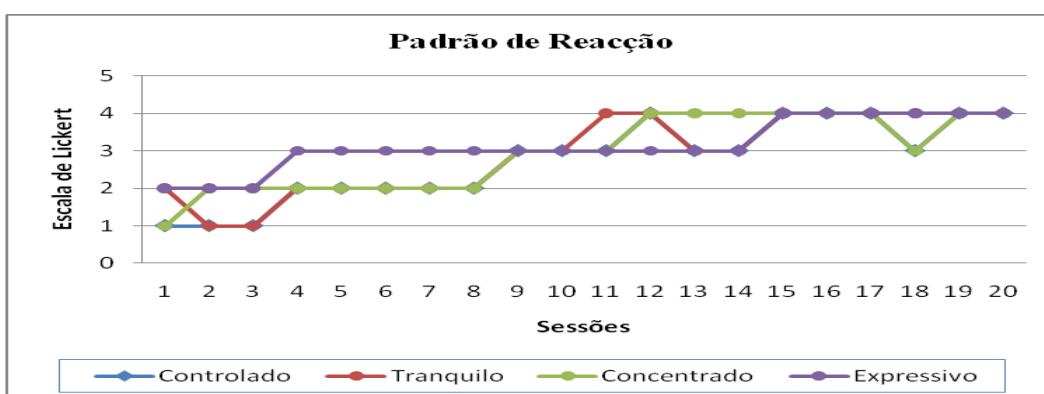
Tabela 11 – Iniciação e duração da interação de “A” com a psicóloga

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Inte_ racção com a psicó_ loga*	Iniciação	0	0	0	2	3	3	1	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3
	Duração* (em minutos)	8	9	7:30	16	10	11	15	15	18	23	29	24	25	20	20	44	25	35	22:30	30

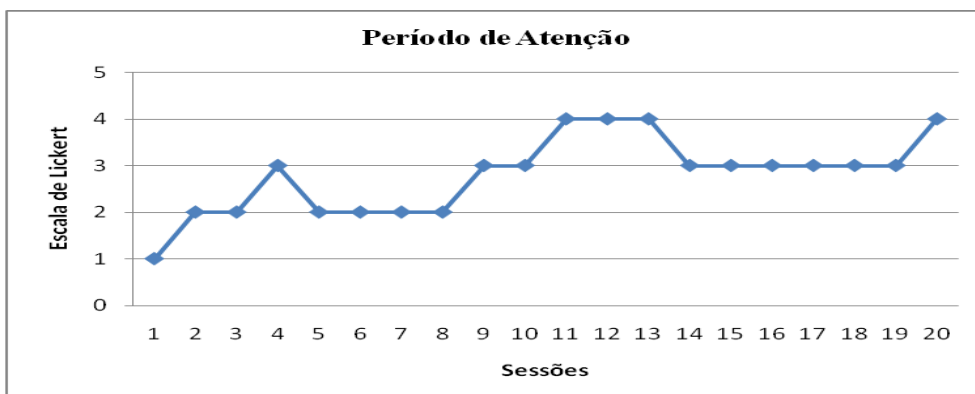
*(N.º de vezes que se observou a iniciação da interacção por “A” com a psicóloga a cada 15 minutos de sessão (3 momentos) e sua duração em minutos)

Ao longo da intervenção “A” iniciou a interacção com a psicóloga com maior frequência, sendo que nas sessões iniciais se mostrava muito apática e só interagiu por iniciativa da psicóloga.

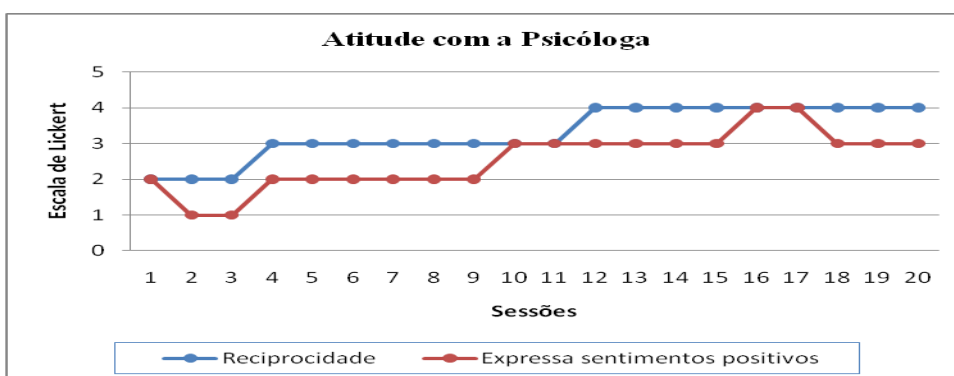
Com o decorrer da intervenção, a duração dos períodos da interacção de “A” com a psicóloga também aumentaram significativamente, conseguindo nas últimas sessões estar a maior parte da sessão em interacção.



Quadro 10 – Padrão de reacção de “A” ao longo das sessões

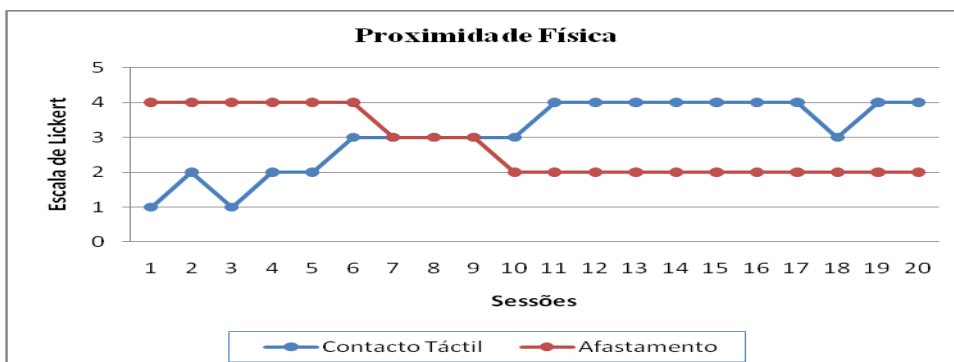


Quadro 11 – Períodos de atenção de “A” ao longo das sessões



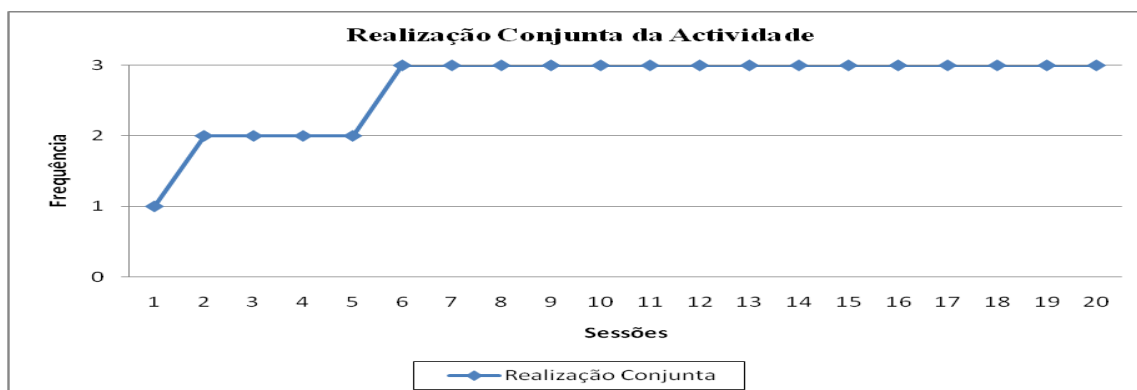
Quadro 12 – Atitude de “A” com a psicóloga ao longo das sessões

Como podemos observar pelo Quadro 10, 11 e 12 verificamos que ao longo da intervenção “A” foi mostrando-se menos impulsiva e revelando maior controlo das suas reacções. Revelou-se mais tranquila na relação com a psicóloga, mostrando-se mais concentrada nas actividades e na relação com o outro, aumentando gradualmente os seus períodos de atenção. Foi também revelando maior expressividade e menor apatia. Ao longo da intervenção verifica-se que “A” se tornou mais receptiva e responsiva conseguindo expressar mais sentimentos positivos face a esta, como pedir colo, dar a mão, dar beijo e sorrir para a psicóloga.



Quadro 13 – Proximidade física de “A” com a psicóloga ao longo das sessões

Como podemos observar pelo gráfico acima apresentado verificamos que “A” aumentou o seu nível de proximidade com a psicóloga ao longo das sessões, tanto ao nível da aceitação do toque como reduzindo comportamentos de afastamento face a esta.



Quadro 14 – Realização conjunta da actividade de “A” com a psicóloga ao longo das sessões

Tabela 12 – Relação com a actividade de “A” ao longo das sessões

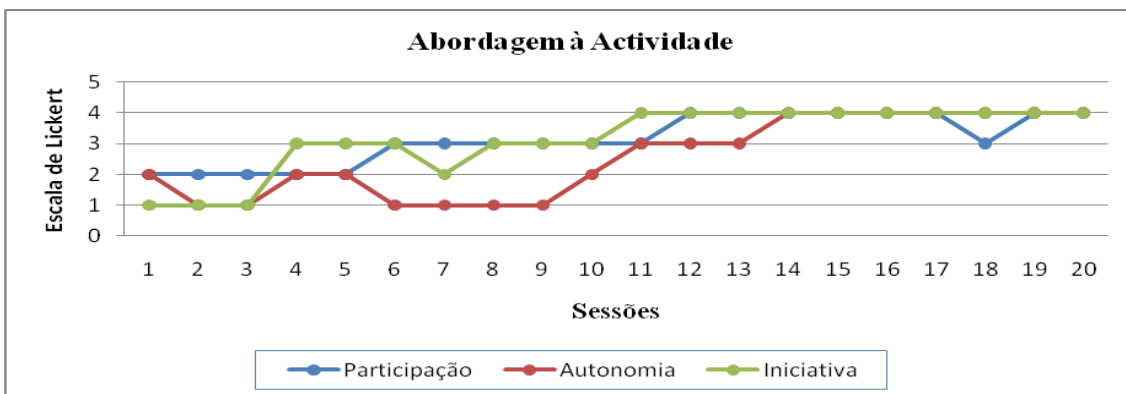
Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Relação com a actividade*	Adesão	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
	Imitação	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	3	2	2	3	3	2	3	3
	Realização Conjunta	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

*(N.º de vezes que se observou adesão à actividade, imitação de acções da psicóloga e realização conjunta da actividade a cada 15 minutos de sessão (3 momentos))

Ao longo da intervenção se verificou um aumento da adesão de “A” às actividades e mediadores apresentados.

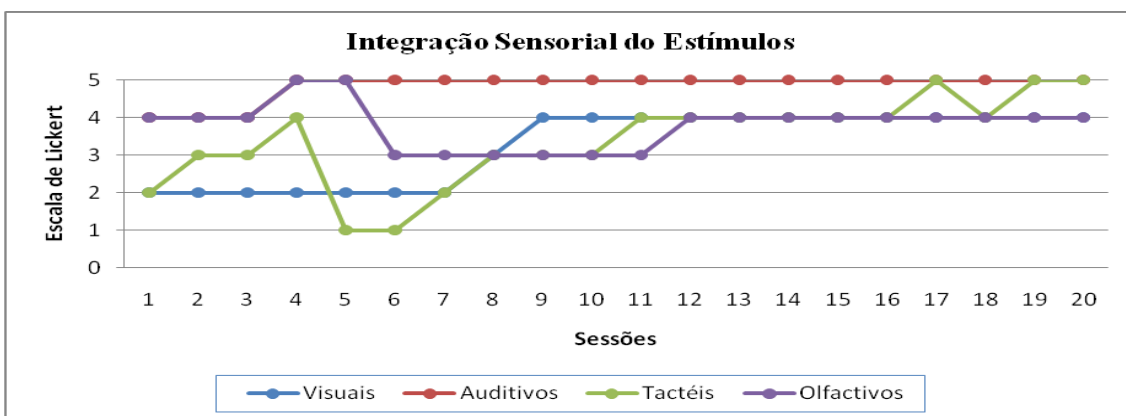
Verificou-se também um ligeiro aumento de comportamentos de imitação da psicóloga na realização das actividades, conseguindo “A” no final da intervenção reproduzir ritmos nos instrumentos musicais com grande exactidão e realizar movimentos ao som da música imitando a psicóloga.

No decorrer da intervenção “A” começou a realizar as actividades em conjunto com a psicóloga em mais momentos da sessão.



Quadro 15 – Abordagem à actividade de “A” ao longo das sessões

Como podemos observar pelo Quadro 15 verificamos que no decorrer da intervenção “A” manifestou uma abordagem à actividade com maior autonomia e iniciativa própria e mostrando-se mais participativa.



Quadro 16 – Integração sensorial dos estímulos por “A” ao longo das sessões

Com o decorrer das sessões “A” deixou de explorar com tanta frequência os estímulos pelo cheiro, conseguindo estabelecer maior contacto visual e táctil com os mesmos, inclusive no manuseamento dos materiais.



Quadro 17 – Permanência de “A” na actividade ao longo das sessões

Tabela 13 – Permanência de “A” na actividade ao longo das sessões

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Tempo de permanência na actividade*	14	8	13	10	9:30	12	14	20:30	31	26	23	31	18	19	19	42	27	29	27	29

*(em minutos dos 45 minutos de duração da sessão)

Como podemos observar pelo Quadro 17 e Tabela 13 verificamos que ao longo da intervenção “A” permaneceu progressivamente mais tempo na realização das actividades.

Enquanto inicialmente, permanecia pouco tempo nas actividades interrompendo-as muitas vezes, com estereotipias, maneirismos e evitando a proximidade física com a psicóloga, permanecendo muito tempo a vaguear pela sala, nas últimas sessões conseguia manter-se a realizar a actividade por mais tempo revelando maior satisfação e interesse.

2.1.5. Análise dos dados e reflexão acerca da intervenção com “A”

No início da intervenção “A” mostrava-se frequentemente ansiosa passando a maior parte do tempo a vaguear pela sala correndo, saltitando e abanando as mãos em estereotipia. Quando se sentava realizava maneirismos motores como abanar o tronco. Detinha-se algum tempo a esfregar as pernas com as mãos e a cheirar as mãos. “A” parecia sentir-se muito ansiosa e desconfortável por estar no espaço desconhecido e com uma pessoa estranha. Nos momentos em que estabelecia contacto com os estímulos utilizava os materiais de forma estereotipada abanando-os, rodando com os mesmos e batendo com estes. A sua exploração dos mesmos era feita maioritariamente com a boca mordendo-os, pelo olfacto cheirando-os ou pelo tacto explorando a sua textura na maior parte das vezes sem olhar para os mesmos. Afastava-se com frequência da psicóloga colocando-se no canto mais afastado da sala onde se mantinha com olhar ausente e de costas para a psicóloga, como forma de reduzir o desconforto que sentia e como forma de se proteger e defender de uma relação que parecia ser sentida como invasiva para “A”.

Nas sessões iniciais verificou-se grande resistência a entrar na sala, bem como alguns momentos do choro. Verificando que “A” realizava algumas aproximações ao rádio quando a psicóloga se encontrava longe deste espaço, e revelando a criança preferência pelo lenço e bola, a psicóloga tomou a iniciativa de se aproximar através destes mediadores em conjunto com algumas actividades de movimento. Embora inicialmente “A” apenas recebesse a bola mantendo-se a atirá-la repetidamente ao chão em estereotipia, após algumas sessões começou a jogá-la com a psicóloga

lançando-a também e esperando a sua recepção, embora com escasso contacto visual e mantendo uma distância considerável que parecia ser bem tolerada por “A” dando-lhe alguma segurança na relação. Após algumas sessões iniciais “A” começou a tomar a iniciativa de fazer aproximações ao espaço onde estava a psicóloga e os estímulos mas não se detinha no mesmo aproximando-se e afastando-se sucessivamente através da corrida e saltitando.

Num momento em que estas aproximações pareciam mais frequentes e atendendo ao facto de “A” pegar sempre no lenço quando entrava na sala mesmo que para se manter em estereotipia, a psicóloga foi tentando um aproximação gradual pegando da extremidade oposta do lenço e movimentando o corpo e o lenço ao ritmo da música, tentando criar desta forma uma ligação que lhe permitisse chegar até “A”. Apesar de inicialmente “A” não se manter neste jogo muito tempo largando o lenço após alguns minutos, com o decorrer das sessões começou a manter-se mais tempo nesta actividade, começando a imitar os movimentos da psicóloga.

Neste momento em que a psicóloga sentiu alguma receptividade e disponibilidade de “A” para a relação com ela, foi tentando estabelecer com maior frequência o contacto visual, tendo “A” aderido muito bem ao jogo de esconder a face, e em que o lenço parecia funcionar como mediador do grau de proximidade relacional, pois “A” terminava e iniciava o contacto visual sempre que se sentia preparada para tal. O que possibilitou também uma maior proximidade física e inclusive o toque, que pareciam menos assustadores para “A” se não envolvesse o olhar, aceitando por isso muitas vezes a aproximação pelas costas.

Ainda nas sessões iniciais é pertinente reflectir sobre o episódio em que “A” se mostrou zangada e com um comportamento mais ansioso e impulsivo que o habitual. Esta situação ocorreu aquando da primeira aproximação de “A” aos materiais plásticos em que manifestou grande rejeição e intolerância aos materiais, especificamente a tinta que despoletava em “A” atitudes de rejeição como provocar o vómito. Aquando deste contacto “A” mostrou-se mais ansiosa gritando e atirando todos os materiais ao chão e afastando-se fisicamente da psicóloga. Só após o afastamento destes materiais e aquando da acção da psicóloga de cantar “A” se aproximou da psicóloga e aceitou o toque na cabeça parecendo tranquilizar-se desta forma.

Progressivamente “A” foi iniciando com maior frequência aproximações físicas aceitando o toque no cabelo, embora estas aproximações se observassem em alinhamento de costas e lateral evitando ainda o contacto visual directo. Em algumas sessões manifestou a vontade de estabelecer contacto físico estendendo os braços para o pescoço da psicóloga para ser segurada no colo enquanto a psicóloga cantava e movimentava o corpo de “A” em conjunto com o seu ao som da música. Estes momentos pareciam ser bastante tranquilizantes para “A” que se mantinha algum tempo nesta actividade e parecia estar mais presente na relação pois completava as canções e começava gradualmente a movimentar-se em sincronia com o corpo da psicóloga. Revelava também apreciar momentos em que a psicóloga lhe acariciava o cabelo enquanto esta se envolvia no lençol. Nestes momentos iniciais de grande

proximidade física, “A” começou a estabelecer contacto visual tapando e destapando a cara com o lenço ou escondendo a cara no colo da psicóloga. Parecia querer aproximar-se da psicóloga pois enquanto realizava este jogo sorria e ria quando os seus olhares se cruzavam, e quando a psicóloga verbalizava “Estás aqui!” ou “Encontrei-te”.

Nestes momentos foram também introduzidos alguns materiais partindo dos elementos a que aderiu inicialmente como a bola e o lenços, integrando-os inicialmente na massagem e posteriormente introduzindo materiais novos como alguns instrumentos musicais embora “A” os explorasse maioritariamente com a boca, o olfacto e tacto.

Observando a psicóloga a produzir sons nos instrumentos e a acompanhar canções com os mesmos, “A” começou a reproduzir pequenos ritmos imitando a psicóloga com gradual exactidão. Num momento posterior conseguiu produzir e reproduzir ritmos tanto enquanto se movimentava pela sala como permanecendo sentada em alinhamento frontal com a psicóloga no edredão.

Nesta fase, “A” começou a reduzir significativamente as estereotípias e maneirismos motores, aparentando maior tolerância aos materiais. Mostrava-se mais calma e menos assustada com os sons e mais curiosa face aos materiais explorando-os maioritariamente com o olhar e as mãos. Deixou de fazer birras e mostrou-se mais responsiva mesmo em termos faciais sorrindo mais, olhando mais vezes para a psicóloga e tocando de forma mais segura e confiante nos materiais.

Aquando da iniciação das actividades plásticas começou a verbalizar e vocalizar com maior frequência, nomeadamente para solicitar uma actividade e a recorrer ao gesto para pedir materiais à psicóloga, verificando-se a este nível uma evolução na relação com a psicóloga, permitindo já “A” a realização conjunta de actividades.

“A” parecia refugiar-se nestas formas de comunicação para se assegurar que o contacto com a tinta que ainda lhe provocava alguns sentimentos desconfortáveis, era terminado logo que ela solicitasse lavar as mãos. Atendendo a este facto a psicóloga procurou sempre atender rapidamente este pedido quando sentia algum desconforto, acompanhando esta tarefa com músicas e canções do agrado de “A” que pareciam certificá-la da presença e disponibilidade da psicóloga para a acompanhar na exploração de uma realidade, para ela assustadora.

“A” parecia não só vocalizar e verbalizar mais mas também atender e agir mais face aos pedidos da psicóloga, por exemplo para colocar os materiais em determinados locais ou para descalçar ou calçar. Nomeadamente respondia mais com a palavra “sim” quando questionada pela psicóloga embora algumas vezes a utilizasse fora de contexto. Também repetia frequentemente as palavras de incentivo da psicóloga, como “Boa!”, quando executava uma acção.

Começou a permanecer por mais tempo na actividade e na relação com a psicóloga não temendo tanto o olhar, e começando a tomar a iniciativa da interacção e da solicitação da actividade que queria realizar verbalizando, por exemplo “Quer pinturas”.

Com o decorrer da intervenção e o estabelecimento de maior proximidade e receptividade com “A” a psicóloga conseguiu estabelecer um canal de comunicação com “A” surgindo uma satisfação e interesses crescente e mútuos na relação, em que cada momento constituía uma descoberta do mundo interno de “A”, da sua forma de interpretar a realidade e de o sentir, que inicialmente parecia inacessível. Através do mediador música, movimento e plástica pareceu possível despertar a atenção e interesse de “A” criando um vínculo com a realidade onde a psicóloga esperava “A” para a relação. Neste sentido, possibilitou-se também a “A” uma nova forma de comunicação e expressão através da cor, do som e do movimento com o outro e o mundo, para que “A” pudesse expressar sentimentos e vivenciar uma relação com o outro.

2.2. Caso “C”

2.2.1. Enquadramento

“C” é uma criança do sexo masculino, com 4 anos de idade, nascido a 19 de Setembro de 2004. É filho único vive com os pais adoptantes em boas condições habitacionais, tendo sido adoptado quando ainda era bebé. Contacta frequentemente com os avós maternos, e com menos frequência com os avós paternos (por viverem longe), com tios e primos. Não mantém contacto com a família biológica. Os pais têm informação de que a gestação de “C” foi normal e com 40 semanas de duração embora não tenha sido vigiada, e tendo “C” nascido de parto eutócito. Através de entrevista aos pais e professores, percebeu-se que “C” revela ter sido alvo de alguns maus-tratos, nomeadamente de comportamentos negligentes por parte dos pais biológicos, sendo uma criança que nem sempre foi alimentada correctamente. Com este facto os pais justificam os comportamentos de voracidade de “C” face à comida, parecendo nunca estar satisfeito por mais que coma. Quando vê um alimento tenta desesperadamente alcançá-lo e é muito difícil dissuadi-lo, mantendo-o consigo e ingerindo-o imediatamente.

Na consulta de pediatria de 2 anos e 6 meses observou-se uma regressão no desenvolvimento psicomotor de “C”, com evidência na área da linguagem e por este motivo foi direccionado para a consulta de desenvolvimento do Hospital do Espírito Santos de Évora tendo sido encaminhado para o hospital de Coimbra, onde se confirmou um diagnóstico de PEA. Os pais de “C” só começaram a detectar alguns sinais de comportamentos não habituais para a idade de “C” a par das observações das educadoras no Jardim-de-Infância, onde ingressou com 3 anos de idade.

Na Consulta de Autismo do Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra, onde compareceu com 3 anos e 6 meses procedeu-se à primeira avaliação recorrendo aos instrumentos *Autism Diagnostic Interview Revised – ADI-R*, *Childhood Autism Rating Scale – CARS* e aos critérios de diagnóstico da DSM-IV para autismo, que confirmaram o diagnóstico de Perturbação do Espectro do

Autismo associado a um nível de comportamento adaptativo composto abaixo da média para o seu nível etário, com uma idade funcional de 2A e 1M, (percentil 60 para população de crianças com autismo).

Aos 3 anos de idade e 6 meses foi avaliado pela equipa do Hospital Pediátrico de Coimbra com a *Vineland* (Escala de Comportamento Adaptativo de Sara Sparrow, David Balla e Domenic Ciccheli) onde se verificou que o menino apresentava um nível de Comportamento Adaptativo Composto de 2 anos e 1 mês (-2DP). Os resultados obtidos nas diferentes áreas reportam para um desenvolvimento na área da comunicação (receptiva, expressiva e escrita) = 1 ano e 9 meses, na área da autonomia (pessoal, doméstica e na comunidade) = 2 anos, na área da socialização (relações interpessoais, jogos, lazer e regras sociais) = 1 ano e 9 meses e ao nível da motricidade = 2 anos e 9 meses.

Utilizando o *PEP-R* (Perfil Psicoeducacional Revisto de Eric Shoppler) para avaliação psicoeducacional de “C”, com a mesma idade, verificou-se que ao nível do desenvolvimento funcional “C” se situava entre os 18-21 meses, mas com possibilidade de evoluir para um nível superior (20-24 meses nos comportamentos emergentes) e que apresentava como áreas mais fortes a Motricidade Global (nível funcional 31-33 meses, com possibilidade de apresentar comportamentos emergentes ao nível dos 34-39 meses) e a Imitação (nível funcional 25-27 meses com comportamentos emergentes entre os 31-33 meses). Nos restantes comportamentos avaliados verificou-se um nível funcional de 24-26 meses na Motricidade Fina (com resultados a nível emergente entre os 27-28), de 18-21 na Coordenação Óculo-Manual (comportamento emergente = 26-29), de 16-17 no Desempenho Verbal (sem previsão de nível emergente no momento da avaliação), de 13-14 meses na Realização Cognitiva (com possibilidade de evolução para 14-15 a nível emergente) e de 7-8 meses na Percepção (com resultados ao nível emergente de 31-33 meses).

Actualmente frequenta o Jardim de Infância da EBI/JI da Malagueira, com o apoio da Sala TEACCH, beneficiando de diversas medidas de apoio a nível educativo como apoio pedagógico personalizado, adequações curriculares, adequações no processo de matrícula, tecnologias de apoio (utiliza o sistema MAKATON, PECS e SPC). A nível terapêutico usufrui de acompanhamento psicológico, terapia da fala, psicomotricidade e terapia ocupacional (especificamente para treino alimentar).

2.2.2. Intervenção

Tal como a intervenção com “A” a intervenção com “C” realizou-se no mesmo espaço físico e com a mesma organização.

Nas sessões iniciais “C” mostrou-se também resistente à entrada na sala com a psicóloga, devido à alteração introduzida na sua rotina. Entre a primeira e a quinta sessão manteve-se durante muito pouco tempo nas actividades, vagueando a maior parte do tempo pela sala em corridas de um lado ao outro do espaço ou andando em círculos e girando sobre si mesmo. Evitou activamente a proximidade física com a

psicóloga sentando-se sempre no canto mais afastado da sala face a esta. Na primeira sessão só aderiu, revelando algum agrado à actividade que envolvia tocar nas bolas de sabão, embora antes de a realizar se tenha mantido algum tempo afastado a observar a psicóloga a fazê-lo. Durante estas sessões iniciais, manteve-se quase todo o tempo a produzir uma vocalização (“huuummm”) prolongada que repetia como estereotipia vocal. Fez-se sempre acompanhar de objectos que trazia de casa, especificamente um peluche que não largava mesmo quando realizava alguma actividade. Revelou ainda grande dificuldade em separar-se do pai que o vinha deixar à escola de manhã, período que coincidia com o início da sessão. Esta dificuldade traduzia-se num choro constante que na primeira sessão se prolongou pelos 30 minutos iniciais. Nas sessões seguintes à primeira começou a revelar alguma curiosidade pelos instrumentos musicais que se manifestava apenas pelo estabelecimento do contacto visual do ponto da sala mais afastado possível, embora olhasse muitas vezes para estes quando eram produzidos alguns sons, reagindo especificamente ao som do pau-de-chuva. Até à quinta sessão fazia várias tentativas de sair da sala nos momentos iniciais e após a saída do pai, puxando a psicóloga para lhe abrir a porta, pois não o conseguia fazer sozinho. Começou também a utilizar algumas vocalizações inespecíficas, num discurso idiossincrático, não perceptível pela psicóloga, pais ou professores. Quando começou a aproximar-se dos instrumentos, aproveitava as ocasiões em que a psicóloga não estava perto destes e explorava-os com os pés como forma de manter ainda alguma distância face aos mesmos, ou então lançando-os com pontapés para escutar o som produzido por estes. Eram também frequentes comportamentos que revelavam hipersensibilidade auditiva, tapando os ouvidos ou abanando as mãos em estereotipia.

Apenas na quarta sessão começou a tolerar algumas aproximações da psicóloga, reagindo com o riso a cócegas, embora estes fugazes momentos de contacto físico fossem logo seguidos de um afastamento de “C”, voltando a puxar a psicóloga para sair da sala. Aquando da produção de sons com os instrumentos pela psicóloga, mantinha-se a observar à distância, embora aceitasse que a psicóloga os lançasse a rolar pelo chão até ao ponto oposto da sala onde se encontrava e aí produzia também sons com os instrumentos com os pés.

Nestas sessões iniciais verificou-se ainda comportamentos de voracidade de “C” face à comida, pois vinha algumas vezes para a sessão com um pedaço de pão do pequeno-almoço na mão que o pai não conseguia fazê-lo largar e o qual “C” protegia como se alguém lho quisesse tirar. Como se fazia acompanhar da sua mochila, procurava incessantemente o iogurte do lanche para o comer, sendo a única forma de o abstrair deste factor deixar a mochila fora da sala.

Com o progredir da intervenção começou a realizar aproximações ao edredão muito rápidas e para pegar algum instrumento, voltando a refugiar-se logo de seguida no canto mais afastado da sala. Resistia a ser abraçado e apenas aceitava curtos toques nas costas.

A partir da sexta sessão começou a responder mais frequentemente com o sorriso e deixou de utilizar o gesto para puxar a psicóloga para sair da sala, mas sim para solicitar material, especificamente os instrumentos e plasticina à qual começou a aderir. Começou a dirigir-se ao edredão por iniciativa própria mantendo-se por um período de tempo gradualmente superior na actividade. Começou também a verbalizar palavras como “au” apontando para uma garrafa de água. Começou a aceitar a aproximação lateral e frontal e o toque nas costas.

Embora tenha continuado a trazer objectos de casa, já conseguia abandoná-los por curtos períodos de tempo enquanto se ocupava do manuseamento dos mediadores (plasticina e instrumentos), mas revelava ainda a necessidade de mantê-los sob o seu olhar. Começou a utilizar com maior frequência o gesto para solicitar materiais e actividades e começou a aparentar internalizar a rotina da sessão ajudando a descalçar-se, verbalizando “pato” (sapato).

A adesão aos materiais de pintura iniciou-se pelo toque com os pés e posteriormente mãos, dos lápis de cor, tomando a iniciativa de se aproximar dos mediadores e iniciar a actividade autonomamente bem como começou a tomar a iniciativa na interacção com a psicóloga através destas solicitações, puxando a psicóloga para o ajudar no manuseamento dos materiais. Já imitava a psicóloga a manusear os instrumentos e a explorar a tinta espalhando-a no papel, aceitando aproximações físicas para a realização de actividades conjuntamente.

Apesar de continuar a fazer birra e chorar quando o pai o deixava na sessão, este comportamento apenas se verificava com o pai e não com os restantes familiares que o deixavam na escola. Verificou-se uma redução das estereotípias e maneirismos, vagueando menos pela sala, especialmente quando estava a realizar a actividade.

Começou também a tomar a iniciativa de estabelecer o toque embora este se traduzisse no beliscar da psicóloga. Com o decorrer das sessões esta atitude de beliscar verificou-se com maior frequência após o toque, em tentativa de massagem da psicóloga nos seus pés, como numa tentativa de imitação e reciprocidade da acção. A par desta aproximação vocalizou palavras inespecíficas, mas com intenção comunicativa pois fazia-o dirigindo-se à psicóloga em alinhamento frontal e estabelecendo contacto visual directo. Começou a repetir algumas palavras que a psicóloga repetia nas sessões como “Boa!” quando realizava uma actividade ou “Pé” quando se calçava ou descalçava.

A partir da décima sessão começou a acompanhar o choro da despedida do pai com a verbalização “Oh não!” que repetia algumas vezes, mas estes episódios pareciam assumir contornos novos pois após a saída do pai parecia tranquilizar-se com o contacto com a psicóloga, aceitando o seu toque sem rejeitá-lo. Começou a aceitar o alinhamento frontal e a realizar actividades como bater palmas conjuntamente ao som da música, ou aproximações físicas como deitar-se no colo da psicóloga puxando a sua mão para lhe tocar nas costas e deixando de rejeitar o toque activamente. Continuou a verificar-se uma reciprocidade nos contactos tácteis tocando também ele a psicóloga, imitando-a. Em situações de choro aproximava-se do corpo

da psicóloga encostando-se a ela e reduzindo o choro. Continuou a registrar-se um aumento nas vocalizações e verbalizações.

Ainda se fazia acompanhar de objectos de casa embora tenha abandonado o peluche e trouxesse agora uma bola de basquete, e embora resistisse a largá-la e mostrasse um interesse obsessivo por esta, como fazia inicialmente com o peluche, puxava já a psicóloga para a manusear com ele, verbalizando “Bola”. A exploração das tintas iniciou-se, imitando “C” a psicóloga a explorá-las com as mãos e utilizando o pincel para pintar a bola.

Começou a tomar a iniciativa de se aproximar dos pés da psicóloga, explorando as meias desta e tocando-lhe como que imitando uma massagem. Também tomou a iniciativa própria de se dirigir sozinho aos mediadores que preferia (instrumentos ou materiais plásticos), realizando por um maior período de tempo as actividades em conjunto e tolerando melhor a proximidade física da psicóloga.

Começou a aninhar-se no colo da psicóloga quando pai ia embora e no final da sessão, procurando a massagem (toque) da psicóloga nas costas e pés. Mostrava mais gestos com intenção de expressar afectividade com a psicóloga. Revelou na sessão 14 grande à-vontade com o espaço, dirigindo-se ao edredão e rebolando-se prazerosamente no mesmo ao lado da psicóloga, rindo, aceitando já o alinhamento frontal sem se afastar e o contacto visual directo em grande proximidade física. No final da sessão e aquando do momento de lavar as mãos e os pés parecia apreciar muito o contacto com a água e o toque da psicóloga nas mãos e pés. Reconhecia já a rotina da sessão, ajudando a descalçar e calçar e a vestir-se para a actividade de pintura, nos *timings* correctos da execução das mesmas.

A partir da décima sexta sessão já não chorava quando o pai ia embora, mas ainda era notória uma expressão facial triste, verbalizando “Pai!” mas reagindo a saída deste aproximando-se da psicóloga e encostando-se a esta para receber massagem, que depois fazia ele nos pés e pernas da psicóloga. Durante as sessões sorria mais vezes, e quando se dirigia aos instrumentos musicais ou aos materiais de pintura, pegava nos mesmos e olhava para a psicóloga, aguardando que esta se aproximasse para o ajudar na realização da actividade. Quando esta não o seguia imediatamente, puxava-a e numa das sessões chamou-a “Pata” (Marta) olhando para ela. Nos momentos de relaxamento começou a deitar-se junto ao rádio já não se verificando comportamentos como tapar os ouvidos e parecendo tranquilizar-se ao som da música. Deixou também de trazer objectos de casa para a sessão e deixou de chorar na mesma reduzindo significativamente a presença de estereotípias e maneirismos. Verificou-se uma evolução nas suas verbalizações pronunciando mais correctamente as palavras como “água”. Aquando do manuseamento dos instrumentos, e apesar de não conseguir reproduzir ritmos, imitava a psicóloga a tocar o *jambé*, pronunciando o som “Badomm” sempre que batia no mesmo.

Na décima nona sessão, já respondia com um sorriso quando a psicóloga lhe dizia “Bom dia!”, embora ainda girasse sobre si mas com menos frequência. Na última sessão e no momento final em que normalmente “C” se aproximava da psicóloga para

receber mensagens, desloca-se por iniciativa própria a um local da sala onde estão colchões e trouxe-os para junto da psicóloga deitando-se nestes ao lado desta para a actividade de relaxamento.

2.2.3. Avaliação do comportamento autista pré e pós-intervenção

Foram também aplicados a “C” os instrumentos *CARS (Childhood Autism Rating Scale)* e *ABC (Autism Behavior Checklist)* num momento pré-intervenção e pós-intervenção, tendo-se observado os resultados que seguidamente se apresentam para a *Autism Behavior Checklist (ABC)*:

Tabela 14 – Avaliação de “C” com a *Autism Behavior Checklist (ABC)*

Áreas avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultado	Cotação da aplicação pós-intervenção	Resultado
Estimulação Sensorial	24	Perturbação do Espectro do Autismo	10	Perturbação do Espectro do Autismo
Relacionamento	38		23	
Uso do Corpo e dos Objectos	24		7	
Linguagem	15		13	
Desenvolvimento Pessoal e Social	21		17	
Total	122		70	

Na avaliação com o instrumento acima referido, verificaram-se alterações significativas nos resultados apresentados, especificamente na área da estimulação sensorial, onde se observou que “C” mostrou adquirir ao longo das sessões uma menor hipersensibilidade auditiva, aproximando-se mais dos instrumentos musicais e rádio, estabelecendo contacto visual com os objectos que produziam sons ou música em vez que os explorar maioritariamente com os pés como fazia nas sessões iniciais. Por outro lado, deixou de apresentar com tanta frequência a resposta de tapar os ouvidos quando ouvia sons mais intensos, como a campainha da escola.

Na área do relacionamento, “C” mostrou-se menor resistência a entrar na sala para iniciar a sessão, sendo menos frequentes os períodos de choro e maior a proximidade física com a psicóloga (maior estabelecimento de contacto visual e maior tolerância e iniciativa própria na aproximação física à psicóloga).

Relativamente ao Uso do Corpo e dos Objectos, “C” deixou de apresentar comportamentos como girar em torno de si, correr de um lado ao outro da sala e bater com os objectos ou explorá-los apenas com os pés.

Quanto ao uso da linguagem, “C” começou a usar algumas palavras para comunicar as suas necessidades como pedir “água” (água) ou “sapato” (sapato) chamando numa das sessões a psicóloga com o termo “pata” (Marta) embora não utilize as palavras “sim” ou “eu”. Ao nível da linguagem verificou-se que “C” começou a verbalizar e

vocalizar mais palavras e sons, embora no seu discurso ainda se processasse maioritariamente ao nível das vocalizações de sons.

Ao nível do Desenvolvimento Pessoal e Social, “C” parece ter adquirido neste contexto maior facilidade em esperar até que lhe fosse atendido um pedido. Deixaram também de se verificar situações em que magoava a psicóloga beliscando-a ou mordendo e batendo noutros.

Na aplicação pré e pós intervenção do CARS foram avaliadas as áreas apresentadas e verificaram-se os seguintes resultados:

Tabela 15 – Avaliação de “C” com a Childhood Autism Rating Scale (CARS)

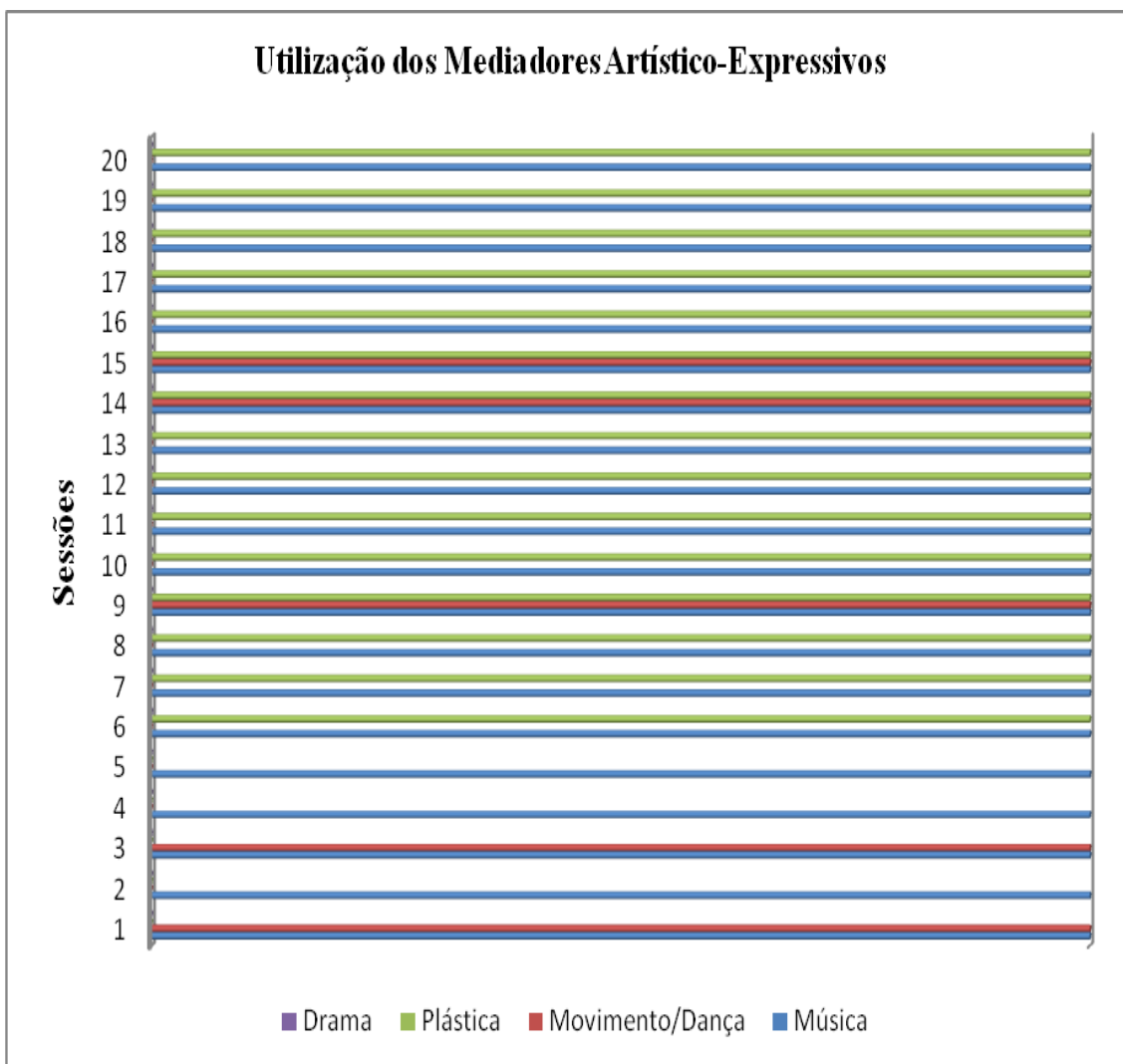
Áreas avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultado	Cotação da aplicação pós-intervenção	Resultado
Relações Pessoais	3,5	Autismo Grave	2,5	Autismo Grave
Imitação	4		3,5	
Resposta Emocional	3		2,5	
Uso do Corpo	3		3	
Uso de Objectos	3,5		3	
Adaptação à Mudança	4		4	
Resposta Visual	3,5		3	
Resposta Auditiva	3,5		2,5	
Resposta ao gosto, cheiro e tacto	2,5		2,5	
Medo e ansiedade	3,5		2,5	
Comunicação verbal	3,5		2,5	
Comunicação não-verbal	4		3	
Nível de actividade	3,5		3	
Nível e consistência da resposta intelectual	3,5		3,5	
Impressão Geral	4		4	
Total	52,5		45	

Também na avaliação com o CARS, se verificaram alterações nos resultados apresentados. Observaram-se especificamente alterações, sendo as mais significativas nas áreas das Relações Pessoais, Resposta Auditiva, Medo e Ansiedade e Comunicação Verbal e Não-Verbal. Ao nível das Relações Pessoais verificou-se um aumento da proximidade física, do contacto visual e da utilização do gesto para solicitar acções ou materiais (Comunicação Não-Verbal) algumas vezes já acompanhada de verbalizações (Comunicação Verbal) e da interacção com a psicóloga, tanto ao nível da iniciação com do tempo de interacção.

Revelou progressivamente menor intolerância ao som, deixando de tapar os ouvidos e não reagindo com sobressalto a sons intensos.

2.2.4. Apresentação dos resultados da intervenção com “C”

Através da aplicação da Grelha Categral e da Escala de Registo do Comportamento da Criança, foi possível apresentar alguns dados que revelam algum interesse para a análise da intervenção com “C”.



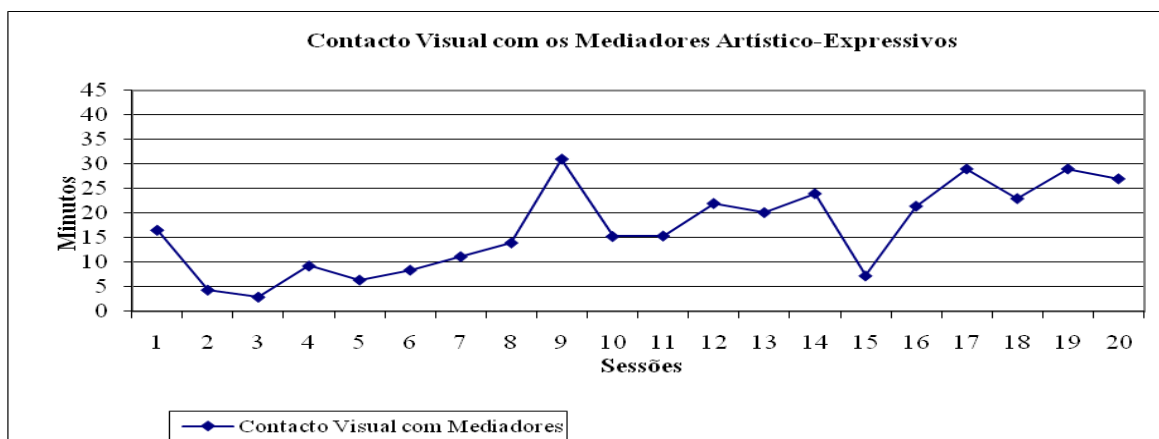
Quadro 18 – Utilização dos Mediadores Artístico-Expressivos por “C”

Tabela 16 – Utilização dos Mediadores Artístico-Expressivos por “C”

Mediadores Artístico-Expressivos utilizados	Drama	Plástica	Movimento/Dança	Música
N.º de Sessões	0	15	5	20

Procedendo a uma análise da adesão de “C” aos mediadores artístico-expressivos, verificamos que a criança aderiu com maior frequência, nas sessões iniciais, a actividades que envolviam o manuseamento de instrumentos musicais, pois apesar de os explorar maioritariamente com os pés, revelava grande curiosidade face aos mesmos, e o escutar da música embora nas primeiras sessões tapasse muitas vezes

os ouvidos a sons mais intensos. Com o progredir das sessões revelou interesse e agrado na realização de actividades plásticas, recorrendo de início a materiais secos como as canetas de feltro e essencialmente lápis de cor, mas passando depois e manusear a plasticina e a pintar com tintas com pincel e com as mãos e pés.



Quadro 19 – Contacto Visual de “C” com os Mediadores Artístico-Expressivos

Tabela 17 – Contacto Visual de “C” com os Mediadores Artístico-Expressivos

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Duração do Contacto Visual*	16:57	4:43	3:30	9:30	6:47	8:47	11:21	14	31	15:30	15:40	22	20:15	24	7:30	21:45	29	23	29	27

*(tempo em minutos dos 45 minutos de sessão)

Como podemos observar pelo Quadro 19 e Tabela 17 verificamos que ao longo da intervenção “C” foi estabelecendo contacto visual com maior frequência e maior duração com os mediadores artístico-expressivos, embora não se verifique uma evolução linear, estando muito dependente este aspecto do humor de “C” e dos incidentes que ocorriam antes da sessão, por exemplo o facto de resistir a deixar o pai ir embora quando este o trazia à escola ou quando trazia objectos de casa dos quais resistia separar-se não atendendo com tanta frequência aos estímulos.

Inicialmente explorava os instrumentos musicais, só com os pés embora com o decorrer da intervenção tenha começado a estabelecer um contacto visual com maior duração e enquanto realizava a actividade manipulando os mesmos.



Quadro 20 – Contacto Visual estabelecido por “C” com a Psicóloga

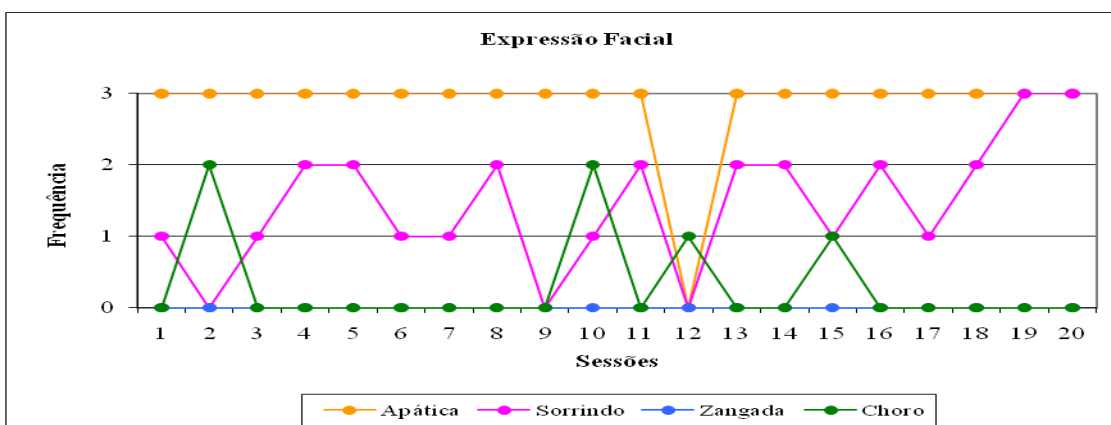
Tabela 18 – Contacto Visual estabelecido por “C” com a Psicóloga

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Frequência do Contacto Visual*	20	9	32	32	25	31	28	34	32	38	31	37	35	39	37	43	49	51	49	47

*(N.º de vezes que estabeleceu contacto visual durante a sessão)

Ao nível do estabelecimento do contacto visual com a psicóloga verificou-se um aumento ao longo da intervenção.

Embora nas primeiras sessões “C” evitasse o estabelecimento de contacto visual, por se manter a correr de um lado para o outro da sala e evitando a proximidade física com a psicóloga, estabelecia em alguns momentos contacto visual à distância, principalmente quando a psicóloga produzia sons com os instrumentos musicais mantendo-se a observá-la curioso. Só com o decorrer da intervenção se começou a aproximar e a estabelecer contacto visual para solicitar algo à psicóloga.



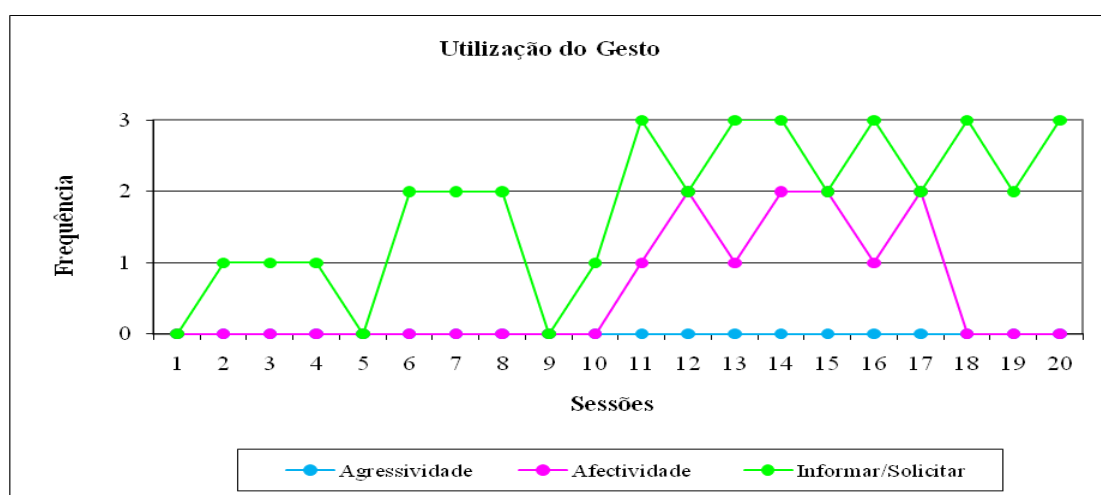
Quadro 21 – Expressão facial de “C” ao longo das sessões

Tabela 19 – Expressão facial de “C” ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Frequência da expressão facial*	Apática	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Sorrindo	1	0	1	2	2	1	1	2	0	1	2	0	2	2	1	2	1	2	3	3	3
	Zangada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Choro	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0

*(N.º de vezes que mostrou alguma das expressões faciais a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Como podemos observar pelo Quadro 21 e Tabela 19 verificamos que ao longo da intervenção “C” a presença do choro foi menos frequente nas sessões, mostrando-se mais responsivo, nomeadamente através do sorriso. Continuou no entanto a apresentar uma expressão facial predominantemente apática.



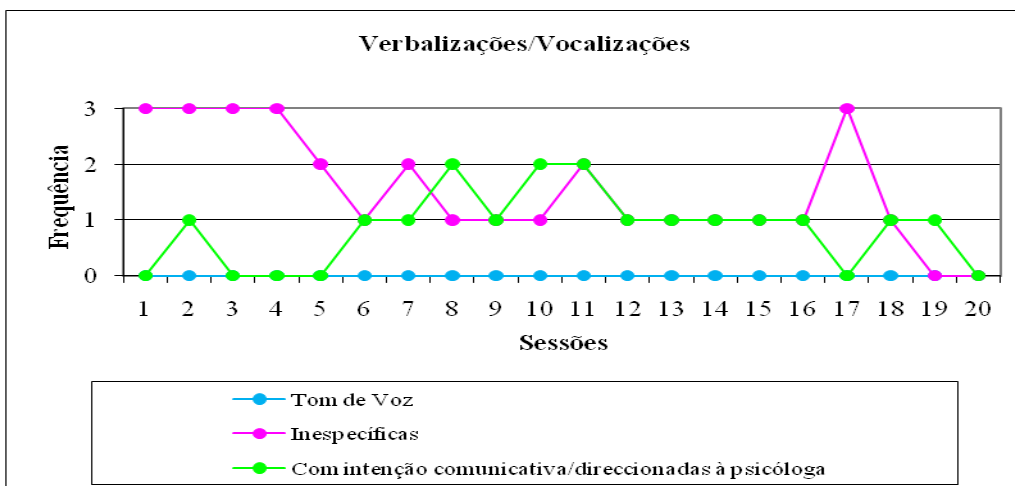
Quadro 22 – Utilização do Gestos por “C” ao longo das sessões

Tabela 20 – Utilização do Gestos por “C” ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Frequência da utilização do gesto* (com intenção de expressar)	Agressi_ vidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Afecti_ vidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	2	1	2	0	0	0	0
	Informar/ Solicitar	0	1	1	1	0	2	2	2	0	1	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3

*(N.º de vezes que recorreu ao gesto com intenção comunicativa a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Ao longo da intervenção “C” recorreu maioritariamente ao gesto com intenção de informar a psicóloga ou solicitar material ou acção para a realização de actividades ou para satisfazer necessidades como pedir água. Verifica-se ainda um ligeiro aumento na utilização do gesto por “C” com intenção de expressar afectividade para com a psicóloga, procurando a proximidade física como o colo ou o abraço.



Quadro 23 – Verbalizações e Vocalizações de “C” ao longo das sessões

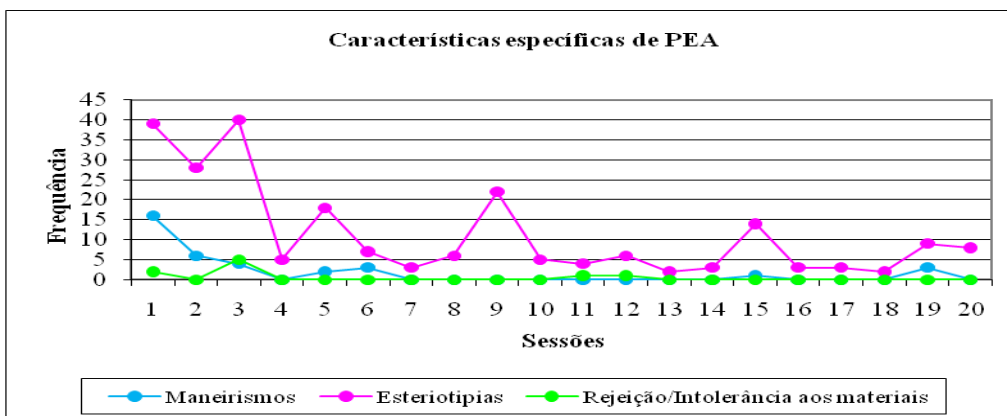
Tabela 21 – Verbalizações e Vocalizações de “C” ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Verbali_zações/	Tom de Voz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inespecíficas	3	3	3	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	0	0
Vocali_zações*	Com intenção comunicativa/ Direccionadas à psicóloga	0	1	0	0	0	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0

*(N.º de vezes que recorreu a verbalizações e/ou vocalizações a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Como podemos observar pelo Quadro 23 e Tabela 21 verificamos que se registou uma evolução positiva ao longo da intervenção com “C” que começou a verbalizar algumas palavras. Recorreu maioritariamente a vocalizações inespecíficas, que muitas vezes assumiam a função de estereotipia ou com intenção comunicativa. Com o decorrer da intervenção “C” começou a direccionar com maior frequência as mesmas à psicóloga quase sempre visando interagir com a mesma ou solicitar algo para satisfazer uma necessidade ou uma acção específica como descalçar-se ou manusear instrumentos.

Analisando o seu tom de voz verificou-se que “C” manteve sempre o mesmo tom de voz sem alterações significativas, e num tom predominantemente monocórdico.



Quadro 24 – Manifestações de características específicas de PEA de “C” ao longo das sessões

Tabela 22 – Manifestações de características específicas de PEA de “C” ao longo das sessões

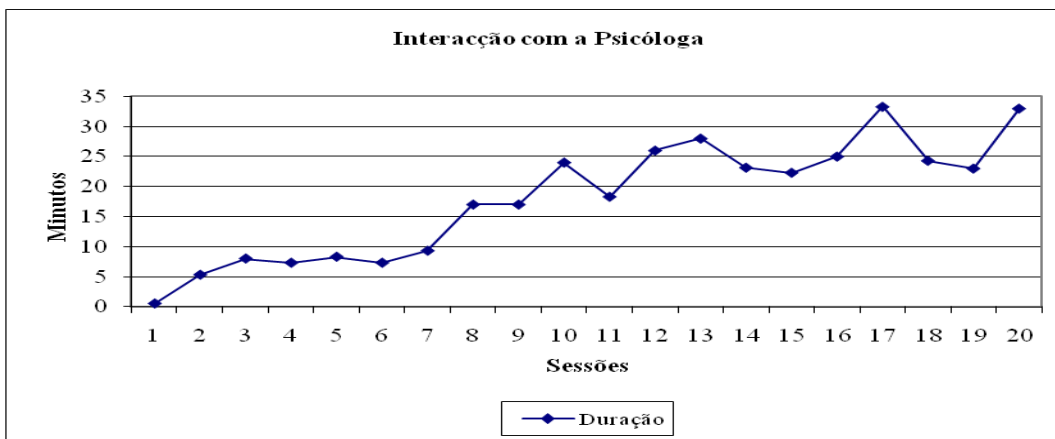
Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Caracte_rísticas especifi_cas de PEA*	Maneirismos	16	6	4	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0
	Esteriotipias	39	28	40	5	18	7	3	6	22	5	4	6	2	3	14	3	3	2	9	8
	Rejeição/Intolerância aos materiais	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

*(N.º de vezes que se observaram esteriotipias, maneirismos ou rejeição/intolerância aos materiais durante os 45 minutos de sessão)

Como podemos observar pelo Quadro 24 e Tabela 22 verificamos que ao longo da intervenção “C” manifestou com muita frequência comportamentos específicos de PEA, embora se tenha verificado ao longo da intervenção uma redução significativa dos mesmos, maioritariamente das estereotipias que se manifestavam por estereotipias vocais e maneirismos motores como correr de um lado para o outro e girar sobre si. Verificou-se ainda uma redução da intolerância e hipersensibilidade aos mediadores.



Quadro 25 – Iniciação da interação com a psicóloga por “C” ao longo das sessões



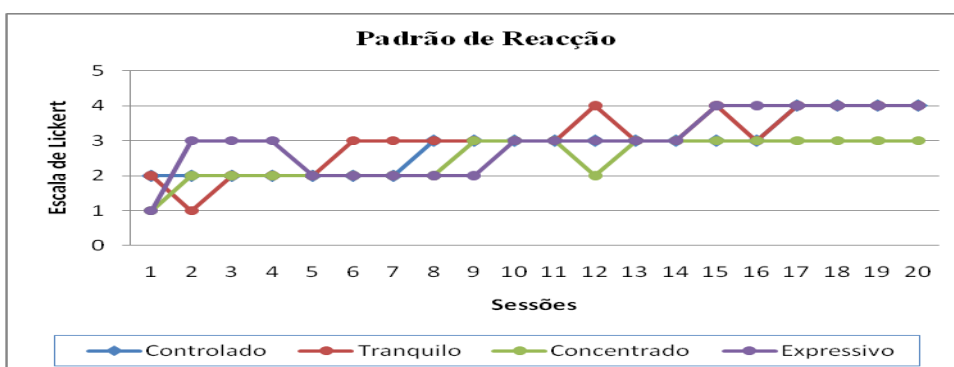
Quadro 26 – Duração da interacção de “C” com a psicóloga ao longo das sessões

Tabela 23 – Iniciação e duração da interacção de “C” com a psicóloga

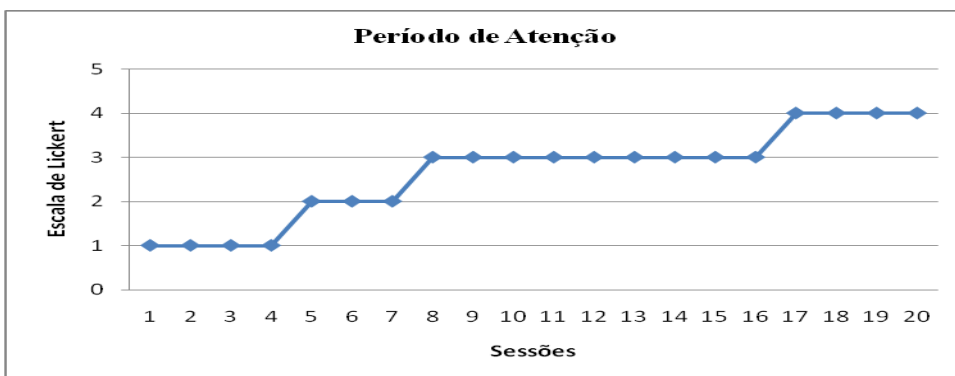
Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Inte_ racção com a psicó_ loga*	0	1	1	1	0	1	2	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3
Dura_ ção* (em minutos)	0:50	5:30	8:30	7:30	8:30	7:30	9:30	17	17	24	18:30	26	28	23:15	22:30	25	33:30	24:30	23	33

*(N.º de vezes que se observou a iniciação da interacção por “A” com a psicóloga a cada 15 minutos de sessão (3 momentos) e sua duração em minutos)

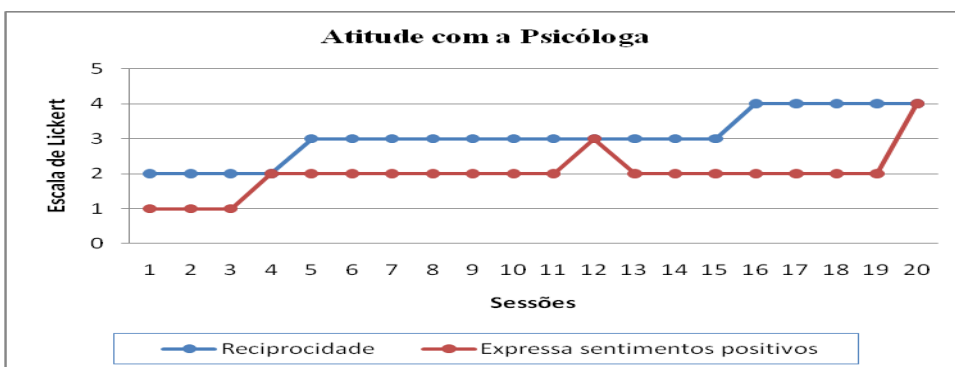
Ao longo da intervenção “C” iniciou a interacção com a psicóloga com maior frequência, sendo que nas sessões iniciais se afastava activamente da psicóloga rejeitando a sua aproximação. Com o decorrer da intervenção, a duração dos períodos da interacção de “C” com a psicóloga aumentaram significativamente, conseguindo nas últimas sessões estar a maior parte da sessão em interacção.



Quadro 27 – Padrão de reacção de “C” ao longo das sessões

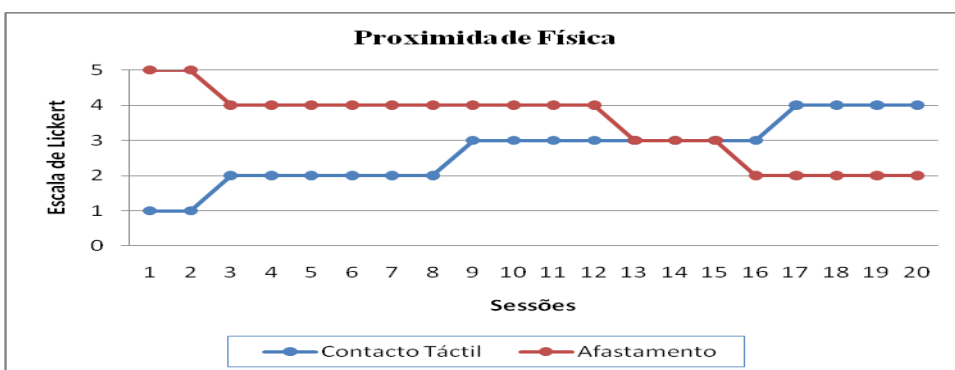


Quadro 28 – Períodos de atenção de “C” ao longo das sessões



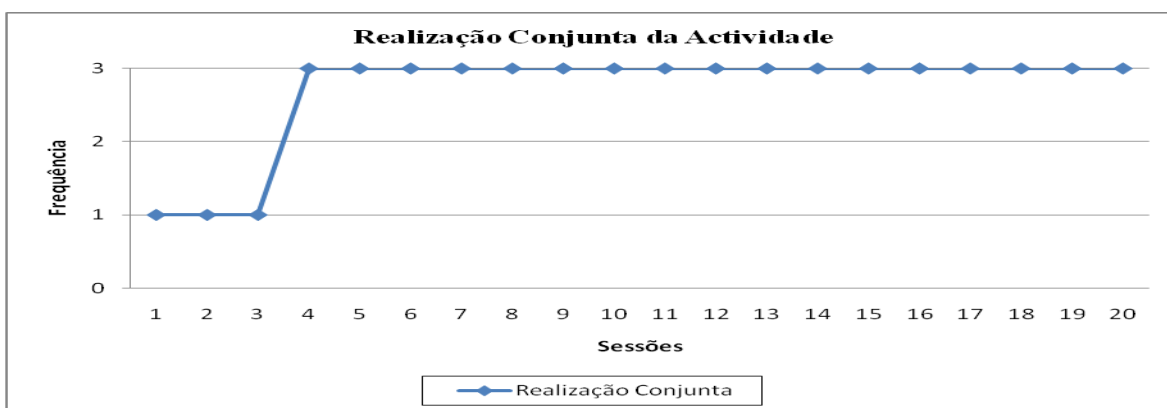
Quadro 29 – Atitude de “C” com a psicóloga ao longo das sessões

Como podemos observar pelos Quadros 27, 28 e 29 verificamos que ao longo da intervenção “C” foi mostrando-se ligeiramente mais expressivo e com períodos de atenção superiores. A evolução mais significativa foi ao nível da ansiedade mostrando-se mais tranquilo na sessão e na relação com a psicóloga. Mostrou-se também mais expressivo e com maior reciprocidade face às atitudes e interações da psicóloga.



Quadro 30 – Proximidade física de “C” com a psicóloga ao longo das sessões

Como podemos observar pelo Quadro 30 verificamos que “C” aumentou o seu nível de proximidade com a psicóloga ao longo das sessões, tanto ao nível da aceitação do contacto táctil como reduzindo comportamentos de afastamento face a esta.

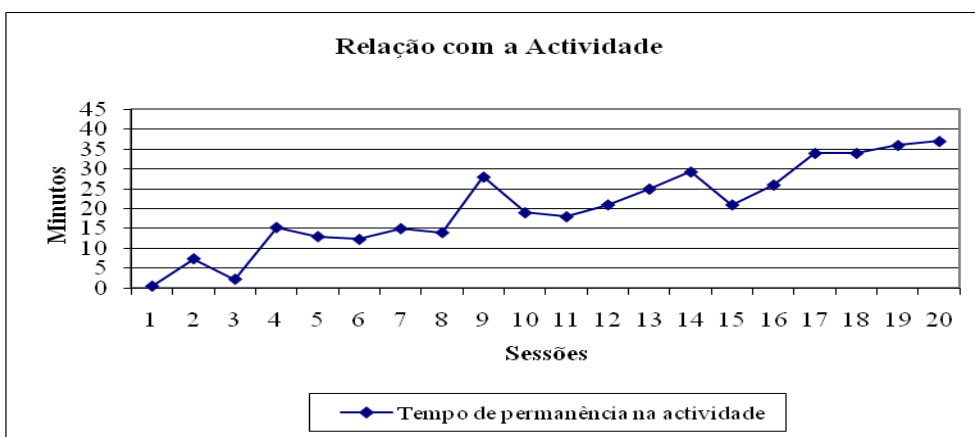


Quadro 31 – Realização conjunta da actividade de “C” com a psicóloga ao longo das sessões

Tabela 24 – Relação de “C” com a actividade ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Relação com a actividade*	Adesão	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
	Imitação	1	1	1	3	2	2	1	2	2	3	2	3	2	2	1	2	3	2	3	2
	Realização Conjunta	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

*(N.º de vezes que se observou adesão à actividade, imitação de acções da psicóloga e realização conjunta da actividade a cada 15 minutos de sessão (3 momentos))



Quadro 32 – Permanência de “C” na actividade ao longo das sessões

Tabela 25 – Permanência de “C” na actividade ao longo das sessões

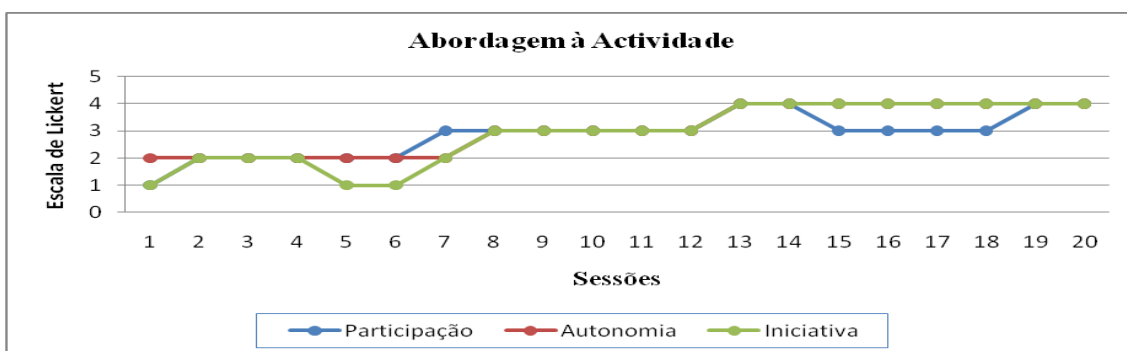
Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Tempo de permanência na actividade*	0:50	7:40	2:25	15:30	13	12:30	15	14	28	19	18	21	25	29:30	21	26	34	34	36	37

*(em minutos dos 45 minutos de duração da sessão)

Ao longo da intervenção “C” manifestou sempre alguma adesão às actividades embora em sessões iniciais os períodos de manutenção das mesmas fossem muito curtos, aumentando progressivamente ao longo da intervenção.

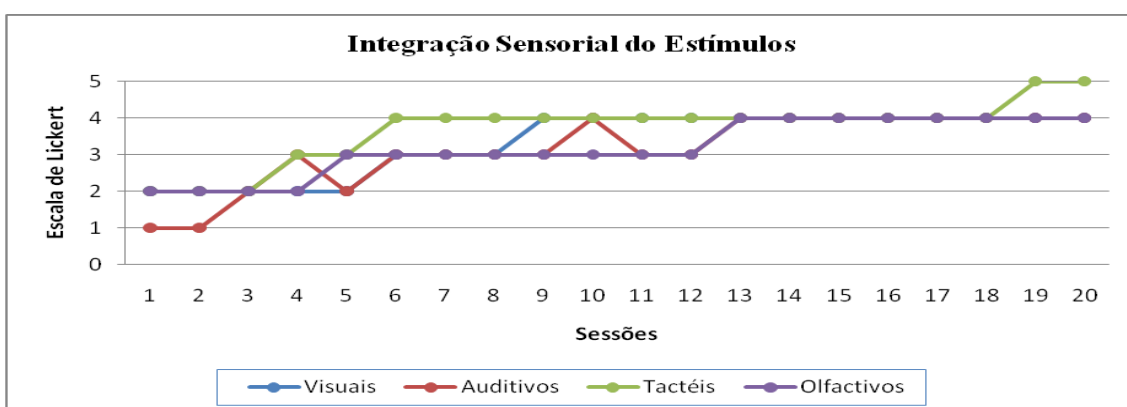
Verificou-se também um ligeiro aumento de comportamentos de imitação da psicóloga na realização das actividades, conseguindo “C” no final da intervenção reproduzir alguns sons nos instrumentos musicais embora só imitando o toque dos mesmos pela observação do manuseamento dos mesmos pela psicóloga. O mesmo se verificou na exploração dos materiais plásticos e manuseamento da tinta com as mãos.

No decorrer da intervenção “C” começou a realizar as actividades em conjunto com a psicóloga em mais momentos da sessão, embora só se registre um aumento nos tempos de permanência conjunta na actividade.



Quadro 33 – Abordagem à actividade de “C” ao longo das sessões

Como podemos observar pelo Quadro 33 verificamos que no decorrer da intervenção com “C”, este manifestou uma abordagem à actividade com maior iniciativa própria e mostrando-se mais participativo. Mostrou-se mais autónomo mas necessitou sempre de uma constante supervisão e apoio da psicóloga na realização das actividades.



Quadro 34 – Integração sensorial dos estímulos por “C” ao longo das sessões

Com o decorrer das sessões “C” deixou de explorar com tanta frequência os mediadores com os pés, conseguindo estabelecer maior contacto visual e auditivo

com os mesmos, inclusive no manuseamento dos materiais como instrumentos musicais e procurando maior proximidade com o rádio em momentos de relaxamento.

2.2.5. Análise dos dados e reflexão acerca da intervenção com “C”

No início da intervenção “C” mostrava-se muito resistente a qualquer tipo de contacto com a psicóloga passando a maior parte do tempo a vaguear pela sala correndo, de um lado para o outro do espaço e em estereotipia vocal. Parecia sentir necessidade em fugir da psicóloga para evitar qualquer aproximação. Quando permanecia no mesmo local optava por se sentar no canto mais afastado da sala relativamente à psicóloga e normalmente junto à porta de saída. Embora estabelecesse contacto visual sem o evitar fazia-o com a maior distância física possível. Não parecia interessar-se por nenhum dos materiais, excepto as bolas de sabão, e permanecia focado no peluche que insistia em trazer consigo de casa. Este objecto parecia funcionar para “C” como um objecto transaccional que o mantinha ligado a um espaço (a sua casa) e a figuras (parentais) onde e com quem se sentia seguro. O interesse neste objecto era obsessivo, como relatavam os pais pois mesmo em casa não o largava (nem para comer, dormir ou tomar banho) mantendo-se por vezes a mordê-lo. Esta ligação às figuras que lhe transmitiam segurança e com quem tinha já estabelecido uma relação afectiva significativa como o pai era observável na angústia de separação quando o pai o deixava na escola, reflectindo-se também no próprio pai que se mostrava muito nervoso e angustiado, verbalizando a sua dificuldade em deixar o filho a chorar na escola, e remetendo implicitamente para uma associação ao passado de abandono da criança.

Foi o próprio “C” com a sua evolução na relação com o espaço e a psicóloga, que parece ter serenado o pai neste aspecto, ao verificar-se que se dirigia à sessão com agrado embora ainda chorasse para que o pai ficasse na sessão. Se por um lado queria realizar a sessão, por outro queria que o pai se mantivesse na mesma, enquanto ele iniciava a exploração dos mediadores que lhe despertavam claramente curiosidade. Com o decorrer da intervenção e o aprofundamento da relação com a psicóloga, “C” parece ter adquirido uma maior confiança na figura desta, procurando consolo no colo da psicóloga, como forma de se tranquilizar quando via o pai ir embora.

A insistência em manter consigo objectos que trazia de casa foi respeitada pela psicóloga, que os entendeu como importantes objectos de transição da criança de um contexto para outro, funcionando como elementos securizantes para “C”. Com o evoluir da relação e com a crescente curiosidade despertada pelos mediadores presentes, “C” passou a confiar na psicóloga conseguindo largar estes objectos embora os mantivesse sob supervisão, para iniciar uma exploração dos materiais e realizar actividades com esta. Também os momentos de afastamento inicial de “C” foram respeitados, embora a psicóloga manifestasse a sua presença pelo contacto visual, e pelo desenvolvimento de actividades como o manusear de instrumentos para

que “C” pudesse observar a actividade e perceber visualmente o que estava a acontecer na sessão. Uma vez que a proximidade física parecia aumentar significativamente a ansiedade de “C”, a psicóloga tentou estabelecer uma “ponte relacional” de aproximação entre ambos, iniciando a interacção com o manuseamento de instrumentos pela psicóloga que “C” apenas observava, seguidamente esta lançava-os rolando pelo chão até ele que os manuseava ainda só com os pés.

De uma forma gradual “C” começou a aproximar-se da psicóloga, em grande parte pela curiosidade pelos mediadores artísticos como instrumentos musicais e materiais de pintura, e pela necessidade de ajuda para os manusear como ele observava a psicóloga a fazer. A reciprocidade de “C” para a realização das actividades foi crescendo e a relação e proximidade da psicóloga foi tornando-se mais tolerável e progressivamente securizante, pois “C” começou a recorrer a esta para se tranquilizar e relaxar através das massagens.

“C” parecia ao longo da intervenção, necessitar da presença e proximidade da psicóloga para se aproximar dos estímulos menos toleráveis para si como o som, refugiando-se no contacto físico em momentos de sobressalto como o toque da campainha, ou de tristeza e sentimentos de abandono como quando o pai ia embora.

O estabelecimento desta relação afectiva que parecia ser sentida por “C” como tranquilizadora e securizante permitiu ainda a exploração de materiais e texturas plásticas, para as quais solicitava ajuda. Progressivamente os mediadores pareceram assumir uma maior importância face aos objectos que “C” trazia de casa, abandonando a necessidade de os trazer para a sessão e deixando-os com o pai quando entrava na sessão, dirigindo-se por iniciativa própria para os materiais da sua preferência.

Se por um lado parece ter sido o estabelecimento da relação que permitiu a exploração dos mediadores, por outro verifica-se que a clara curiosidade despertada por estes em “C” foi o motivador do estabelecimento da relação e da proximidade entre “C” e a psicóloga. Embora “C” não tenha ultrapassado uma fase de, apenas exploração e manuseamento dos materiais, foi através destes e da necessidade de solicitação dos mesmos e de actividade que se verificou uma evolução ao nível da comunicação verbal e não-verbal, mostrando-se “C” com maior capacidade de comunicar as suas necessidades e interagir na relação com o outro.

2.3. Caso “G”

2.3.1. Enquadramento

“G” é um menino de cinco anos, nascido a 2 de Abril de 2003, sendo o segundo filho de um casal divorciado. Actualmente “G” vive com a mãe e a irmã, em habitação do agregado familiar.

O diagnóstico de Perturbação autista surgiu antes dos três anos de idade, um pouco depois de terem surgido os primeiros sintomas. Em entrevista com a mãe obteve-se a

informação de que aos dois anos a criança começou a revelar um maior isolamento social, procurando estar sozinho aos cantos da casa, e deixando de estabelecer contacto visual com as pessoas. Não respondia quando chamado pelo nome e deixou de brincar com os brinquedos, de utilizar a colher ou beber água sozinho. Deixou de pronunciar algumas palavras que já verbalizava como “mãe” e “mana”. Começou também a apresentar com maior frequência comportamentos de birras, alguns comportamentos bizarros e algumas estereotipias motoras como andar em bicos dos pés, morder o lábio e abanar as mãos.

Após encaminhamento para a Consulta de Autismo do Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra, pela médica responsável pelo seu acompanhamento no Hospital do Espírito Santo de Évora, procedeu-se à avaliação da criança por uma equipa multidisciplinar. Aos 2 anos e 1 mês de idade, foi observado pela primeira vez pela equipa. Utilizando o *PEP-R* (Perfil Psicoeducacional Revisto de Eric Shoppler) para avaliação psicoeducacional, com a mesma idade, verificou-se que ao nível do desenvolvimento funcional “G” se situava entre os 15-17 meses, mas com possibilidade de evoluir para um nível superior (16-19 meses nos comportamentos emergentes) e que apresentava como áreas mais fortes a Motricidade Global (nível funcional 23-24 meses, com possibilidade de apresentar comportamentos emergentes ao nível dos 25-27 meses), Percepção (nível funcional 15-15 meses, com possibilidade de apresentar comportamentos emergentes ao nível dos 34-39 meses) e Motricidade Fina (nível funcional 14-16 meses, sem terem sido apresentados resultados a nível emergente). Nos restantes comportamentos avaliados verificou-se um nível funcional de 12-13 meses na Imitação (com resultados a nível emergente entre os 16-17), de 10-13 na Coordenação Óculo-Manual (sem resultados avaliados ao nível dos comportamentos emergentes), de 11-12 na Realização Cognitiva (com possibilidade de evolução para 14-15 a nível emergente) e de 0-15 meses no Desempenho Verbal (sem resultados avaliados ao nível dos comportamentos emergentes).

O diagnóstico principal Perturbação do Espectro do Autismo surge associado a um diagnóstico secundário que indica um nível de desenvolvimento abaixo da média para a sua idade cronológica (QD global = 46% E IM = 1A e 9M). Esta avaliação foi realizada aos 3 anos e 8 meses segundo a *Escala de Desenvolvimento Griffiths* (Ruth Griffiths), verificando-se resultados ao nível do Quociente de Desenvolvimento (QD) de 82% ao nível da área Motora (IM = 3A), de 41% na área Pessoal-Social (IM = 1A e 6M), de 28% na área da Audição e Fala (IM = 1A e 1M), de 36% na área Óculo-Manual (IM = 1A e 4M), de 45% na área da Realização (IM = 1A e 8M), não tendo sido avaliada a área de Raciocínio Prático.

Com 4 anos e 1 mês, procedeu-se a nova avaliação pela mesma equipa, recorrendo aos instrumentos *Autism Diagnostic Interview Revised* – ADI-R, *Childhood Autism Rating Scale* – CARS, à *Escala de Comportamento Adptativo de Vineland* (forma sintética) e aos critérios de diagnóstico da DSM-IV para autismo. Com 3 anos e 10 meses de idade da criança foi aplicado o *Autism Diagnostic Observation Schedule* -

Generic - ADOS-G (Lord et al., 1994, 2000 citado por Goodlin-Jones & Solomon, 2003). Todos os instrumentos apontaram para um diagnóstico de PEA.

Os resultados verificados na *Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland* indicavam que o menino apresentava um nível de Comportamento Adaptativo Composto de 1 ano e 8 meses (-3DP). Os resultados obtidos nas diferentes áreas reportam para um desenvolvimento na área da comunicação = 1 ano e 3 meses (-3DP), na área da autonomia = 1 ano e 9 meses (-2DP), na área da socialização = 11 meses (-3DP) e ao nível da motricidade = 2 anos e 10 meses (-2DP).

Na investigação etiológica realizada verificaram-se resultados normais ao nível do despiste de perturbações associadas como o Síndrome de X-Frágil. Não revelou problemas de visão ou de audição e está actualmente medicado com risperidona administrada em soluções de 0,5 ml duas vezes ao dia.

Frequentou a creche e actualmente está integrado no Jardim-de-infância recebendo apoio ao nível da Educação Especial e continuando a ser acompanhado na Consulta de Autismo do Hospital Pediátrico de Coimbra. Beneficia de prolongamento do horário, de apoio pedagógico personalizado, adequações no processo de matrícula, currículo específico individual, terapias de apoio como Terapia da Fala, Hidroterapia, Terapia em Sala de Snoezelen, Equitação Terapêutica e Psicomotricidade.

No início desta intervenção, "G" era descrito pela mãe, educadores e técnicos como um menino que tinha registado uma evolução ao nível da comunicação, relação e do comportamento muito lenta nos dois últimos anos de frequência no Jardim-de-infância. O seu quotidiano em casa e na escola era marcado por birras e choro muito frequentes, pela não adesão à maioria das actividades ou estímulos apresentados, e por uma grande agitação nocturna que não lhe permitia um sono regular durante a noite.

2.3.2. Intervenção

Nas primeiras sessões "G" apresentava grande resistência à entrada na sala e ao contacto físico com a psicóloga, o que se traduzia por comportamentos de choramingar (sem lágrimas), tentativa de se dirigir a outros espaços na escola, no caminho para a sala, e resistência a entrar pela porta. Nas primeiras quatro sessões, "G" isolou-se muitas vezes, colocando-se com frequência num canto da sala situado junto à janela, observando o que se passava no exterior e ao pé do leitor de cd's, de onde provinha a música, alternando estes momentos com corridas em bicos dos pés da janela até à porta (situada no lado oposto da sala) acompanhadas de estereotipias abanando as mãos (*flappings*). Embora ao nível da comunicação verbal não pronunciasse qualquer palavra, emitindo apenas gritos e alguns sons, ao nível da comunicação não-verbal estabelecia algumas vezes contacto visual com a psicóloga embora evitasse contacto corporal que implicasse grande proximidade física ou frequência. Durante a sessão mantinha-se breves momentos a observar a psicóloga. Nas sessões iniciais e após os primeiros 30 minutos "G" começava a revelar um

comportamento mais agitado, dirigindo-se à porta e revelando vontade de terminar a sessão.

Depois das primeiras sessões começaram a observar-se modificações no comportamento de “G”, deixando de manifestar tão frequentemente um isolamento em zonas específicas da sala, permanecendo com maior frequência sentado na zona onde estavam os materiais e os instrumentos disponibilizados e sentando-se ao lado da psicóloga no edredão. Quando tentava iniciar uma interação, “G” sentava-se de costas para esta, mostrando-se ainda bastante intolerante ao toque, mas não rejeitando com tanta frequência o toque nas costas. Mantinha-se sentado a observar visualmente os materiais, interrompendo esta exploração com corridas de um lado ao outro da sala e estando ainda presentes algumas estereotipas com as mãos. Ao nível da relação com os estímulos, “G” estabelecia já um contacto visual mais frequente, embora não procurasse dirigir o olhar para o som de um instrumento ou música, mostrava-se muito resistente ao toque de objectos, à excepção de um lenço de cor vermelha ou um lençol branco, mostrando repugnância por tintas, lápis, bolas ou massas. Não seguia visualmente objectos e apenas os olhava se fossem colocados à sua frente.

Nas sessões seguintes procurou ainda explorar outros sons como o arraste de uma cadeira no chão. Começou também a estabelecer maior contacto corporal com os estímulos, iniciando a exploração dos instrumentos musicais, através da integração sensorial auditiva, visual e táctil, o que se traduzia em comportamentos em que observava. Numa fase inicial apenas arranhava os instrumentos com as unhas, mas com o decorrer da intervenção começou a observar a psicóloga a bater-lhe com a palma das mãos para produzir sons, começando a imitá-la batendo com a base da mão nestes estímulos ou fazendo-os rodar para ouvir o som produzido.

Após a quinta sessão, “G” começou também a revelar uma interiorização dos rituais da sessão, aguardando com maior tranquilidade a realização da sequência de acções que antecedem e precedem a sessão e dando a mão à psicóloga para se dirigir à sala da sessão com satisfação. Verificou-se também alguma apreensão em relação à duração da sessão, deixando de revelar uma atitude ansiosa após os primeiros 30 minutos. “G” começou também a estabelecer com maior frequência contacto visual e a procurar mais proximidade física com a psicóloga, sentando-se em alinhamento frontal a esta no edredão. Neste momento da intervenção “G” começou também a explorar, observando e tocando alguns materiais (para modelagem) nomeadamente a farinha (em pequenas quantidades e na mão da psicóloga), a massa (apenas tocando com a ponta dos dedos ou a base da mão) e a água (revelando grande satisfação em observar, tocar e ouvir o som da água). Relativamente ao comportamento houve modificações decorrentes de uma diminuição da frequência com que apresentava estereotipas motoras. “G” começou a aproximar-se da psicóloga estabelecendo espontaneamente o contacto corporal, maioritariamente de costas nas primeiras aproximações e colocando-se nas sessões seguintes de joelhos no colo da psicóloga olhando para ela ou enroscando-se no seu colo em posição fetal. A nível da expressão

afectiva, “G” revelava uma expressão menos apática, sorrindo com maior frequência em situações adequadas (quando lhe fazem cócegas, quando a psicóloga canta canções do seu agrado, com entoações determinadas). Ao nível das vocalizações “G” começou a emitir com maior frequência alguns sons, tendo diminuído a frequência de gritos. Verificou-se também uma maior utilização do gesto com intenção comunicativa, tendo como fim a acção específica de comunicar uma intenção, maioritariamente a procura afectiva da psicóloga.

A partir da décima sessão começou a revelar maior iniciativa própria na procura dos materiais que lhe interessavam como o lenço e os instrumentos e a aceitar melhor o contacto directo com o corpo da psicóloga, aproximando-se e sentando-se no seu colo. Parecia apreciar situações de movimentação conjunta dos corpos ao som da música mantendo-se na actividade por períodos de tempo progressivamente superiores. Nestes momentos em que “G” revelava maior proximidade física e tranquilidade no colo, a psicóloga começou a trazer para o espaço entre os dois, instrumentos musicais para o manuseamento em conjunto, que em sessões posteriores, foram utilizados em momentos de massagem que “G” começou a mostrar-se mais receptivo ao toque da psicóloga noutras partes do corpo como os braços, pés, pernas e mãos.

Ao longo de toda a intervenção rejeitou os materiais de pintura como papel, tintas, canetas ou lápis, afastando-se da psicóloga sempre que a via manuseá-los. Parecia apreciar mais a música e o contacto corporal directo nestas actividades, começando a solicitá-las por iniciativa própria aproximando-se da psicóloga.

Nas últimas cinco sessões revelou uma maior receptividade para com os instrumentos musicais procurando-os autonomamente, manuseando-os e segurando-os com agrado ao escutar o som produzido. Começou a revelar agrado na massagem com os mesmos, sorrindo quando estes produziam sons ao tocar o seu corpo. Verificou-se também uma maior receptividade na exploração e toque dos mesmos, utilizando já a palma das mãos e dedos para os segurar (especialmente a maraca) e explorando a textura (principalmente as partes feitas de madeira) dos mesmos, não só visualmente como pelo tacto e com a boca.

2.3.3. Avaliação do comportamento da criança pré e pós-intervenção

Na avaliação com o ABC a criança apresentou um valor final de 100 pontos, considerando-se assim o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo.

Tabela 26 – Avaliação de “G” com a *Autism Behavior Checklist (ABC)*

Áreas avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultado	Cotação da aplicação pós-intervenção	Resultado
Estimulação Sensorial	16	Perturbação do Espectro do Autismo	16	Perturbação do Espectro do Autismo
Relacionamento	38		31	
Uso do Corpo e dos Objectos	19		15	
Linguagem	6		6	
Desenvolvimento Pessoal e Social	21		19	
Total	100		87	

Na avaliação com a *Autism Behavior Checklist (ABC)*, verificaram-se alterações ligeiras nos resultados apresentados, especificamente na área do Relacionamento, onde “G” mostrou adquirir ao longo das sessões comportamentos mais frequentes como estender os braços para ser segurado por iniciativa própria ou quando a psicóloga lhe estendia os braços, mostrando uma maior reciprocidade, abraçando também a psicóloga. Começou a evitar menos o estabelecimento de contacto visual e a não rejeitar tão frequentemente ser tocado ou envolvido e a mostrar-se mais tranquilo nas sessões verificando-se uma redução dos comportamentos de ansiedade ou medo.

Na área do Uso do Corpo e dos Objectos, observou-se uma menor presença de maneirismos motores, nomeadamente na frequência com que balanceava o corpo.

Ao nível do Desenvolvimento Pessoal e Social, “G” parece ter adquirido uma forma mais serena de se relacionar com o seu corpo e o dos outros (personificados na pessoa da psicóloga) deixando de tentar morder, arranhar ou magoar os outros.

Na avaliação da criança com o instrumento *CARS* verifica-se uma coerência com os resultados observados no ABC:

Tabela 27 – Avaliação de “G” com a *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*

Áreas avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultado	Cotação da aplicação pós-intervenção	Resultado
Relações Pessoais	2,5	Autismo Grave	2	Autismo Grave
Imitação	3,5		3	
Resposta Emocional	3		2,5	
Uso do Corpo	3,5		3	
Uso de Objectos	3,5		3	
Adaptação à Mudança	3,5		3,5	
Resposta Visual	3,5		3	
Resposta Auditiva	3,5		3	
Resposta ao gosto, cheiro e tacto	3,5		3	
Medo e ansiedade	2,5		2	
Comunicação verbal	4		4	
Comunicação não-verbal	3,5		3,5	
Nível de actividade	3		3	
Nível e consistência da resposta intelectual	3,5		3,5	
Impressão Geral	3,5		3,5	
Total	50		46,5	

Também na avaliação com o *CARS*, se verificaram alterações nos resultados apresentados, embora ligeiras, nas áreas das Relações Pessoais, Imitação, Resposta Emocional, Uso do Corpo, Uso dos Objectos, Resposta Visual, Resposta Auditiva, Resposta ao Gosto, Cheiro e Tacto e Medo e Ansiedade. Ao nível das Relações Pessoais verificou-se um aumento da proximidade física, do contacto visual e de uma redução da utilização do toque de forma agressiva (deixando de arranhar), verificando-se a mesma alteração na forma de usar o seu corpo e objectos, passando a explorá-los com a palma das mãos e mesmo a segurá-los na sessões finais e não apenas a explorá-los com as unhas. Na imitação começou a imitar, embora de forma muito rudimentar gestos como estender as mãos ou bater em instrumentos como observava a psicóloga a fazer. Na resposta emocional, verificaram-se inicialmente alterações do humor em curtos espaços de tempo, passando a observar-se uma ligeira estabilização do humor. Na resposta a situações sociais pareceu verificar-se uma alteração ligeira relativamente à ansiedade, parecendo estar mais tranquilo mas continuando a revelar ausência de receio ou medo de situações potencialmente perigosas. Ao nível da linguagem não pronunciou qualquer palavra ao longo da intervenção, apenas emitindo sons ou gritos.

2.3.4. Apresentação dos resultados da intervenção com “G”

Apresentam-se, de seguida, os dados recolhidos através da aplicação da Grelha Categorical e da *Escala de Registo do Comportamento da Criança*, que revelam algum interesse para a análise da intervenção com “G”.



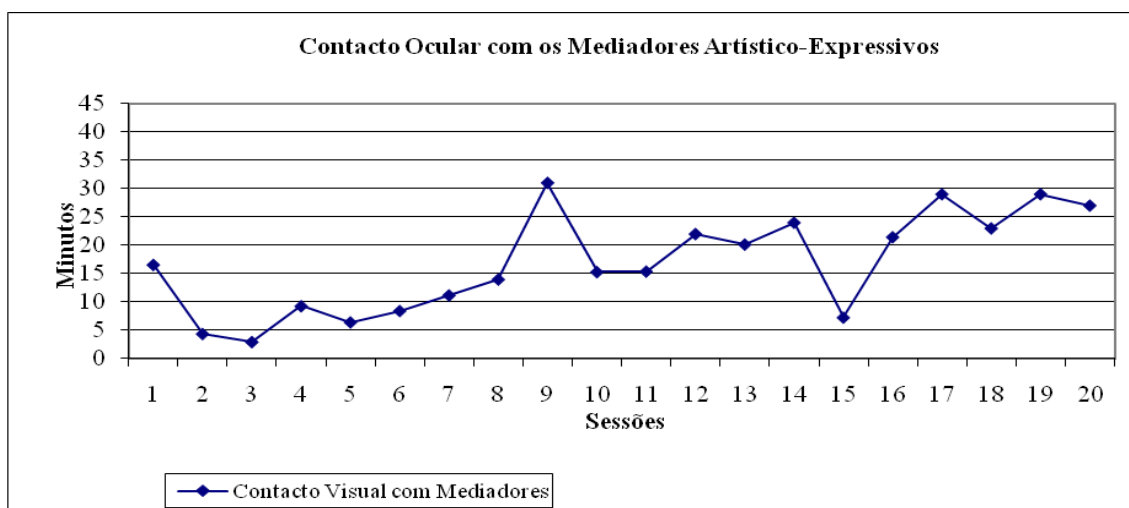
Quadro 35 – Utilização dos Mediadores Artístico-Expressivos por “G”

Tabela 28 – Utilização dos Mediadores Artístico-Expressivos por “G”

Mediadores Artístico-Expressivos utilizados	Drama	Plástica	Movimento/Dança	Música
N.º de Sessões	0	4	19	20

Procedendo a uma análise da adesão de “G” aos mediadores artístico-expressivos, não verificamos alterações significativas na adesão a diferentes mediadores, sendo que “G” mostrou ao longo da intervenção grande receptividade ao som, e posteriormente às canções (embora apenas respondesse sorrindo quando as

escutava e não conseguindo reproduzi-las) e posteriormente a actividades que envolviam o manuseamento de instrumentos musicais, pois apesar de os explorar maioritariamente com a ponta dos dedos e arranhando-os, revelava grande curiosidade face aos mesmos. Também desde um momento inicial mostrou agrado na realização de actividades que envolvessem o movimento, inicialmente de lenços e lençol e posteriormente na movimentação conjunta com a psicóloga ao som da música.



Quadro 36 – Contacto Visual de “G” com os Mediadores Artístico-Expressivos

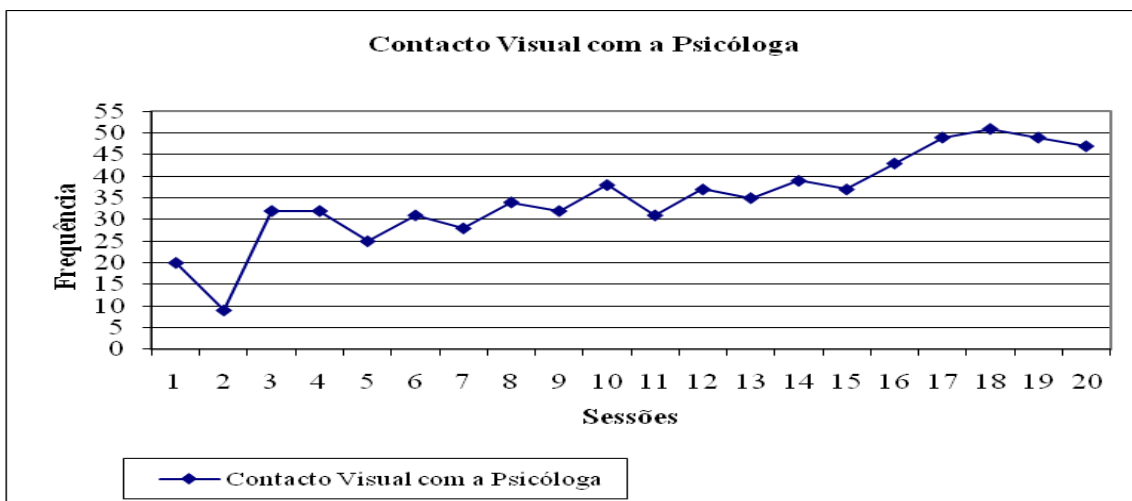
Tabela 29 – Contacto Visual de “G” com os Mediadores Artístico-Expressivos

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Duração do Contacto Visual*	6:15	4:15	5:15	8:15	6:15	9:15	8:30	10:30	14:30	9:30	18	12:30	9	25:30	22:30	20	27	19	21	21

*(tempo em minutos dos 45 minutos de sessão)

Como podemos observar pelo Quadro 36 e Tabela 29 verificamos que ao longo da intervenção “G” foi estabelecendo contacto visual com maior frequência e maior duração com os mediadores artístico-expressivos, embora não se verifique uma evolução linear ou muito significativa, pois tal como no caso de “C” a adesão à actividade e à psicóloga estava muito dependente do humor de “G” e dos incidentes que ocorriam antes da sessão, por exemplo o facto de ter um sono agitado ou dificuldade em dormir.

Embora se revelasse uma criança que estabelecia contacto visual directo não escondendo a cara e mantendo-se alguns períodos a observar, nunca revelou um interesse significativo pelas actividades, excepto a partir da décima sessão onde pareceu interessar-se mais pelos instrumentos musicais



Quadro 37 – Contacto Visual estabelecido por “G” com a Psicóloga

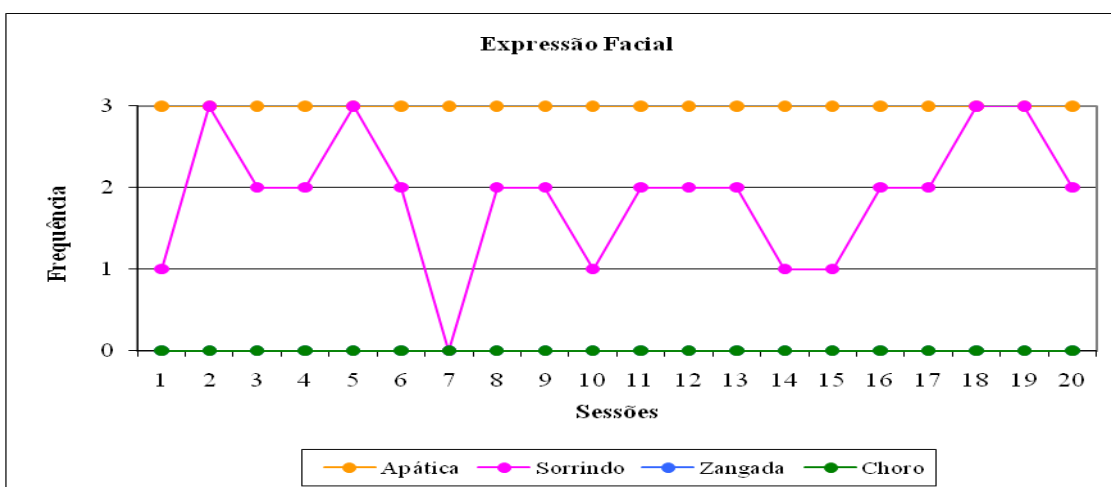
Tabela 30 – Contacto Visual estabelecido por “G” com a Psicóloga

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Frequência do Contacto Visual*	28	37	36	37	34	42	26	36	36	35	44	61	41	59	59	45	51	58	60	58

*(N.º de vezes que estabeleceu contacto visual durante a sessão)

Ao nível do estabelecimento do contacto visual com a psicóloga verificou-se um aumento ao longo da intervenção.

Embora nas primeiras sessões “G” evitasse o estabelecimento de contacto visual, por se manter junto à janela ou a correr de um lado para o outro da sala e evitando a proximidade física com a psicóloga, estabelecia em alguns momentos contacto visual à distância quando observava esta embora não reagisse a sons com os instrumentos musicais. Só com o decorrer da intervenção se começou a aproximar e a estabelecer contacto visual para solicitar atenção e interacção com a psicóloga.



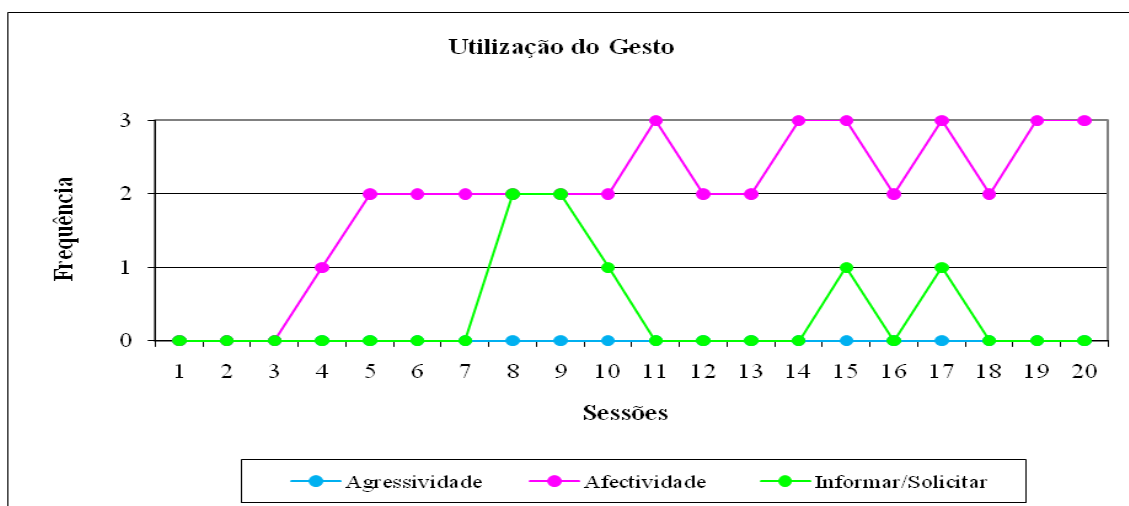
Quadro 38 – Expressão facial de “G” ao longo das sessões

Tabela 31 – Expressão facial de “G” ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Frequência da expressão facial*	Apática	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	Sorrindo	1	3	2	2	3	2	0	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	3	2	2	
	Zangada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Choro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*(N.º de vezes que mostrou alguma das expressões faciais a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Como podemos observar pelo Quadro 38 e Tabela 31 verificamos que ao longo da intervenção com “G” a presença do choro não foi considerada por ser um comportamento que utilizava mais para se lamentar e manifestar sonolência, não chorando derramando lágrimas. “G” manteve sempre uma expressão muito apática, embora se mostrasse mais responsivo, nomeadamente através do sorriso, que utilizou de forma mais contextualizada com o decorrer da intervenção (como reacção a algo que gostava).



Quadro 39 – Utilização do Gestor por “G” ao longo das sessões

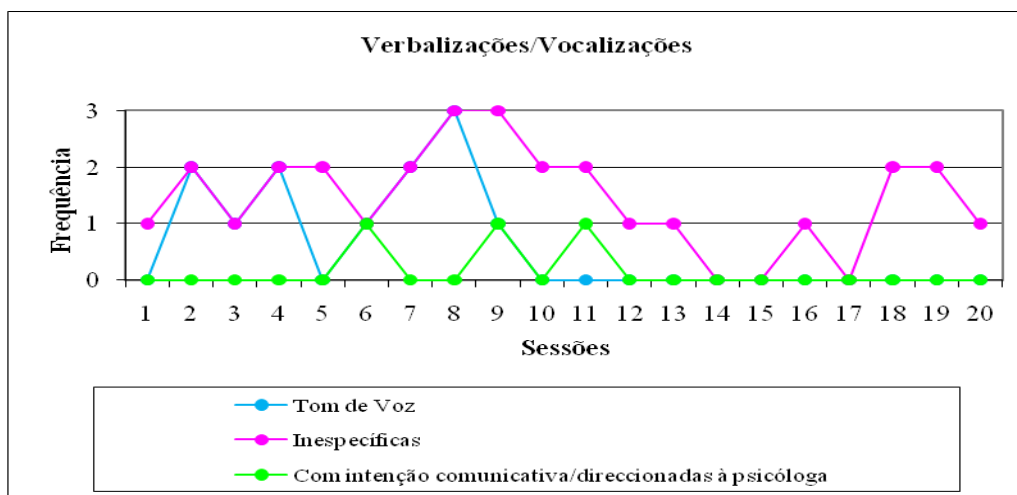
Tabela 32 – Utilização do Gestor por “G” ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Frequência da utilização do gesto* (com intenção de expressar)	Agressividade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Afectividade	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3
	Informar/Solicitar	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0

*(N.º de vezes que recorreu ao gesto com intenção comunicativa a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Ao longo da intervenção “G” verificou-se que o gesto nunca foi utilizado como forma agressiva para com o material ou a psicóloga (arranhando) mas como a única forma

de exploração táctil como meio através do qual “G” se sentia mais confortável. Verificou-se um aumento ligeiro na utilização do gesto com intenção comunicativa das suas necessidades (como trocar a fralda) e um aumento significativo da utilização do gesto com intenção de solicitar e expressar afectividade para com a psicóloga.



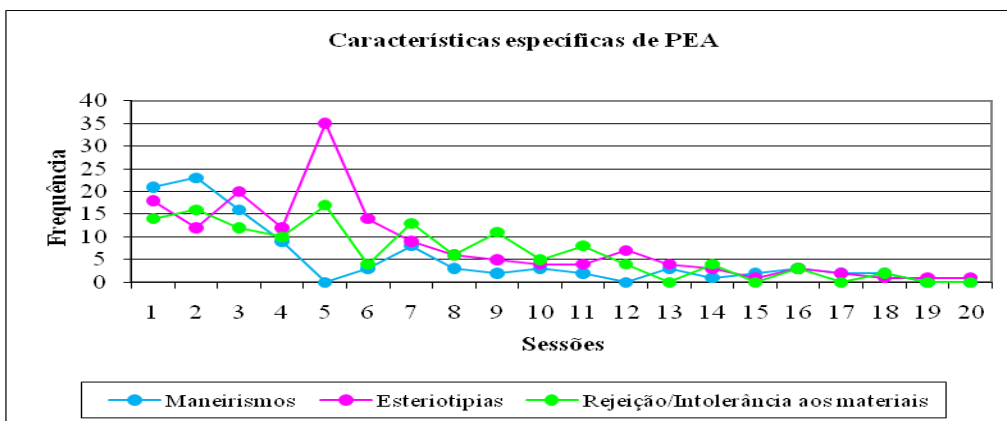
Quadro 40 – Verbalizações e Vocalizações de “G” ao longo das sessões

Tabela 33 – Verbalizações e Vocalizações de “G” ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Verbalizações/	Tom de Voz	0	2	1	2	0	1	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inespecíficas	1	2	1	2	2	1	2	3	3	2	2	1	1	0	0	1	0	2	2	1
Vocalizações*	Com intenção comunicativa/Direccionadas à psicóloga	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*(N.º de vezes que recorreu a verbalizações e/ou vocalizações a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Como podemos observar pelo Quadro 40 e Tabela 33 verificamos que se registou uma evolução positiva ao longo da intervenção com “G”, nomeadamente na redução de gritos e utilização de um tom de voz mais adequado. “G” foi um menino que nunca conseguiu verbalizar uma palavra mas vocalizava alguns sons, não perceptíveis à psicóloga, recorrendo maioritariamente a vocalizações inespecíficas. No decorrer da intervenção com “G” foram escassos os momentos em que conseguiu recorrer a verbalizações/vocalizações para comunicar com a psicóloga recorrendo mais ao gesto.



Quadro 41 – Manifestações de características específicas de PEA de “G” ao longo das sessões

Tabela 34 – Manifestações de características específicas de PEA de “G” ao longo das sessões

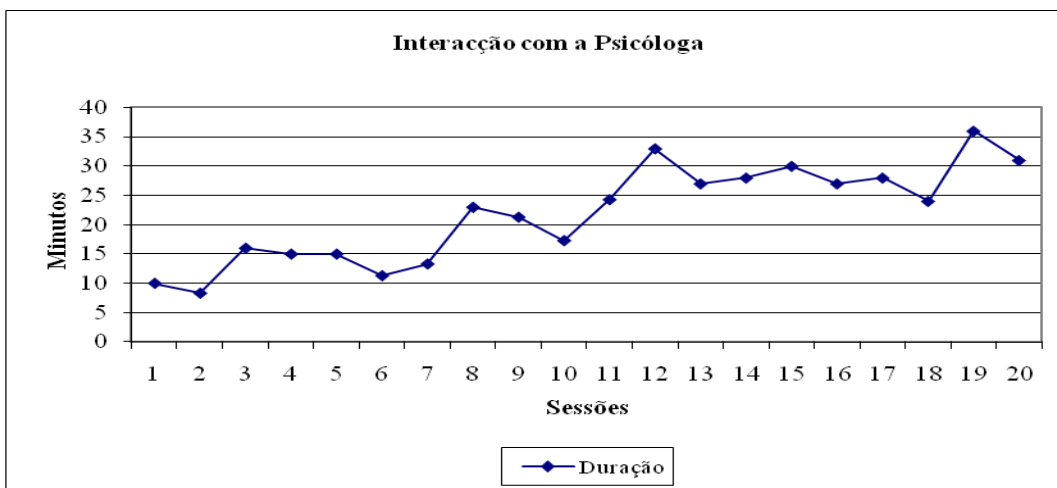
Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Características específicas de PEA*	Maneirismos	21	23	16	9	0	3	8	3	2	3	2	0	3	1	2	3	2	2	0	0
	Esteriotipias	18	12	20	12	35	14	9	6	5	4	4	7	4	3	1	3	2	1	1	1
	Rejeição/Intolerância aos materiais	14	16	12	10	17	4	13	6	11	5	8	4	0	4	0	3	0	2	0	0

*(N.º de vezes que se observaram esteriotipias, maneirismos ou rejeição/intolerância aos materiais durante os 45 minutos de sessão)

Como podemos observar pelo Quadro 41 e Tabela 34 verificamos que ao longo da intervenção “G” manifestou com muita frequência comportamentos específicos de PEA, embora se tenha verificado ao longo da intervenção uma redução significativa dos mesmos, maioritariamente das esteriotipias que se manifestavam por abanar as mãos (*flappings*) e maneirismos motores como correr em bicos dos pés de um lado para o outro e balouçar o tronco. Verificou-se ainda uma ligeira redução da intolerância e rejeição a mediadores como o toque aos instrumentos musicais e da massa de cor, embora se tenha mantido a rejeição aos materiais de pintura.



Quadro 42 – Iniciação da interação com a psicóloga por “G” ao longo das sessões



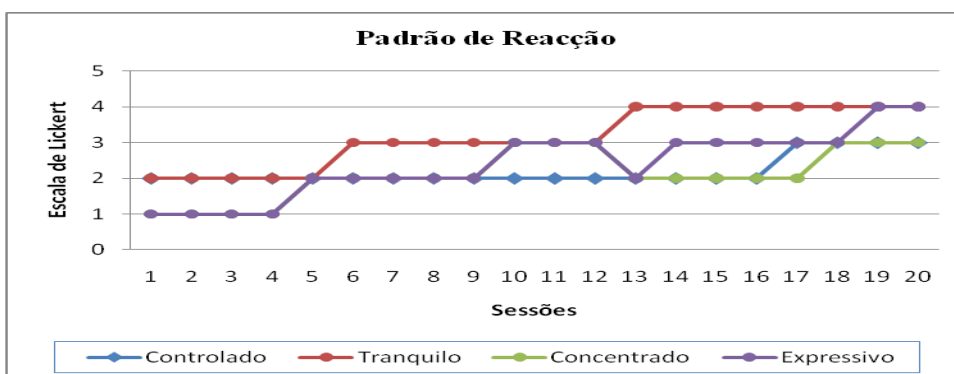
Quadro 43 – Duração da interação de “G” com a psicóloga ao longo das sessões

Tabela 35 – Iniciação e duração da interação de “G” com a psicóloga

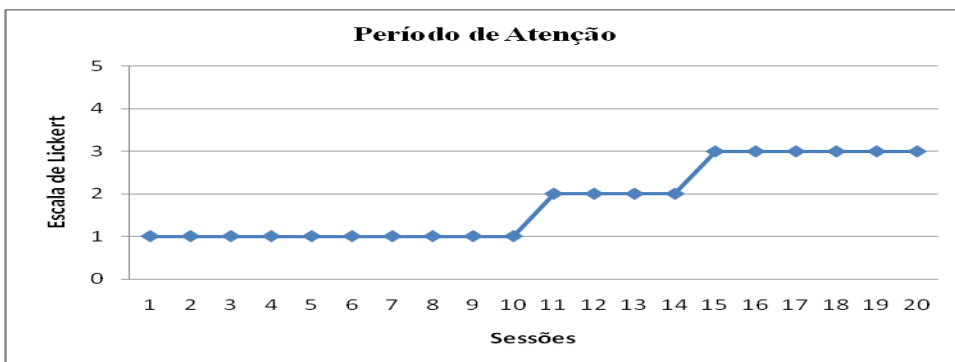
Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Inte_ racção com a psicó_ loga*	Inicia_ ção	0	0	0	0	0	1	1	2	2	3	2	2	3	2	1	2	3	2	3	3
	Dura_ ção* (em minutos)	10	8:30	16	15	15	11:30	13:30	23	21:30	17:30	24:30	33	27	28	30	27	28	24	36	31

*(N.º de vezes que se observou a iniciação da interação por “A” com a psicóloga a cada 15 minutos de sessão (3 momentos) e sua duração em minutos)

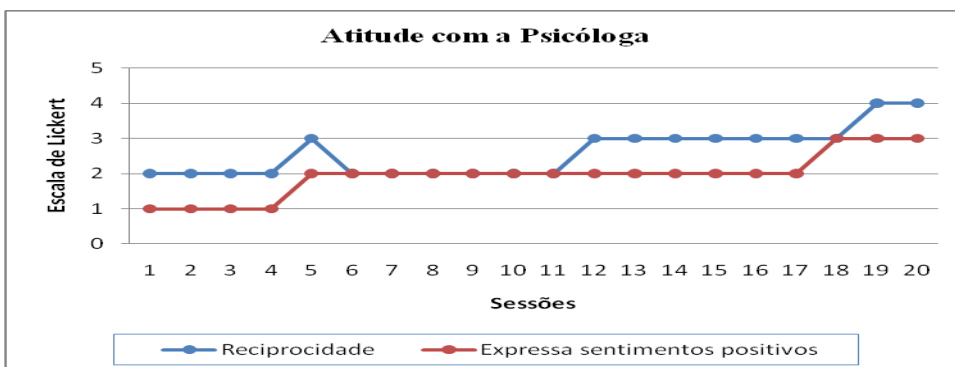
Ao longo da intervenção “G”, foi observável um aumento significativo da frequência das iniciações da interação com a psicóloga, sendo que nas sessões iniciais se afastava activamente da psicóloga mantendo-se junto à janela e evitando activamente o toque. Com o decorrer da intervenção, a duração dos períodos da interação de “G” com a psicóloga aumentaram também significativamente, conseguindo nas últimas sessões estar a maior parte da sessão em interação.



Quadro 44 – Padrão de reacção de “G” ao longo das sessões

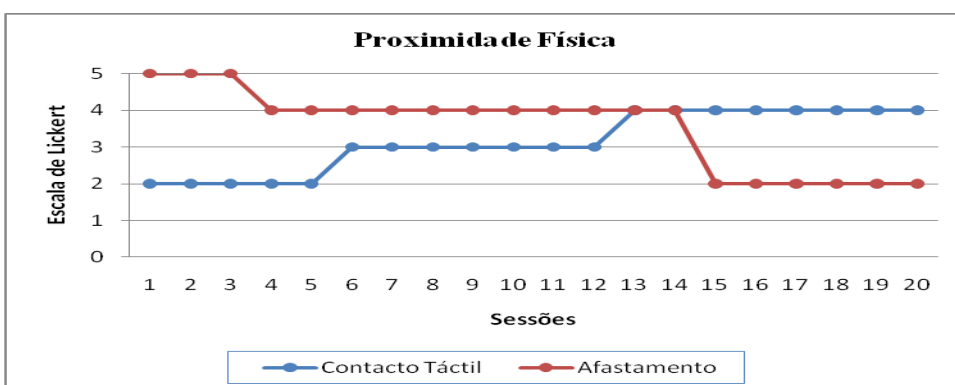


Quadro 45 – Períodos de atenção de “G” ao longo das sessões



Quadro 46 – Atitude de “G” com a psicóloga ao longo das sessões

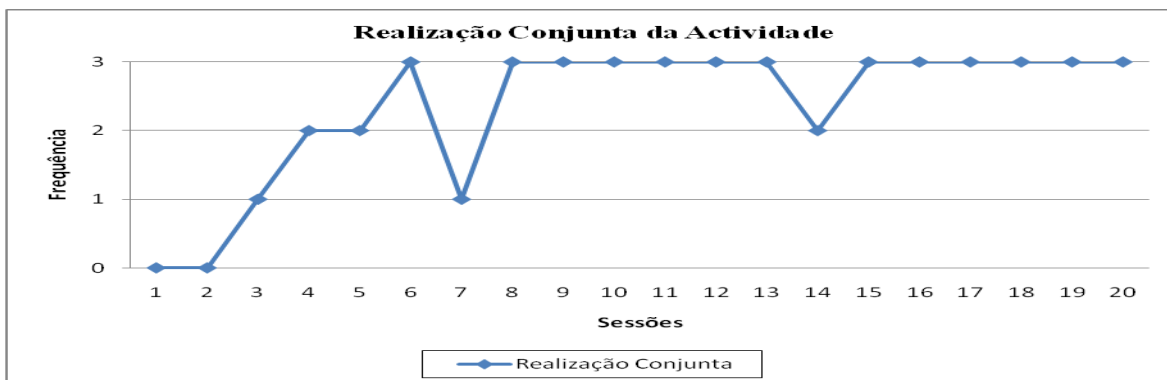
Como podemos observar pelos Quadros 44, 45 e 46 verificamos que ao longo da intervenção “G” foi revelando maior tranquilidade e expressividade. Mostrava-se mais receptivo e responsivo nas interações com a psicóloga, expressando-se mais com comportamentos afectivos como dar beijo por iniciativa própria e estender os braços para ser abraçado. Durante a intervenção revelou um aumento gradual dos seus períodos de atenção.



Quadro 47 – Proximidade física de “G” com a psicóloga ao longo das sessões

Como podemos observar pelo Quadro 47 verificamos que “G” aumentou o seu nível de proximidade com a psicóloga ao longo das sessões, tanto ao nível da aceitação do contacto táctil, solicitando o colo e procurando este ou o alinhamento frontal sentados

frente a frente como espaço de predileção para a realização das actividades com instrumentos musicais e as actividades de movimento. Verificou-se também uma redução dos comportamentos de afastamento face a esta.



Quadro 48 – Realização conjunta da actividade de “G” com a psicóloga ao longo das sessões

Tabela 36 – Relação de “G” com a actividade ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Relação com a actividade *	Adesão	0	0	1	2	2	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3
	Imitação	0	0	0	1	0	1	0	3	2	1	0	3	1	1	3	3	3	2	3	2	2
	Realização Conjunta	0	0	1	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3

*(N.º de vezes que se observou adesão à actividade, imitação de acções da psicóloga e realização conjunta da actividade a cada 15 minutos de sessão (3 momentos))



Quadro 49 – Permanência de “G” na actividade ao longo das sessões

Tabela 37 – Permanência de “G” na actividade ao longo das sessões

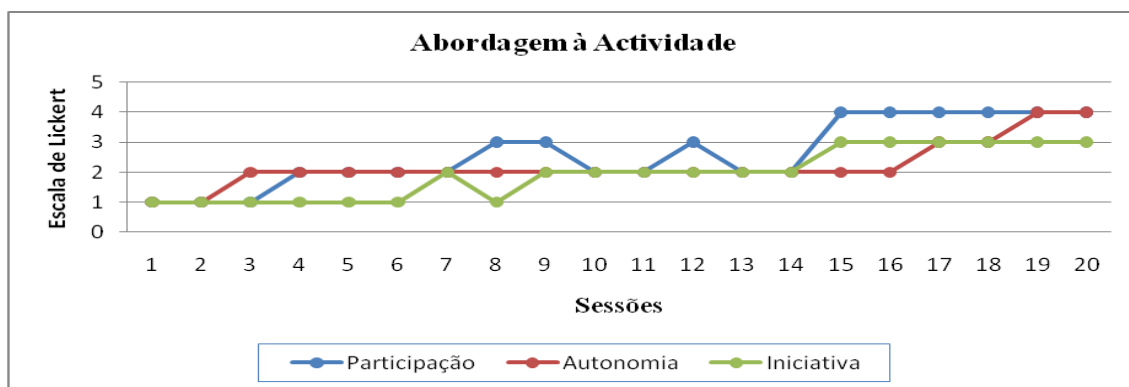
Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Tempo de permanência na actividade*	0:02	0:30	8	14:30	10:15	13:30	8	8:30	17:30	22	20	15	20:30	18:30	24	24	30	24	30	32

*(em minutos dos 45 minutos de duração da sessão)

Ao longo da intervenção “G” manifestou sempre alguma resistência à adesão às actividades, tendo aumentado progressivamente o seu interesse ao longo da intervenção pelos mediadores ligados à música e ao movimento, a par da evolução de uma relação mais próxima e maior tolerância à presença da psicóloga.

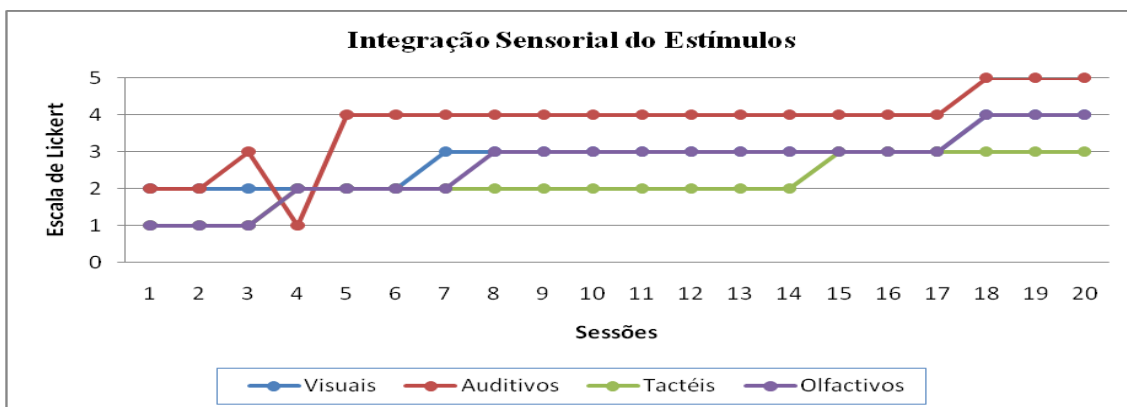
Verificou-se também um ligeiro aumento de comportamentos de imitação da psicóloga na realização das actividades, conseguindo “G” no final da intervenção imitar a psicóloga a bater nos instrumentos musicais, embora não conseguisse reproduzir sons nos instrumentos musicais. Na exploração dos materiais plásticos não se verificaram comportamentos de imitação a não ser o toque da massa de cor com a ponta dos dedos.

No decorrer da intervenção “G” começou a realizar as actividades em conjunto com a psicóloga em mais momentos da sessão, embora só se registe um aumento nos tempos de permanência conjunta na actividade em materiais de pintura e a partir da oitava sessão.



Quadro 50 – Abordagem à actividade de “G” ao longo das sessões

Como podemos observar pelo Quadro 50 verificamos que no decorrer da intervenção com “G”, este manifestou uma abordagem à actividade com maior iniciativa própria e mostrando-se mais participativa. Embora revelasse maior iniciativa própria, mostrou-se sempre muito dependente e necessitou sempre de uma constante supervisão e apoio da psicóloga na realização das actividades.



Quadro 51 – Integração sensorial dos estímulos por “G” ao longo das sessões

Com o decorrer das sessões “G” começou a explorar mais os mediadores, nomeadamente os instrumentos musicais pelo som que lhe despertava a curiosidade e pelo toque (necessário para produzir o som). Parecia apreciar cada vez mais o toque da psicóloga especificamente em momentos de relaxamento aproximando-se por iniciativa própria.

2.3.5. Análise dos dados e reflexão acerca da intervenção com “G”

Após a análise dos vídeos e de acordo a análise de dados proveniente das Grelhas de Análise Categorical e da *Escala de Registo do Comportamento da Criança*, verificou-se que relativamente à relação com o espaço “G” conseguiu realizar uma adaptação gradual, diminuindo a sua resistência à sala e explorando os estímulos nela existentes, particularmente os instrumentos musicais. Embora na relação com os estímulos, a criança tenha revelado ao longo de toda a intervenção dificuldades significativas no controlo e manuseamento dos estímulos, apresentou progressivamente uma maior tolerância ao toque dos materiais, uma vez que já explorava, no final da intervenção táctilmente texturas que antes o repugnavam, embora ainda de forma pouco funcional (como quando utilizava a boca para o fazer).

Verificou-se que a preferência de “G” recaiu essencialmente sobre mediadores musicais e sobre actividades de movimento/dança, aderindo maioritariamente à exploração auditiva e táctil dos instrumentos e mantendo-se preferencialmente junto ao leitor de cd’s quando se isolava na sala e aderindo ao longo das sessões com maior frequência a canções mimadas, o que permitiu a aproximação e o estabelecimento do contacto corporal com a psicóloga. Esta aproximação na relação pareceu estar relacionada com uma maior curiosidade e disponibilidade para “G” conhecer o que o rodeia, apresentando uma evolução também ao nível da resposta aos estímulos auditivos e visuais, estabelecendo contacto físico com maior frequência.

A maior disponibilidade e curiosidade face ao mundo externo revela-se também numa maior tolerância à presença e proximidade com a psicóloga, passando já “G” a procurar espontaneamente o contacto visual e corporal com esta e ao nível da comunicação revelando uma maior frequência de vocalizações e contactos visuais e

tácteis ao longo da sessão, quer na exploração dos estímulos quer na relação. Em termos relacionais verifica-se ainda uma maior estabilidade do humor na criança, tendo respostas emocionais mais adequadas socialmente e manifestando uma menor labilidade emocional presente nas sessões iniciais.

Na relação consigo próprio verifica-se que “G” continua a deslocar-se frequentemente em bicos dos pés, embora as corridas de um lado ao outro da sala sejam menos frequentes, pois “G” mantém-se mais tempo junto à psicóloga, sentado no chão ou procurando o colo desta. Em duas das sessões a criança deitou-se, conseguindo manter-se imóvel no chão durante alguns segundos. No decorrer da intervenção mostrou-se mais estável e frequentemente receptivo e alegre ao longo da sessão. Atendendo ao estabelecimento de uma maior proximidade relacional com “G” que se foi construindo numa fase inicial pela observação que “G” começou a fazer face à psicóloga e procurando explorar conjuntamente os estímulos (manuseia instrumentos, toca nos materiais como lenços, massa, bolas e tenta apanhar bolas de sabão) que lhe despertavam curiosidade mas que também implicavam que se aproximasse. Em algumas sessões foi tentada a introdução dos mediadores plásticos, tendo a criança revelado grande relutância face aos mesmos, decorrente da sua pouca tolerância ao toque de materiais como a tinta e a massa. “G” apenas se mostrou curioso face à massa de cor iniciando a exploração da mesma, observando-a e tocando-lhe duas vezes ao longo da sessão, mas sempre em contacto directo com a psicóloga, como numa procura de segurança face a uma situação para ele intolerante.

Devido às características da criança não foi possível introduzir a expressão dramática, no entanto nas actividades que implicavam movimento e música revelou uma maior adesão e envolvimento nas mesmas, permanecendo na sua realização conjunta mais tempo. Revela ainda ter memorizado algumas actividades, reproduzindo e antecipando algumas situações ao longo da sessão, como ao estender as mãos no início de uma sessão solicitando o jogo da canção mimada a “Vassourinha” ou colocando o lenço sobre a cabeça para realização da actividade de movimento com o lenço. Demonstra ainda uma maior capacidade de escolha e tomada de decisão, dirigindo-se e seleccionando os materiais que pretendia explorar e afastando os restantes (materiais de pintura).

As evoluções mais significativas ao longo da intervenção com “G” verificam-se ao nível da relação com a psicóloga. Relativamente às sessões iniciais, a criança mostrava-se mais tolerante à sua presença e ao seu toque. Estabelecia com maior frequência contacto visual, procurando espontaneamente o olhar do outro e segurando com as mãos a face da psicóloga de forma a olhar para si. Ao longo desta intervenção “G” demonstrou ter desenvolvido uma maior reciprocidade emocional e social, a par de uma maior aproximação face à psicóloga, o que se traduz na presença mais frequente do sorriso inserido num contexto e pela antecipação de situações. Tentou-se através da sensação de segurança e controlo de um espaço e relação que se mantém constante tornar possível a “G” começar a explorar o mundo externo, para ele assustador e muitas vezes incompreensível. A curiosidade face a estímulos apelativos

permitiu a aproximação dos mesmos, sendo esta exploração realizada individualmente ou como se verificou com “G” em conjunto com a psicóloga. No caso de “G” onde se verificou especificamente uma hipersensibilidade ao toque de algumas texturas, a abordagem com este tipo de mediadores tentou recorrer a vias sensoriais onde a criança revela uma maior receptividade (visual e auditiva), o que permitiu a “G” conquistar uma maior tolerância ao nível táctil. A exploração destes materiais era muitas vezes realizada “através” da psicóloga, utilizando a sua mão como primeiro contacto com estes materiais, sendo esta utilizada muitas vezes como a figura mediadora para a exploração do mundo externo (Santos & Simões, 2009).

2.4. Caso “I”

2.4.1. Enquadramento

“I” é um menino com 9 anos de idade, nascido a 11 de Julho de 1999, sendo o primeiro filho de um casal divorciado. Vive com a irmã de 6 anos de idade em casa dos avós maternos mantendo contacto diário com a mãe e contactos ao fim-de-semana com o pai e avós paternos. Em entrevista com a mãe e segundo a mesma, “I” mostrava-se agitado enquanto bebé, mesmo durante a gravidez. Aquando do nascimento era difícil de acalmar e entreter, apresentando alguma irritabilidade e períodos de sono muito curtos. Durante os primeiros anos de vida não apresentava um sono calmo, apresentando enurese nocturna quando estava mais agitado. A mãe salienta ainda a aquisição precoce de algumas etapas do desenvolvimento, nomeadamente a marcha e a linguagem, que ocorreram por volta dos nove meses. Descreve os comportamentos de “I” como sendo sempre os mesmos desde bebé, sendo descrito como muito irrequieto, impulsivo, com comportamentos de oposição, desafio e muito desatento. Estes comportamentos começaram a agravar-se ao longo do tempo, sendo sinalizados aquando da entrada para a escola. O comportamento de “I” teve sempre grande interferência no contexto e dinâmica familiar, sendo difícil para os pais gerir o comportamento do filho.

Permaneceu em casa até aos 2 anos, tendo entrado então no Jardim-de-Infância, com boa adaptação a este contexto, segundo a mãe. Nos relatórios da educadora, esteve sempre presente a preocupação quanto à agitação motora e pouco investimento nas tarefas escolares de “I”, bem como dificuldade na criança em cumprir regras e rotinas na sala, comportamentos que desorganizavam as actividades ao grupo de pares.

Por este motivo, por volta dos 4 anos iniciou o acompanhamento psicoterapêutico regular mas que foi cessado com o encaminhamento para o centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil - CADIN. Por volta dos 5/6 anos e na sequência da consulta com o Dr. Nuno Lobo Antunes, da qual se verificou um diagnóstico de Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção com prescrição de medicação, foi encaminhado para avaliação para despiste de PEA. Em função da avaliação efectuada

foram referidos resultados que apontam para valores clinicamente significativos, nos contextos casa e escola para um despiste de PHDA tendo sido recomendada intervenção técnica, através do programa de controlo do comportamento, partindo da psicomotricidade como metodologia de base, de forma que a entrada para o 1.º ciclo fosse feita de forma mais adequada. A intervenção sugerida não teve seguimento, por dificuldades de deslocação da família à instituição. Actualmente e segundo a mãe, “I” consegue estar atento e menos agitado quando lhe são apresentadas tarefas do seu interesse. Não toma a medicação recomendada porque a mãe relata que fica ainda mais agitado, e não vai à escola de forma assídua tendo em conta que se agravam os problemas ao nível do seu comportamento, pois segundo a mãe manifesta dificuldades ao nível da socialização e isola-se nas brincadeiras, sendo gozado pelos colegas.

A avaliação psicológica para despiste de PEA de “I” foi realizada aos 7 anos de idade pela equipa do CADIN recorrendo a instrumentos como *Asperger Syndrome Diagnostic Scale* (ASDS), traduzida e adaptada de B. S. Myles, S. J. Bock e R. L. Simpson (2001), aplicada a pais e professores (do ensino regular e educação especial), a testes de avaliação de competências sociais, incluindo *Histórias de Happé*, *Entrevista de avaliação de Competência Social* e *Escala de Ajustamento Social*, à *Escala de Conners* para pais – versão revista (forma completa) e *escala de Conners* para professores – versão revista (forma completa), aplicada aos pais e professores (ensino regular e educação especial), à *Escala de avaliação Vanderbilt*, aplicada a pais e professores e à *Escala de Inteligência de Wechsler* para crianças (*Wisck –III*) – terceira edição, aferição portuguesa.

Os resultados apresentados indicam que “I”, ao nível da avaliação cognitiva apresenta um perfil cognitivo homogéneo, com resultados que apontam para um funcionamento intelectual cognitivo inferior, quando comparado com crianças da sua faixa etária, embora a diferença entre QIs verbal e de realização não seja indicadora de dispersão nem de diferenças significativas entre as competências verbais e não-verbais. O resultado do índice factorial de compreensão verbal e do índice factorial organização perceptiva indicam um funcionamento inferior. Quanto ao índice factorial velocidade de processamento encontra-se no limite inferior da média, o que indica capacidades ao nível da rapidez de processamento mental na execução de tarefas novas, que exigem percepção visual, coordenação motora mão-olho e motricidade fina. Em relação à escala verbal apresenta um perfil homogéneo, embora demonstre dificuldades na aquisição de conhecimentos culturais, assimilação de experiências, memória a longo prazo (informação), dificuldades de raciocínio e/ou exactidão numérica em aritmética mental, concentração e atenção (resistência à distração), memória e aprendizagem prévia e a utilização de conhecimento para a adequação a situações novas. Verificou-se um melhor desempenho nos sub-testes de vocabulário e compreensão. Na escala não verbal o seu desempenho é igualmente homogéneo, com dificuldades ligeiras ao nível da percepção visual, análise do todo em partes e antecipação da relação entre as mesmas para formar o todo, organização perceptiva,

raciocínio espacial, atenção ao detalhe (visual), raciocínio lógico abstracto não-verbal, sequenciação visual de situações do dia-a-dia que requerem conhecimento de normas de actuação social, planeamento e memória visual de curto-prazo. A prestação mais baixa de "I" no domínio não verbal diz respeito a tarefas que avaliem a capacidade de análise e de síntese de símbolos abstractos, memória a curto-prazo (visual) e organização perceptiva.

Na avaliação comportamental como o ASDS, observou-se um resultado total que comprova a existência de um Quociente de Síndrome de Asperger (QSA). Este resultado é coerente com os dados da avaliação escolar, que indicam que possivelmente vários comportamentos característicos de "I" se enquadram na Síndrome de Asperger (SA). Os resultados da avaliação familiar sugerem que é muito provável que muitos comportamentos característicos sejam sintomáticos de SA. Os resultados de ASDS, das entrevistas e de observação clínica revelam o seguinte perfil de características: no domínio da linguagem e comunicação "I" manifesta uma voz com características peculiares: tom monótono e tom elevado numa conversa, revelando muita dificuldade em perceber piadas subtis e em interpretar a linguagem com segundos sentidos, também diz certas palavras e frases repetidamente. Ao nível da conversação fala excessivamente acerca de um tema favorito que tem menos interesse para os outros e faz com frequência perguntas inadequadas, tendo dificuldade em iniciar e manter uma conversa. O seu discurso narrativo é confuso e tem dificuldade em recuperar as palavras adequadas na expressão oral. Ao nível da comunicação não-verbal, "I" evita o contacto visual, apresenta expressões faciais desadequadas e tem dificuldade em perceber os aspectos não-verbais da comunicação (como interpretar expressões faciais, tom de voz, etc). No domínio social, tem dificuldade no relacionamento com os outros particularmente em manter relações de amizade, tem poucos (ou nenhuns) amigos na escola e prefere ficar em casa com os familiares do que estar na companhia de outras crianças, fora de casa. No contexto escolar, isola-se preferindo estar entretido com os seus interesses pessoais (animais). É gozado pelo seu grupo de pares, reagindo impulsivamente e com comportamentos agressivos. Tem muita dificuldade em entrar nos jogos e brincadeiras e cooperar num grupo.

Continua a ser acompanhado pela equipa do CADIN.

Actualmente frequenta o 4.º ano na EBI/JI da Malagueira beneficiando de apoio pedagógico individualizado, adequações curriculares individuais e adequações no processo de avaliação. Continua a apresentar dificuldades mais acentuadas ao nível da aprendizagem, da aquisição e execução de rotinas e tarefas, do controlo do próprio comportamento, na conversação e interacção com os pares.

2.4.2. Intervenção

Nas sessões iniciais “I” revelou-se entusiasmado com as sessões, a organização do espaço e os materiais para utilização dos mediadores artístico-expressivos presentes na sala. Parecia reagir bem à novidade, querendo explorar todos os estímulos mas não se detendo em nenhum por um período de tempo necessário para a realização total de uma tarefa. Não revelava dificuldades no estabelecimento de contacto visual com a psicóloga ou os estímulos. Iniciava a conversação com a psicóloga e abordava-a sem dificuldades aparentes mas não mantinha a conversação, iniciando outros temas ou não respondendo à psicóloga, parecendo não prestar atenção ao que era dito. O seu comportamento era marcadamente impulsivo, tanto no manuseamento dos estímulos, pisando-os e lançando-os ao chão como no toque com a psicóloga, em que prevalecia um toque brusco, com força excessiva e mostrando algum evitamento quando o toque se prolongava.

Até à sexta sessão manteve-se a realizar actividades de pintura nas quais apenas experimentava espalhar as cores no papel com pincel, não aderindo a materiais como as canetas ou lápis. No entanto, mostrava alguma intolerância quando se sujava com a tinta nas mãos ou mesa. Iniciou também uma actividade de modelagem que conseguiu concluir, embora numa fase inicial destruísse o que ia construindo. Numa fase posterior construiu uma quinta com um pequeno jardim e uma casa, integrou também neste trabalho o seu maior interesse (claramente obsessivo), os animais, onde construiu um estábulo para ovelhas e um local para galinhas, revelando grande preocupação por não descurar nenhum elemento que pudesse interferir nos cuidados destes animais (construindo um “bebedouro para terem água” e “um local para colocar a sua comida e para dormirem”).

Nas sessões 3 e 4 começou a aderir a pequenos momentos de dramatização iniciados pela psicóloga que fingia que a sua “mão” assumia uma vida própria e interagia com “I”.

Entre a nona e décima quarta sessão mostrou-se mais curioso com os instrumentos musicais, tendo realizado diversas actividades de exploração, manuseamento e produção e reprodução de sons e ritmos. “I” parecia reagir bem às actividades musicais aliadas a actividades de movimento e dramatização, associando o som produzido a animais e dramatizando os animais que eram evocados pelos sons produzidos. Com este tipo de actividades “I” começou a permanecer mais atento nas tarefas não dispersando tanto nem se distraíndo com outros estímulos. Revelava também maior satisfação nas actividades de relaxamento em que o toque fosse mediado pelos instrumentos musicais, e verificando-se que a partilha do manuseamento destes aumentava a duração da interacção e permanência de “I” na relação com a psicóloga.

A partir da sétima à última sessão realizou predominantemente actividades dramáticas. Numa fase inicial gostava de realizar actividades de exploração da face e expressão facial de sentimentos e do corpo através de movimentos ao som da música com o objectivo de adquirir uma maior noção e discernimento da forma como

vivenciava comportamentos de agitação e calma. Começou, embora timidamente, a dramatizar situações da vida familiar em que ele e a psicóloga se assumiam como personagens principais, recorrendo a alguns bonecos para completar a dramatização. Num momento posterior recorreu à dramatização com fantoches, continuando a incidir na criação de personagens e histórias da vida familiar e dramatizações da sua história preferida “O Capuchinho Vermelho.”

Nunca revelou dificuldades em entrar na sala mas mostrava-se irritado com o *terminus* da sessão, tentando convencer a psicóloga adiar o final desta, embora se mostre mais tolerante face às propostas da psicóloga com o decorrer da intervenção.

2.4.3. Avaliação do comportamento da criança pré e pós-intervenção

Na avaliação com o ABC “I” apresentado um valor final de 55 pontos, considerando-se assim a existência de uma probabilidade moderada de diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo.

Tabela 38 – Avaliação de “I” com a *Autism Behavior Checklist* (ABC)

Áreas avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultado	Cotação da aplicação pós-intervenção	Resultado
Estimulação Sensorial	3	Probabilidade moderada de apresentar uma Perturbação do Espectro do Autismo	3	Resultado Inconclusivo. (Necessidade da aplicação de um instrumento específico para os comportamentos apresentados para diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo)
Relacionamento	17		17	
Uso do Corpo e dos Objectos	11		9	
Linguagem	8		8	
Desenvolvimento Pessoal e Social	20		15	
Total	59		52	

Na avaliação com a *Autism Behavior Checklist* (ABC), verificaram-se alterações ligeiras nos resultados apresentados, especificamente na área do Uso do Corpo e dos Objectos, onde “I” mostrou adquirir ao longo das sessões formas mais adequadas da utilização dos objectos e materiais e na área do Desenvolvimento Pessoal e Social onde se verificaram alterações na diminuição da frequência com que tinha acessos de raiva ou birras e com que magoava os colegas na escola. No entanto, com a redução da frequência de alguns comportamentos, este instrumento revela-nos que não se pode concluir que a criança não tenha uma PEA mas também não se pode afirmar que não preencha um dos quadros específicos de PEA pois apresenta alguns comportamentos característicos.

Neste sentido, torna-se imprescindível a avaliação da criança com o instrumento CARS, onde se verifica:

Tabela 39 – Avaliação de “I” com a *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*

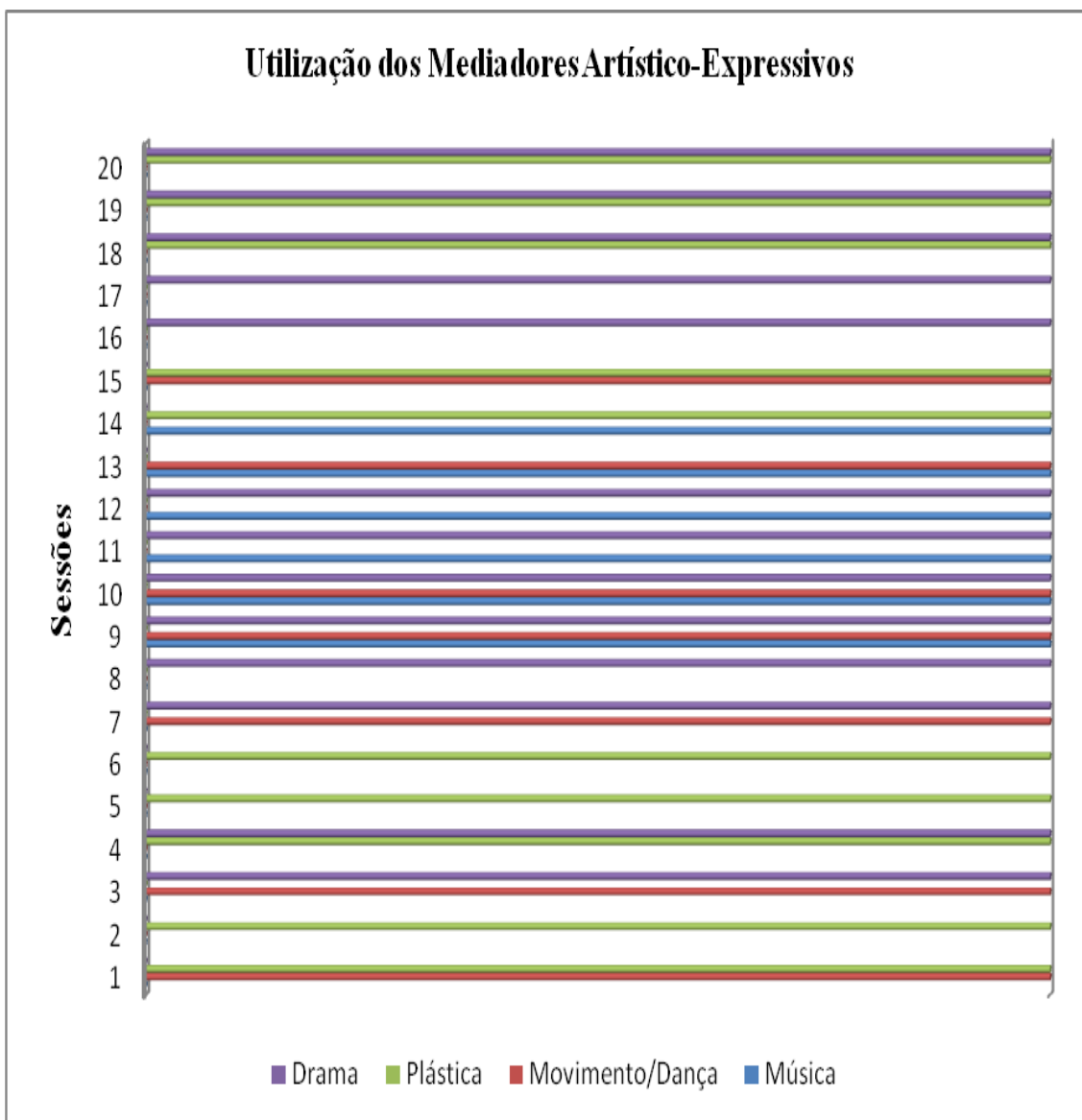
Áreas avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultado	Cotação da aplicação pós-intervenção	Resultado
Relações Pessoais	2,5	Autismo Ligeiro a Moderado	2	Autismo Ligeiro a Moderado
Imitação	1		1	
Resposta Emocional	2		2	
Uso do Corpo	1,5		1,5	
Uso de Objectos	3,5		3,5	
Adaptação à Mudança	2,5		2,5	
Resposta Visual	2		2	
Resposta Auditiva	1		1	
Resposta ao gosto, cheiro e tacto	2		1,5	
Medo e ansiedade	2,5		2	
Comunicação verbal	1		1	
Comunicação não-verbal	2		2	
Nível de actividade	4		3,5	
Nível e consistência da resposta intelectual	3,5		3,5	
Impressão Geral	2,5		2	
Total	33,5		31	

Na avaliação com o CARS, verifica-se a existência de uma PEA ligeira a moderada com alterações nos resultados apresentados, embora ligeiras, nas áreas das Relações Pessoais, Resposta ao Gosto, Cheiro e Tacto, Medo e Ansiedade, Nível de Actividade e Impressão Geral. Ao nível das Relações Pessoais verificou-se um aumento da tolerância no toque do outro, revelando sentir já alguma tranquilidade e agrado neste. Verificou-se ainda um aumento ligeiro na proximidade física, do contacto visual e uma redução da utilização do toque de forma impulsiva e agressiva face psicóloga e aos materiais na Resposta ao nível do Tacto. “I” começou a mostrar uma menor labilidade emocional, mostrando um humor mais estável e uma maior tranquilidade nas sessões, verificando-se uma redução da ansiedade e agitação motora e do Nível excessivo de Actividade. De uma forma geral, observou-se que “I” parecia apresentar com menor frequência alguns comportamentos característicos de PEA que inicialmente apresentava.

Através da análise da avaliação feita pela equipa do CADIN, parece que os comportamentos de “I” se enquadram num diagnóstico de Síndrome de Asperger.

2.4.4. Apresentação dos resultados

Apresentam-se, de seguida, os dados recolhidos através da aplicação da Grelha Categorical e da *Escala de Registo do Comportamento da Criança*, que revelam algum interesse para a análise da intervenção com “I”.



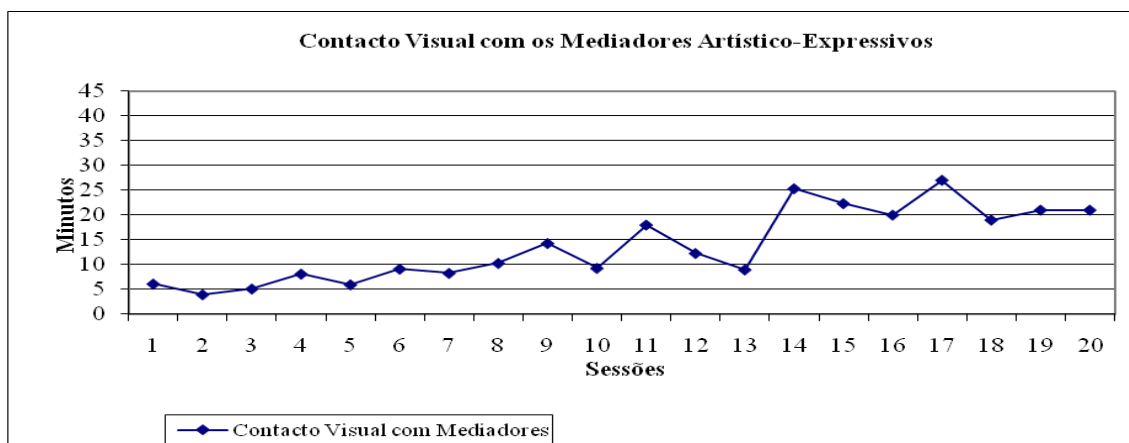
Quadro 52 – Utilização dos Mediadores Artístico-Expressivos por “I”

Tabela 40 – Utilização dos Mediadores Artístico-Expressivos por “I”

Mediadores Artístico-Expressivos utilizados	Drama	Plástica	Movimento/Dança	Música
N.º de Sessões	13	10	7	6

Procedendo a uma análise da adesão de “I” aos mediadores artístico-expressivos, verificamos, nas sessões iniciais a uma adesão maioritariamente a mediadores que envolviam actividades plásticas de moldagem e pintura mantendo-se esta preferência

também nas sessões finais. Nas sessões seguintes começou a aderir a actividades com instrumentos musicais e actividades de movimento. A partir da sétima sessão verificou-se um maior interesse por actividades dramáticas que se manteve até ao final da intervenção.



Quadro 53 – Contacto Visual de “I” com os Mediadores Artístico-Expressivos

Tabela 41 – Contacto Visual de “I” com os Mediadores Artístico-Expressivos

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Duração do Contacto Visual*	37	41	1	25	44	44	32	42	41	35	36	32	21	43	44	44	44:30	42:30	44:45	45

*(tempo em minutos dos 45 minutos de sessão)

Como podemos observar pelo Quadro 53 e Tabela 41 verificamos que ao longo da intervenção “I” nunca revelou dificuldades significativas no estabelecimento de contacto visual com os mediadores artístico-expressivos, excepto na sessão 3 em que se mostrava muito zangado e irritado não querendo aderir à sessão. Embora se observe uma evolução ligeira a este nível, uma vez que “I” não revela dificuldades significativas ao nível do contacto visual, verifica-se um ligeiro aumento dos períodos em que atende aos estímulos, traduzindo um maior interesse nas tarefas e nestes.



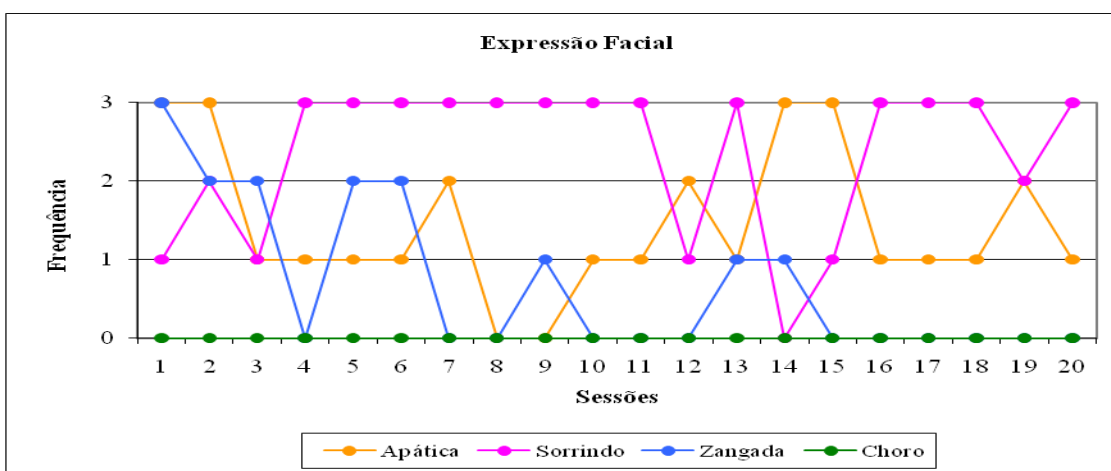
Quadro 54 – Contacto Visual estabelecido por “I” com a Psicóloga

Tabela 42 – Contacto Visual estabelecido por “I” com a Psicóloga

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Frequência do Contacto Visual*	96	95	74	84	86	94	87	158	136	149	126	116	124	85	102	171	164	136	161	174

*(N.º de vezes que estabeleceu contacto visual durante a sessão)

No entanto, ao nível do contacto visual com a psicóloga verificaram-se já evoluções mais significativas, embora com várias oscilações, que pareciam estar relacionadas com a labilidade emocional de “I”, que evitava mais o contacto visual e interacção com a psicóloga quando se mostrava mais irritado ou impulsivo.



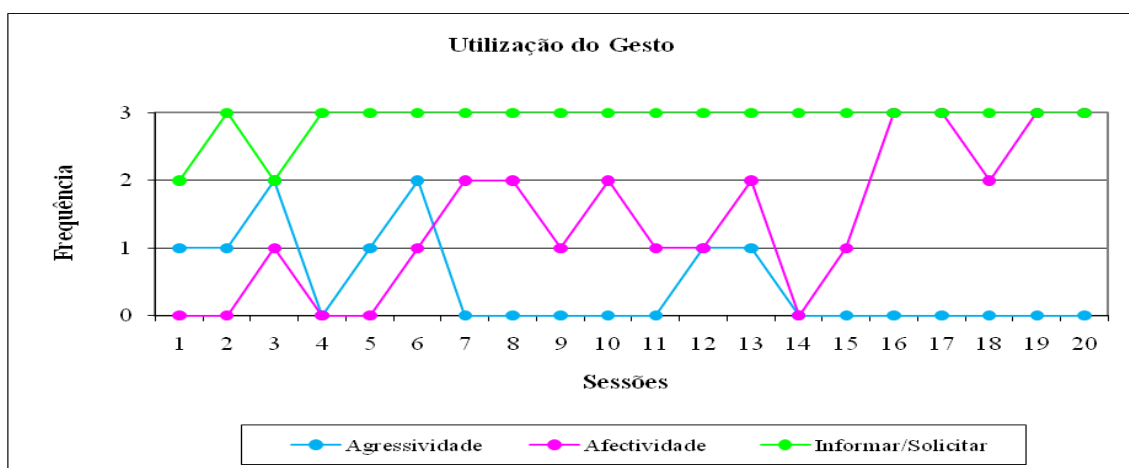
Quadro 55 – Expressão facial de “I” ao longo das sessões

Tabela 43 – Expressão facial de “I” ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Frequência da expressão facial*	Apática	3	3	1	1	1	1	2	0	0	1	1	2	1	3	3	1	1	1	2	1
	Sorrindo	1	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	0	1	3	3	3	2	3
	Zangada	3	2	2	0	2	2	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	Choro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*(N.º de vezes que mostrou alguma das expressões faciais a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Como podemos observar pelo Quadro 55 e Tabela 43 verificamos que ao longo da intervenção com “I” nunca se verificaram comportamentos de choro. É observável, no entanto, a redução de uma expressão apática, mostrando-se mais responsivo e expressivo, sorrindo com maior frequência. Foi adquirindo também um comportamento mais tranquilo e menos impulsivo, mostrando-se zangado com menor frequência.



Quadro 56 – Utilização do Gestos por “I” ao longo das sessões

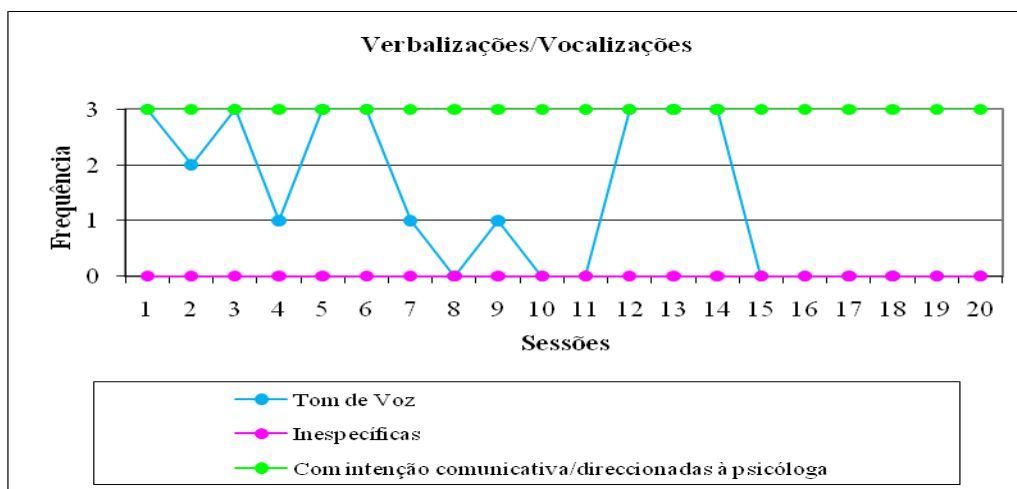
Tabela 44 – Utilização do Gestos por “I” ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Frequência da utilização do gesto* (com intenção de expressar)	Agressividade	1	1	2	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
	Afectividade	0	0	1	0	0	1	2	2	1	2	1	1	2	0	1	3	3	2	3	3
	Informar/Solicitar	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

*(N.º de vezes que recorreu ao gesto com intenção comunicativa a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Ao longo da intervenção “I” verificou-se que o gesto foi utilizado com maior frequência em sessões iniciais de forma agressiva principalmente para com o material (pontapeando-o, pisando-o ou mandando-o ao chão). Com o reduzir da frequência desta forma de utilização do gesto começou a aumentar a frequência do gesto para expressar afectividade essencialmente para com a psicóloga. Ao longo de toda a

intervenção foi utilizando o gesto para informar a psicóloga ou para solicitar material ou acção.



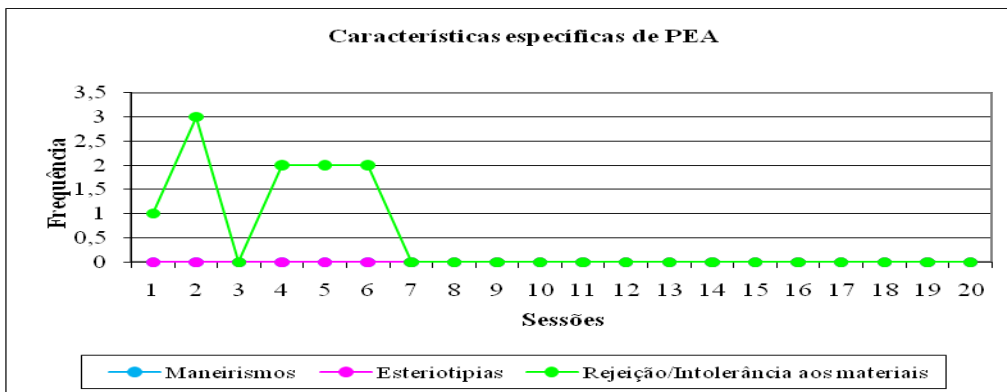
Quadro 57 – Verbalizações e Vocalizações de “I” ao longo das sessões

Tabela 45 – Verbalizações e Vocalizações de “I” ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Verbalizações/	Tom de Voz	3	2	3	1	3	3	1	0	1	0	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0
	Inespecíficas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vocalizações*	Com intenção comunicativa/ Direccionadas à psicóloga	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

*(N.º de vezes que recorreu a verbalizações e/ou vocalizações a cada 15 minutos da sessão (3 momentos))

Como podemos observar pelo Quadro 57 e Tabela 45 verificamos que se registou uma evolução positiva ao longo da intervenção com “I”, nomeadamente na redução de gritos e utilização de um tom de voz mais adequado. “I” foi um menino que nunca utilizou vocalizações inespecíficas ou mostrou dificuldades no estabelecimento do diálogo com a psicóloga, uma vez que não apresenta dificuldades na verbalização de palavras, embora apresente um discurso próprio, típico de crianças com Síndrome de Asperger.



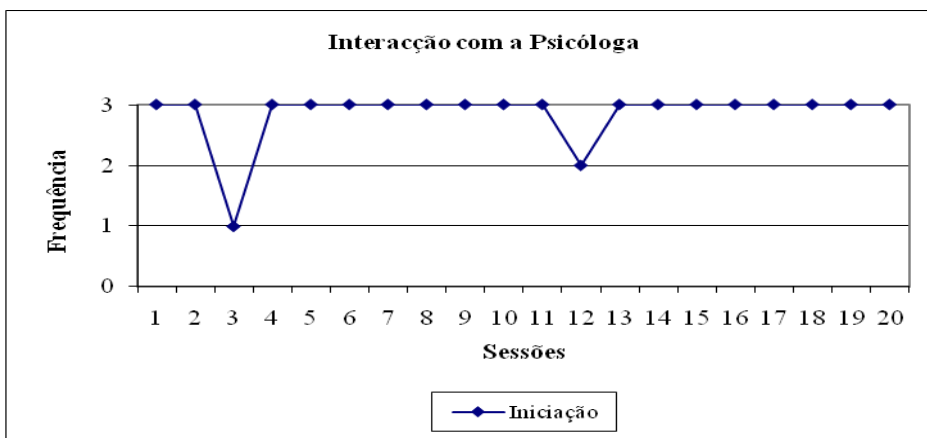
Quadro 58 – Manifestações de características específicas de PEA de “I” ao longo das sessões

Tabela 46 – Manifestações de características específicas de PEA de “I” ao longo das sessões

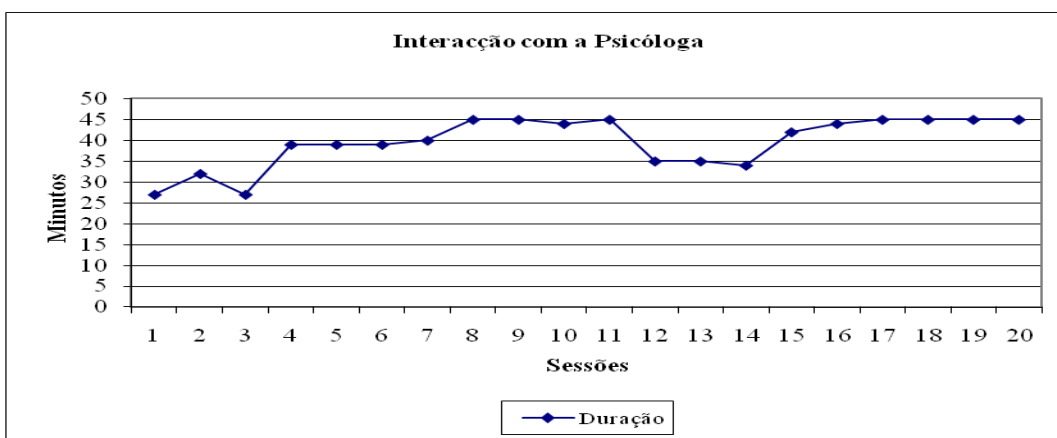
Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Caracte_rísticas específicas de PEA*	Maneirismos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Esteriotipias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Rejeição/Intolerância aos materiais	1	3	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*(N.º de vezes que se observaram esteriotipias, maneirismos ou rejeição/intolerância aos materiais durante os 45 minutos de sessão)

Como podemos observar pelo Quadro 58 e Tabela 46 verificamos que ao longo da intervenção “I” não apresenta nenhuma estereotipias ou maneirismos, sendo a sua característica mais específica o interesse obsessivo por um tema (animais), tema muito frequente ao longo das sessões. Revelou no entanto alguma intolerância inicial ao toque de materiais mais húmidos como tintas ou o barro, especificamente em situações em que ficava com as mãos sujas pedindo insistentemente que a psicóloga o limpasse de imediato.



Quadro 59 – Iniciação da interação com a psicóloga por “I” ao longo das sessões



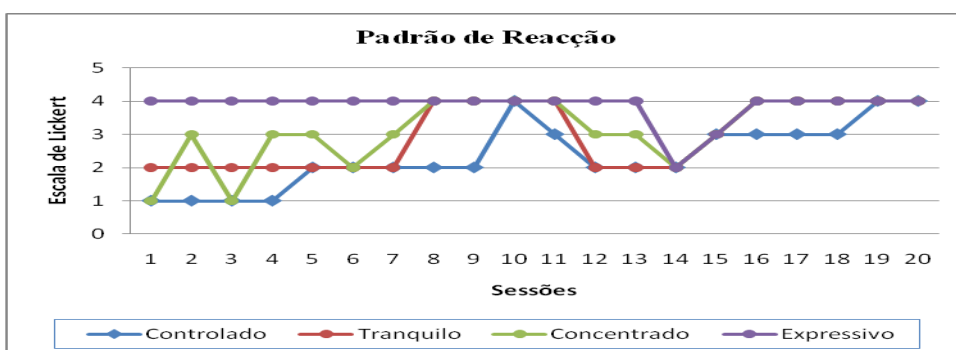
Quadro 60 – Duração da interação de “I” com a psicóloga ao longo das sessões

Tabela 47 – Iniciação e duração da interação de “I” com a psicóloga

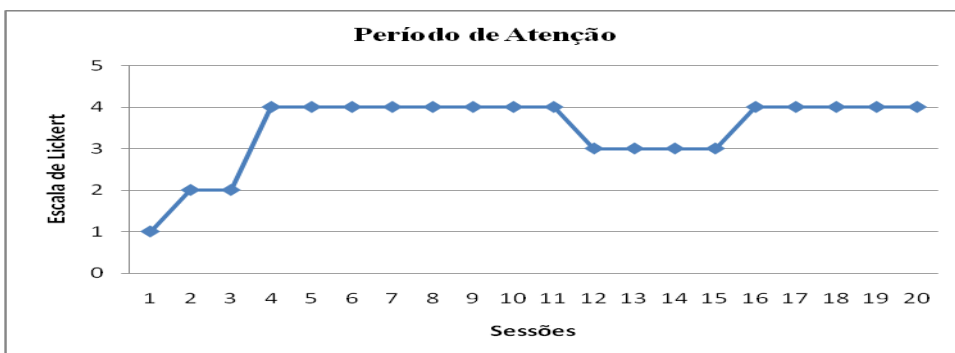
Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Inte- racção com a psicó- loga*	Inicia- ção	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
	Duraç- ão* (em minut os)	27	32	27	39	39	39	40	45	45	44	45	35	35	34	42	44	45	45	45	45

*(N.º de vezes que se observou a iniciação da interação por “A” com a psicóloga a cada 15 minutos de sessão (3 momentos) e sua duração em minutos)

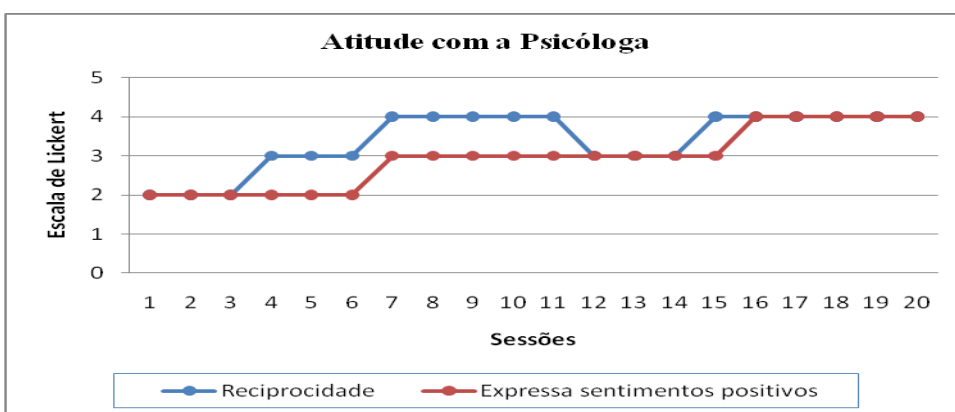
Ao longo da intervenção com “I”, foi observável um ligeiro aumento da frequência duração dos períodos de duração da interacção com a psicóloga, não revelando dificuldades da iniciação da mesma, embora assumisse um cariz muito impulsivo inicialmente e mais tranquilo no final da intervenção.



Quadro 61 – Padrão de reacção de “I” ao longo das sessões

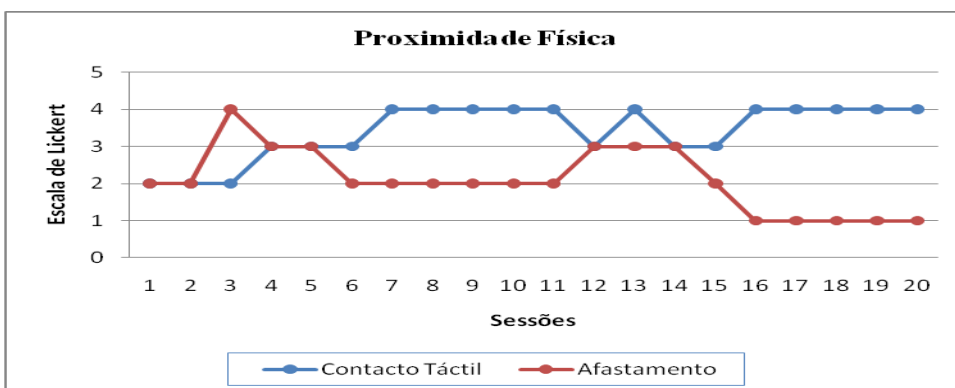


Quadro 62 – Períodos de atenção de “I” ao longo das sessões



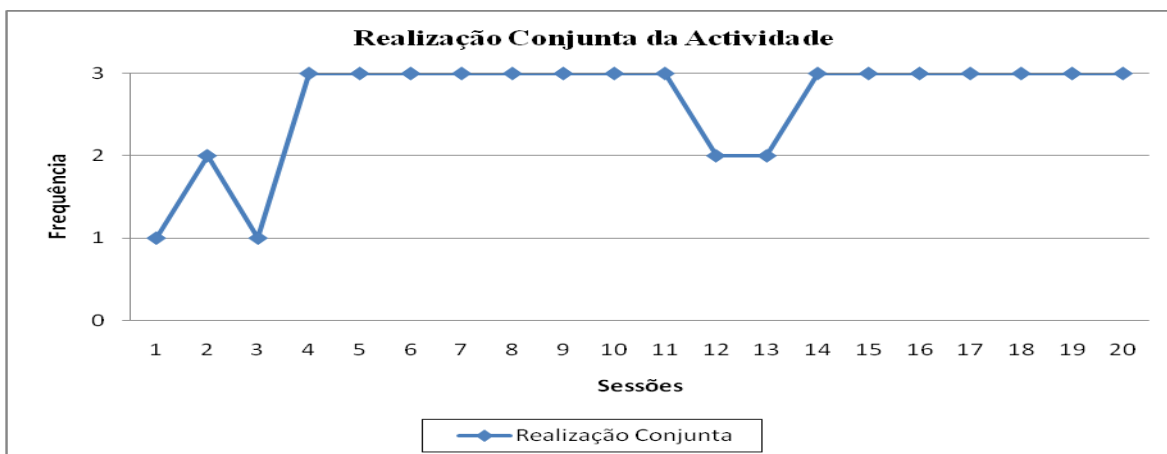
Quadro 63 – Atitude de “I” com a psicóloga ao longo das sessões

Como podemos observar pelos Quadros 61, 62 e 63 verificamos que ao longo da intervenção “I” foi sempre uma criança bastante expressiva na relação, mas com a evolução da mesma foi mostrando-se mais tranquilo e controlado tanto na abordagem às actividades e materiais como na relação com a psicóloga. Os seus períodos de atenção também aumentaram ao longo da intervenção, bem como o investimento nas actividades. Mostrava-se mais receptivo e responsivo nas interações com a psicóloga, expressando-se mais com comportamentos afectivos como dar beijo por iniciativa própria e abraçar de forma menos impulsiva.



Quadro 64 – Proximidade física de “I” com a psicóloga ao longo das sessões

Como podemos observar pelo Quadro 64 verificamos que “I” aumentou o seu nível de proximidade física e contacto táctil com a psicóloga ao longo da intervenção, verificando-se paralelamente uma redução dos comportamentos de afastamento face a esta. O tipo de contacto táctil também sofreu alterações, uma vez que inicialmente era brusco e impulsivo, recorrendo a força excessiva, mesmo para expressar-se afectivamente perante o outro, começando gradualmente a manifestar um toque mais suave e cuidadoso.

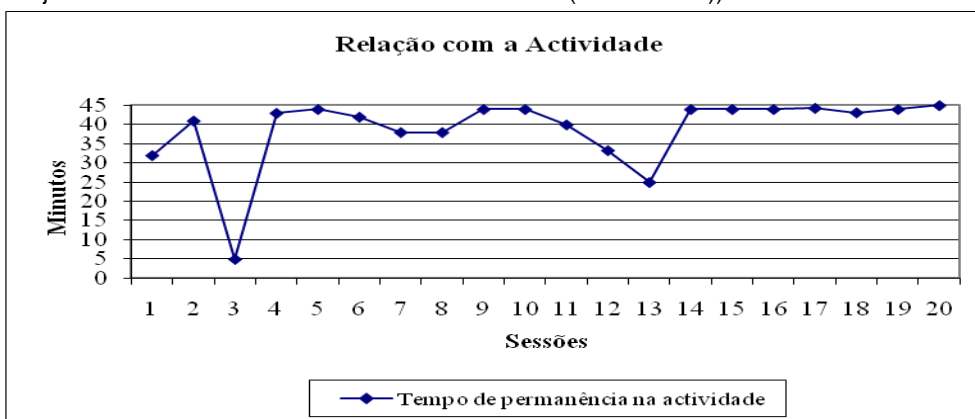


Quadro 65 – Realização conjunta da actividade de “I” com a psicóloga ao longo das sessões

Tabela 48 – Relação de “I” com a actividade ao longo das sessões

Sessões		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Relação com a actividade*	Adesão	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3
	Imitação	1	2	0	3	3	3	1	0	2	3	3	1	2	1	1	3	3	1	0	0
	Realização Conjunta	1	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3

*(N.º de vezes que se observou adesão à actividade, imitação de acções da psicóloga e realização conjunta da actividade a cada 15 minutos de sessão (3 momentos))



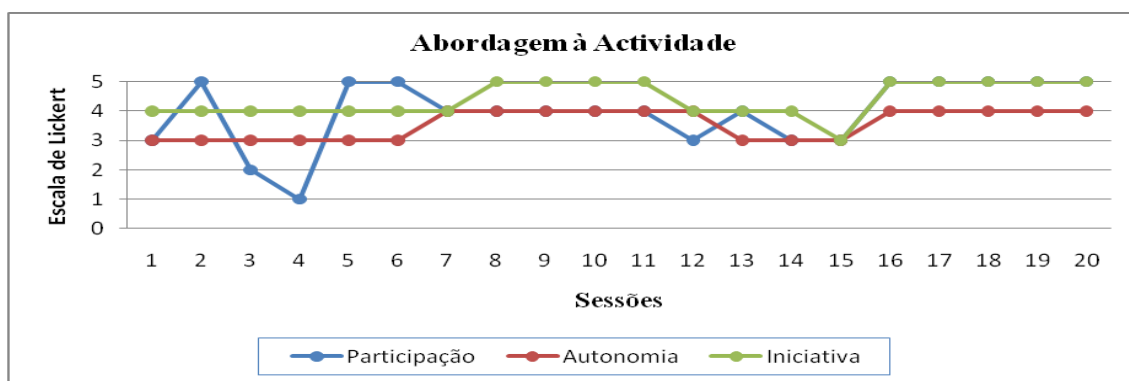
Quadro 66 – Permanência de “I” na actividade ao longo das sessões

Tabela 49 – Permanência de “I” na actividade ao longo das sessões

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Tempo de permanência na actividade*	32	45	5	43	44	42	38	38	44	44	40	33:30	25	44	44	44	44:30	43:15	44	45

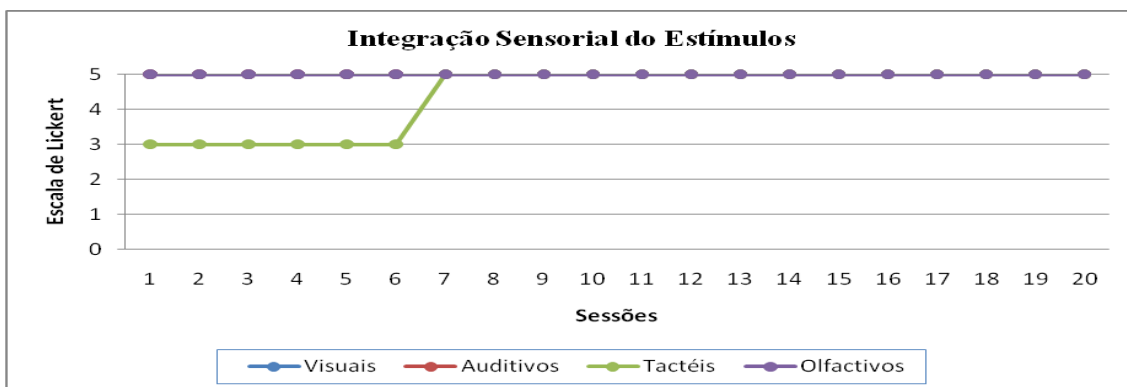
*(em minutos dos 45 minutos de duração da sessão)

Ao longo da intervenção “I” manifestou uma ligeira evolução na adesão às tarefas e no período em que se matinha a realizar as mesmas, embora se verifiquem oscilações inerentes aos estados de humor de “I” que se alteravam de sessão para sessão, tendo-se mostrando muito irritado em algumas sessões e com uma consequente dificuldade em concentrar-se ou aderir à actividade proposta.



Quadro 67 – Abordagem à actividade de “I” ao longo das sessões

Como podemos observar pelo Quadro 67 verificamos que no decorrer da intervenção com “I”, este manifestou uma abordagem à actividade sem evoluções significativas, pois apesar de se registar um ligeiro aumento da sua participação nas mesmas, mostrou-se sempre uma criança com iniciativa própria mas com alguma necessidade de apoio na execução das tarefas devido às dificuldades em manter a atenção e controlar o próprio comportamento. No entanto, quando mais tranquilo realizava de forma mais autónoma a tarefa.



Quadro 68 – Integração sensorial dos estímulos por “I” ao longo das sessões

No decorrer da intervenção “I” foi sempre uma criança sem dificuldade na integração dos estímulos visuais, auditivos e olfactivos. Revelou apenas alguma intolerância a tocar materiais de pintura como tintas e barro directamente, querendo logo lavar as mãos, mostrando também uma preocupação excessiva com o sujar do espaço. Esta intolerância foi reduzindo significativamente ao longo da intervenção, já tocando as tintas com as mãos nas últimas sessões.

2.4.5. Análise dos dados e reflexão acerca da intervenção com “I”

“I” era um menino que no início da intervenção revelava claras dificuldades na gestão do próprio comportamento, tendo grandes dificuldades em controlar a sua impulsividade e expressando sentimentos de zanga de forma agressiva. Na relação com o Outro (psicóloga) mostrava-se muito resistente e defensivo, desconfiando das propostas da psicóloga, achando que eram tentativas de o afastar dos seus animais ou que o interesse na relação com ele não era sincero e que seria abandonado. Estes sentimentos e forma de vivenciar a relação manifestavam-se por um evitamento na aproximação e resistência a actividades que não envolvessem animais. Por outro lado, tentava sistematicamente testar a psicóloga com comportamentos destrutivos face aos materiais, gritando com esta e não aderindo ou realizando completamente as actividades e tentando manipular a psicóloga para a realização de outras actividades ou para ceder ao tempo do *terminus* da sessão. Eram frequentes situações em que temia o afastamento da psicóloga, imitando o choramingar de um bebé, dizendo que se tinha magoado (sem o ter feito na verdade) ou ameaçando que iria dizer que não gostava da psicóloga ou da sessão. Quando estas estratégias não levavam a uma cedência da psicóloga procurava a aproximação física e afirmava que gostava de estar na sessão com a psicóloga.

No caso de “I” devemos ter sempre presente as especificidades do Síndrome de Asperger associado ao diagnóstico de Perturbação da Hiperactividade e Défice de Atenção, pois justificam a agitação psicomotora. Neste sentido, “I” pareceu começar a conseguir participar com maior facilidade nas actividades de movimento pois a sua agitação parecia ser canalizada para um movimento com um objectivo (por exemplo

imitar os movimentos de um animal ou realizar movimentos ao ritmo dos instrumentos ou música). Através destas actividades, foi mais fácil para “I” aderir às mesmas sem se afastar da temática onde parecia sentir-se seguro (os animais) e conquistar uma noção da forma como usa o seu corpo de forma agitada e de forma mais tranquila.

Relativamente ao toque, a criança começou através das massagens (que numa fase inicial utilizaram o seu interesse pelos instrumentos musicais como mediadores) a receber o toque de uma forma menos resistente, mostrando-se menos tenso e conseguindo deitar-se completamente no edredão e no colo da psicóloga (adesão total do corpo à superfície). Pela exploração de diferentes texturas, particularmente as bolas de relevos, os instrumentos musicais, as bolas de sabão e o saco elástico, e pela integração de diferentes sensações mediante as texturas exploradas, “I” começou a interiorizar os diferentes tipos de toque e a forma como são sentidos e o maior ou menor grau de satisfação que tinham para quem o recebia. Neste sentido, com o aprofundar da relação de confiança com a psicóloga, e através da receptividade de entusiasmo que “I” manifestava a actividades de dramatização de expressões faciais (caretas), começaram a realizar-se actividades de toque e exploração da sua própria face e da face do Outro, parecendo “I” conseguir estabelecer relações entre o toque, a sensação que provocava e o sentimento que lhe podia estar subjacente, embora apenas tenha conseguido identificar sentimentos menos subtis (expressão facial de alegria, tristeza, zanga e aborrecimento). Esta limitação na identificação de alguns sentimentos parece estar relacionada com a dificuldade de “I” em compreender aspectos subtis da comunicação. Com o decorrer da intervenção “I” começou não só a aceitar com agrado e conforto o toque da psicóloga, parecendo tranquilizar-se com o este, e a querer retribuir tentando massajar a face da psicóloga e o seu cabelo (embora numa fase inicial a sua impulsividade o levasse a apertar demasiado a face da psicóloga ou a puxar-lhe o cabelo).

A nível familiar “I” revelava uma grande necessidade de comunicar as suas vivências e sentimentos, mas resistia a conversar directamente sobre isso. Foi através da dramatização que “I” expressou alguns sentimentos e situações a eles associadas. No entanto, isto apenas se verificou, quando “I” parece ter desvanecido as suas dúvidas quanto à possibilidade de ser abandonado pela psicóloga, na sessão em que lhe perguntou “És casada e tens filhos?” e “Se tivesses não podíamos fazer sessão!”. Quando a psicóloga lhe explicou que era possível fazer as duas coisas e que não deixaria de fazer as sessões com ele como combinado, “I” pareceu tranquilizar-se. A partir deste momento começou a dramatizar situações familiares, questionando a psicóloga se, quando tivesse filhos, “tomava conta deles ou os deixava?”. Os sentimentos de abandono e vivências familiares face às figuras parentais de “I” eram essencialmente expressos pela preocupação de “I” nas dramatizações livres (em que a psicóloga era a “mãe” e ele alternava nos papéis de “pai” e “filho”) em reforçar que “os pais gostam um do outro” e “o pai trata bem a mãe” e que se “tem de cuidar do bebé” e “dar-lhe miminhos quando chora”. Numa dramatização com fantoches nas sessões finais “I” dramatizou uma história de uma criança que pedia à mãe para

brincar com ela recebendo sempre uma resposta negativa e desvalorativa da importância de dar atenção à criança. Como resposta a esta reacção materna a criança refugiava-se no jardim zoológico onde brincava com os animais. Quando a figura materna desvalorizava os seus amigos (animais) a criança era mal-educada com a mãe que respondia de forma agressiva com castigos e mandando a criança embora para “o fundo do monte”. A figura paterna, referida como “um homem escondido” surgia questionando a mãe onde estava a criança e percebendo o que aconteceu também mandava a mãe para “o fundo do monte”.¹

Atendendo a estes factos, “I” pareceu tranquilizar-se após a dramatização, questionando o “público” (personificado na psicóloga) “o que tinha achado?”. Pareceu ficar satisfeito com o aplauso e agradecimento do “público” pela coragem de contar uma história tão importante.

Através da atribuição da sua pessoa e vivência a uma personagem externa, “I” conseguiu partilhar esta vivência dolorosa para si com a psicóloga, parecendo tranquilizar-se no final da mesma, revelando-se muito mais alegre na restante sessão.

Importa ainda reflectir sobre o papel dos animais na dramatização de “I”, que parecem funcionar como refúgio para “I” de um mundo que lhe inflige sentimentos de sofrimento, abandono e que em termos afectivos tem dificuldade em compreender. É notória ainda a dificuldade de comunicar com os outros de “I” e a necessidade de mostrar (principalmente à figura materna) o que faz nas sessões (solicitando à psicóloga que transmita os elogios que lhe faz na sessão à mãe chamando-a à escola ou que lhe mostre as filmagens da sessão) como forma de se sentir valorizado e conseguir comunicar as suas vivências através das peças, desenhos e objectos que vai criando.

No final da intervenção, testava a preocupação e afecto da psicóloga por ele, de forma mais adequada, nomeadamente através de dramatizações em que ele pintava as mãos com tinta vermelha, fingindo-se a sangrar e questionando “Vá tu és a médica. Vais cuidar de mim?”, e a psicóloga se assumia como “médica” que cuidava dele, tratando as feridas e mimando-o. Estes momentos pareciam ser muito prazerosos e tranquilizantes para “I”, que desta forma (mediada pelo drama) expressava as suas necessidades afectivas e recebia os “cuidados emocionais” que necessitava.

¹ Apurou-se em entrevista inicial com a mãe que esta fora vítima de maus-tratos enquanto vivia com o marido num monte e que tinha sido expulsa com os filhos a meio da noite, tendo então os avós maternos ido buscar a filha e os netos e assumido os cuidados e residência das crianças.

3. Discussão dos Resultados

A presente intervenção com estas 4 crianças com PEA permite-nos, após a análise detalhada de cada caso, encontrar pontos de confluência e semelhanças nos comportamentos e reacções e evoluções das crianças ao longo da intervenção.

Em todos os casos se verificou que o corpo, manifestou, através dos comportamentos observáveis, as tensões e conflitos internos destas crianças, sendo um veículo privilegiado para aceder a conteúdos e riqueza do mundo interno da criança. Neste sentido, a psicóloga procurou atender sempre à criança como ser global, nos seus diversos níveis: psíquico, emocional e físico. Predominando a integração sensorial dos estímulos apresentados (mediadores artístico-expressivos), como canal de comunicação e estabelecimento da relação, a intervenção tentou explorar essencialmente os sentidos como forma de aceder às emoções, memórias e vivências de cada criança, afastando-se do domínio do racional e da linguagem verbal.

Os mediadores artístico-expressivos revelaram ao longo da intervenção toda a sua plasticidade de mutabilidade, podendo cada objecto assumir diversas funções (um lenço podia servir como mediador na massagem, como na realização de uma actividade de movimento/dança ou como adereço para uma dramatização). Conferiu-se desta forma uma maior liberdade às crianças para a expressão do seu mundo interno com os mediadores que fossem melhor tolerados e se adequassem melhor às suas características individuais.

Tabela 50 – Adesão aos mediadores artístico-expressivos

Mediadores	Casos				N	Proporção
	“A”	“C”	“G”	“I”		
Plástica	X	X	X	X	4	1.00
Música	X	X	X	X	4	1.00
Movimento/Dança	X	X	X	X	4	1.00
Drama				X	1	.25
Totais					13	.81

Neste sentido, verificou-se uma adesão diversificada consoante a criança e o tipo de estímulos a que se mostrava mais tolerante. “A” e “C” aderiram maioritariamente à plástica (embora “A” rejeitasse inicialmente o contacto com a tinta) (Quadro 1) e música (embora “C” se mostrasse hipersensível a este estímulo nas sessões iniciais tapando os ouvidos) (Quadro 18). A utilização de mediadores plásticos através da realização de actividades como o desenho e a moldagem pareciam apresentar-se como a forma mais contentora de expressar tensões, conflitos e desejos internos. Nos casos de “A” e “C” parecia ser uma actividade com uma função essencialmente catártica pelo riscar do papel e espalhar das tintas no papel ou outros objectos (como

“C” fazia ao pintar a bola), expressando aspectos simbólicos que os próprios não conseguem verbalizar, e que pareciam observar-se na alteração das cores utilizadas, dos traços (mais directos ou mais flexíveis, mais grossos ou mais finos) revelando maior tranquilidade ou impulsividade na execução da actividade de pintura e moldagem e aspectos visíveis no produto final (desenho ou moldagem).

“G” aderiu com maior frequência aos mediadores música e movimento (Quadro 35). “I” mostrou interesse pelos instrumentos musicais, movimento e principalmente actividades dramáticas (Quadro 52). Através das dramatizações de “I” e do distanciamento da sua realidade (essencialmente familiar), as suas memórias e vivências tornavam-se mais presentes, como afirmava Rogers (1973), para a psicóloga porque lhe permitia aceder ao mundo interno de “I” e para a própria criança, que recorrendo à representação simbólica de situações da sua vida através dos objectos intermediários como lenços e adereços de cenário (como referia Moreno citado por Dias, 2009). Após o processo de dramatização, “I” parecia menos defensivo e mais receptivo (o mesmo verificou Wanderley (2002) citado por Santos (2008)), isto porque esta actividade parece ter permitido a minimização da auto-censura de “I” e facilitado a organização e elaboração das suas vivências, pela recriação de aspectos da sua infância (como afirmava Winnicott, 1971).

Respeitando o grau de autonomia de cada criança, o seu nível de desenvolvimento e capacidades e dificuldades, os seus receios, inseguranças e intolerâncias, as suas decisões (escolha dos mediadores com que se sentia mais confortável) e iniciativa própria de aderir e iniciar actividades, foi nítido que aceitando com abertura e tolerância o tempo e espaço da criança, esta ia evoluindo na relação com a psicóloga e com os mediadores. Assumiram-se, como força motriz desta aproximação ao Outro e ao mundo que o rodeia, os mediadores artístico-expressivos que, através do seu cariz lúdico e curiosidade que despertam na criança, impulsionaram o estabelecimento da relação e pareceram conferir a estas crianças uma maior capacidade de interagir e comunicar, contribuindo para o desenvolvimento de um potencial que segundo Rogers (2004), todos temos em nós. Neste sentido, a psicóloga procurou sempre transmitir toda a segurança, contenção, privacidade e liberdade necessária a este processo de crescimento e desenvolvimento.

Analisando conjuntamente os casos apresentados e a sua evolução segundo as categorias sobre as quais incidiu esta investigação, verificamos especificamente que o desenvolvimento de competências necessárias à interacção social se verificou em todos os casos, embora devido à duração da interacção estas evoluções sejam ligeiras.

Tabela 51 – Avaliação pré e pós-intervenção com o ABC

Áreas Avaliadas	Casos				N	Proporção
	“A”	“C”	“G”	“I”		
Estimulação Sensorial	X	X			2	.50
Relacionamento	X	X	X		3	.75
Uso do Corpo e dos Objectos	X	X	X	X	4	1.00
Linguagem	X	X			2	.50
Desenvolvimento Pessoal e Social	X	X	X	X	4	1.00
Totais					15	.75

Tabela 52 – Avaliação pré e pós-intervenção com o CARS

Áreas Avaliadas	Casos				N	Proporção
	“A”	“C”	“G”	“I”		
Relações Pessoais	X	X	X	X	4	1.00
Imitação	X	X	X		3	.75
Resposta Emocional		X	X		2	.50
Uso do Corpo			X		1	.25
Uso de Objectos	X	X	X		3	.75
Adaptação à Mudança					0	0
Resposta Visual	X	X	X		3	.75
Resposta Auditiva		X	X		2	.50
Resposta ao gosto, cheiro e tacto	X	X	X	X	4	1.00
Medo e Ansiedade		X	X	X	3	.75
Comunicação Verbal		X			1	.25
Comunicação Não-verbal		X			1	.25
Nível de Actividade		X		X	2	.50
Nível e Consistência da Resposta Intelectual					0	0
Impressão Geral				X	1	.25
Totais					29	.50

Em todos os casos parece-se ter verificado uma redução dos comportamentos específicos de PEA, sendo estes (esteriotipias, maneirismos motores e repetições de gestos) encarados como forma de comunicação mesmo que não intencional e não bloqueadas (impedindo a criança de os realizar), pois cada criança assumia comportamentos que embora considerados desadequados, para a criança eram uma forma de estar reveladora da sua personalidade.

Num momento inicial da intervenção todas as crianças, à excepção de “I” mostraram inflexibilidade à mudança e grande resistência a entrar na sala para realizar a sessão e a estabelecer uma relação próxima à psicóloga, facto justificável pela alteração que se introduzia na sua rotina diária na escola. Algumas crianças apresentavam comportamentos estereotipados e maneirismos como no caso de “A”, “C” e “G” (Quadro 7, 24 e 41) e intolerância ou rejeição aos materiais, em todos os casos apresentados (Quadro 7, 24, 41 e 58). Algumas crianças revelavam também interesses específicos e obsessivos por objectos ou temas. “C” revelou grandes dificuldades em separar-se dos objectos que trazia de casa (peluche), mantendo-se a explorá-los por longos períodos no início da intervenção, tendo este comportamento reduzido com o decorrer da intervenção, parecendo que os mediadores tinham neste caso funcionado como objectos transaccionais, que lhe permitiram o abandono dos objectos que trazia de casa, substituindo-os por estes e como intermediários para começar a tolerar a psicóloga.

“I” manifestava um interesse obsessivo por animais, que se manifestava em conversas que persistiam no tema e actividades em que estivesse a temática sempre presente.

Tabela 53 – Avaliação com a Grelha Categorial (1)

Categorias	Sub-categorias	Casos				N	Proporção
		"A"	"C"	"G"	"I"		
Contacto Visual	Com os estímulos	X	X	X	X	4	1.00
	Com a psicóloga	X	X	X	X	4	1.00
Expressão Facial	Apática					0	0
	Sorrindo	X	X		X	3	.75
	Zangada					0	0
	Choro					0	0
Utilização do Gesto	Agressividade					0	0
	Afectividade		X	X	X	3	.75
	Informar/Solicitar	X	X			2	.50
Verbalizações/ Vocalizações	Tom de Voz					0	0
	Inespecíficas					0	0
	Com intenção comunicativa /Direccionadas à psicóloga		X			1	.25
Proxémia	Proximidade Física	X	X	X	X	4	1.00
	Alinhamento Corporal	X			X	2	.50
	Contacto físico com os estímulos	X	X	X	X	4	1.00
	Contacto físico com a psicóloga	X	X	X	X	4	1.00
Totais						31	.48

Tabela 54 – Avaliação com a Grelha Categorial (2)

Categorias	Sub-categorias	Casos				N	Proporção
		"A"	"C"	"G"	"I"		
Comportamentos específicos de PEA	Maneirismos			X		1	.25
	Estereotipias	X	X	X		3	.75
	Rejeição/Intolerância aos materiais	X		X	X	3	.75
Relação com a Actividade	Adesão	X	X	X	X	4	1.00
	Imitação	X	X	X		3	.75
	Realização Conjunta	X	X	X	X	4	1.00
	Tempo de permanência na actividade	X	X	X	X	4	1.00
Interacção	Iniciação pela criança	X	X	X		3	.75
	Duração	X	X	X	X	4	1.00
Totais						29	.80

Verificou-se que, em todos os casos, o gesto começou a ser menos utilizado de forma estereotipada e mais de forma comunicativa e funcional como com intenção de expressar sentimentos de afectividade (Quadros 5, 22, 39 e 56), como a procura do colo, abraço e beijo em todos os casos e para expressar sentimentos de zanga como no caso de “I”. Também nos aspectos específicos da comunicação verbal das crianças com PEA, como as verbalizações e vocalizações se verificaram alterações, que se traduziram essencialmente num aumento da intenção comunicativa. Nos casos de “A” e “I” foi notória a redução do tom de voz utilizado que se mostrava desadequado (gritos) (Quadros 6 e 57). No caso de “C” as vocalizações inespecíficas foram dando lugar a verbalizações de palavras (Quadro 23). No caso de “G” as vocalizações começaram a ser mais direccionadas à psicóloga, embora não verbalizasse palavras (Quadro 40).

Ao nível da relação com a psicóloga verificou-se um ligeiro aumento da reciprocidade emocional e social, em todos os casos (Quadro 12, 29, 46 e 63). Ao nível do reconhecimento da expressão facial da psicóloga não se verificaram evoluções significativas, embora a expressão afectiva a ela direccionada aumentasse em todos os casos. A nível relacional o aumento da tolerância à presença da psicóloga e aumento da proximidade física e contacto táctil com esta foram significativos em todos os casos (Quadros 13, 30, 47 e 64). Consequentemente observou-se também nos 4 casos uma redução do afastamento, evitamento e distanciamento, verificando-se que inicialmente predominava o alinhamento de costas (tendo em alguns casos processando-se desta forma as primeiras aproximações e contactos físicos) passando depois a predominar o alinhamento lateral e frontal. Neste sentido, observou-se também que a iniciação da interacção pelas crianças era mais frequente, mantendo-se na interacção com a psicóloga por períodos de tempo superiores (Quadro 8, 9, 25, 26, 42, 43, 59 e 60). A expressão facial tornou-se menos apática e mais responsiva em todos os casos, notando-se um aumento do sorriso e expressões afectivas (Quadros 4, 21, 38 e 55), embora com especificidades consoante os casos. No caso de “C” verificava-se inicialmente uma presença frequente de comportamentos como o choro onde se observou uma redução ligeira com o decorrer da intervenção (Quadro 21). No caso de “I” verificou-se uma redução da expressão de zanga e um aumento das expressões de afectividade (Quadro 55). Nestes momentos de partilha da actividade e relação o contacto visual tanto com estímulos como com a psicóloga também registou evoluções positivas ao nível da frequência e duração em todos os casos (Quadros 2, 3, 19, 20, 36, 37, 53 e 54).

Associado ao aumento da interacção e tempo que permanece na relação, verificou-se também um aumento nos períodos em que a realização da actividade era feita em conjunto em todos os casos (Quadro 14, 31, 48 e 65). Verificou-se que, todas as crianças, permaneciam mais tempo na actividade (Quadros 17, 32, 49 e 66), sendo a abordagem à tarefa marcada por uma maior participação, autonomia e iniciativa própria em todos os casos, embora fosse sempre necessário um apoio próxima da psicóloga (Quadros 15, 33, 50 e 67). No desenvolvimento das actividades e sessões

todas as crianças manifestaram reacções mais controladas, tranquilas e expressivas, verificando-se uma redução da ansiedade e impulsividade (Quadros 10, 27, 44 e 61). Em consonância com esta evolução no padrão de reacção, verificou-se um aumento dos períodos de atenção tanto na realização da actividade como na relação com a psicóloga (Quadros 11, 28, 45 e 62). Tal como nos estudos de Stern parecem ter aumentado não só os períodos de atenção das crianças em todos os casos, mas também o direcionamento da atenção para um mediador (estímulo externo).

Um aspecto importante a atender, que parece ter influência directa na adesão e realização das actividades, é a evolução da integração sensorial dos estímulos, que em crianças com PEA, nem sempre é bem tolerada e aceite. Neste sentido, registaram-se evoluções na integração e aceitação destes estímulos aos seus diversos níveis (visual, olfactivo, táctil e auditivo) em todos os casos (Quadro 16, 34, 51 e 68). A melhor integração sensorial permitiu aceder com uma maior tolerância ao Eu Corporal e à comunicação não-verbal com a criança que começa a conhecer e dominar melhor o seu corpo e as relações com os outros.

4. Conclusões

O acesso ao mundo da criança autista que nos primeiros contactos parecia inacessível, como se existisse uma enorme porta trancada para o mundo externo, foi-se abrindo pouco a pouco, em cada olhar fugidio, toque fugaz ou sorriso breve. Só no final desta intervenção, compreendo que o importante não foi a chegada (o terminar deste trabalho) mas o caminho percorrido até aqui.

Neste percurso os mediadores artístico-expressivos foram o veículo que permitiram a cada criança sair de si próprio para comunicar com o mundo e com o Outro. Como referem Evans & Dubowski (2001) este processo relacional com a criança com PEA é indissociável de um desenvolvimento a nível pessoal da psicóloga num esforço de aquisição de uma sensibilidade para o não-verbal, pois só assim é possível o estabelecimento de um canal empático e de relação e comunicação com a criança que permita construir a relação de confiança.

A estimulação da expressão não-verbal, explorando outras formas de comunicação e desenvolvendo a comunicação empática nestas crianças apenas foi possível nesta intervenção, através do recurso aos mediadores artístico-expressivos numa dinâmica lúdica entre a criança e o adulto. Estes mediadores parecem ter sido os impulsionadores da adesão e aproximação destas crianças na relação com o Outro e o mundo externo, pela receptividade que revelavam face a estes e curiosidade que despertavam. A promoção de um aumento da interacção social e a estimulação do desenvolvimento de competências que lhes estão subjacentes, só foi possível porque se recorreu a mediadores e actividades toleráveis e sedutoras para estas crianças, permitindo-lhes relaxar na relação com o Outro, situação que geralmente lhes provoca ansiedade.

Atendendo às categorias, integrantes do comportamento não verbal (contacto visual, contacto físico, proxémia, expressão facial, voz, gestos), atendidas neste

estudo e especificamente os característicos de PEA (reciprocidade social, emocional, flexibilidade à mudança, interesse adequados, estereotípias, maneirismos e rejeição/intolerância ao materiais) verificaram-se evoluções a todos estes níveis numa investigação com estes mediadores, sendo estes utilizados como veículo de expressão comunicação e compreensão do mundo à sua volta, e verificando-se as maiores evoluções ao nível de uma redução dos comportamentos estereotipados e da ansiedade na relação com o Outro.

Foi através da oportunidade que estas crianças tiveram de manifestar, através de mediadores lúdico-artístico-expressivos, o seu mundo interno, emoções e vivências pessoais, que se verificou a ocorrência de uma libertação emocional (expressa por comportamentos de agressividade e afectividade), um aumento da confiança (em actividades personalizadas e que as crianças conseguiam realizar, permitindo-lhe experimentar situações de sucesso e valorização através do que era criado e experienciado em conjunto) e capacidade de expressão (independentemente da qualidade do que era expresso ou produzido). Nesta investigação, foi ainda possível facilitar o desenvolvimento e a clarificação dos conteúdos psíquicos aliando a imagem, movimento, história ou som a sentimentos e significados. Esta investigação representa pois, uma tentativa de possibilitar a aquisição de novas formas de expressão e comunicação, permitindo o desenvolvimento de respostas comportamentais e relacionais mais adequadas na interacção social.

No entanto, não podemos generalizar estes resultados constituindo-se apenas esta investigação como um modesto contributo para as possibilidades de intervenção com esta população tão específica e pouco responsiva às abordagens de intervenção predominantemente verbais.

É de todo pertinente referir alguns aspectos que limitaram esta investigação. Por um lado é importante referir a curta duração da intervenção, uma vez que as intervenções mais eficazes apresentam uma duração superior em número de sessões e com uma frequência mais intensiva. A intervenção em contexto escolar também colocou algumas limitações ao desenvolvimento desta investigação, por um lado atendendo à assiduidade das crianças, devido a falta à escola, a participação em actividades de final de período, a atrasos na chegada à sessão, à alteração do setting (no caso de "I", porque a sala onde se desenrola a sessão estava ocupada), às interrupções da sessão (por motivos diversos como baterem à porta para colocar alguma questão à psicóloga) e à permeabilidade da sala face a estímulos externos à sessão (como o toque da campainha que assustava "C" por ser hipersensível ao som e angustiava "I" porque o associava a um possível *terminus* da sessão). Ao nível da avaliação das sessões, foi utilizada a *Escala de Registo do Comportamento da Criança* numa escala de Lickert com valores compreendidos entre 1 e 5, não sendo a escala mais adequada uma vez que existe uma tendência do avaliador para o enquadramento do comportamento da criança num nível intermédio (3), pelo que esta escala não é considerada a mais adequada por alguns autores.

Ao reflectir sobre o desenvolvimento do presente projecto de investigação, sinto que mais que um estudo acerca do comportamento das crianças com PEA, realizei uma viagem a mundos muito diversos e ricos, para mim desconhecidos. Após a análise dos resultados desta intervenção, sinto que estes reflectem apenas uma pequena parte de toda esta intervenção, pois as pequenas evoluções avaliadas (ou as grandes conquistas feitas por estas crianças) aconteceram sessão após sessão, minuto após minuto. O turbilhão de sentimentos que foram surgindo em mim e em cada uma destas crianças e a riqueza e intensidade das relações estabelecidas, não consigo descrevê-las por palavras...

5. Referências bibliográficas

American Psychiatric Association (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.^a ed.). Trad. Almeida, J. N.. Lisboa: Climepsi Editores.

Amy, M. (2001). *Enfrentando o autismo: a criança autista, seus pais e a relação terapêutica*. Lisboa: DinaLivro.

Aldridge, D.(1993) Artists or psychotherapists? *The Arts in Psychotherapy*, 20, 199-201.

André, P.; Benavipès, T.; Canchy-Giromini, F. (1996). *Corps et Psychiatrie*. Paris : Ed. Heures de France.

Añino, M. A. F. (2003). Creatividad, arte terapia y autismo. Un acercamiento a la actividad Plástica como proceso creativo en niños autistas. *Arte, individuo y sociedad*, 15, 135-152.

Araújo, J. I. (2008). *As perturbações do Espectro do Autismo na Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro.

Assumpção, F. & Pimentel, A. C. (2000). Autismo Infantil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, (1), 37-39.

Assumpção Jr., F. B., Sprovieri, M. H., Kuczynsky, E. & Farinha, V. (1999). Reconhecimento Facial e Autismo. *Arq. Neuropsiquiatria*, 57, (4), 944-949.

Barreira, N. (2009a). *Mediador música em terapias expressivas*. In Ferraz, M. (org) (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Vol. 1 (pp. 127 – 132). Venda do Pinheiro: Tuttiév Editorial.

Barreira, N. (2009b). *Música e Educação terapêutica*. In Ferraz, M. (org) (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Vol. 1. (pp. 133 – 140). Venda do Pinheiro: Tuttiév Editorial.

Barreira, N. (2009c). *Música em Psicoterapia*. In Ferraz, M. (org) (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Vol. 1 (pp. 197 – 214). Venda do Pinheiro: Tuttiév Editorial.

Berrol, C. (1992) The neurophysiologic basis of the mind-body connection in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 14, (1), 19-29.

Bompastor, E. (2009). *Dança Movimento em Psicoterapias Expressivas*. In Ferraz, M. (org) (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Vol. 1. (pp. 215 – 228). Venda do Pinheiro: Tuttiév Editorial.

Bucho, J. L. C. (2009). *Arte-terapia: criação e transformação*. In Ferraz, M. (org) (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Vol. 1. (pp. 55 – 95). Venda do Pinheiro: Tuttiév Editorial.

Cappelaro, D. (s/d). *Autismo e arte-terapia psicodinâmica*. Disponível online em: www.spettroautistico.net.

Carvalho, A. C. & Onofre, C. T. (2006). *Aprender a Olhar para o Outro: Inclusão da criança com Perturbação do Espectro do Autismo na escola do 1.º ciclo do Ensino Básico*. In Pereira, F. (coord) (2006). *Necessidades Especiais de Educação: Práticas de Sucesso* (pp. 6 – 22). Edição do Ministério da Educação, Direcção- Geral da Inovação e de Desenvolvimento Curricular e Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.

Choto, M. C. (2007). Autismo infantil: el estado de la cuestión. *Rev. Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 116, 169-180.

Coppa, M. M., Orena, E., Santoni, F., Dolciotti, M. C., Giampieri, I., Schiavoni, A. (2001). Musicoterapia e patterns di interazione e comunicazione con bambini pluriminorati: um appocio possibile. *Musica & Terapia*, 1, 38-44.

Damásio, A. (1994) *O erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Ed. Europa-América.

Dias, B. R. (2009). *O Palco como reconstrução de uma identidade – o contributo do drama às psicoterapias expressivas*. In Ferraz, M. (org) (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Vol. 1. (pp. 229 – 238). Venda do Pinheiro: Tuttiév Editorial.

Dinis, S. J. (2006). *Autismo uma abordagem da Perspectiva actual: um estudo de caso*. Monografia de Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa do Porto.

Durel, N. (2004). *Arte-Terapia*. Disponível online em: www.terapiada.mulher.com.

Eisenberg, N. Faber, R.A., Murphy, B., Maszk, P., Smith, M. & Karbon, M.(1995). The role of Emotionality and Regulation in Children's Social Functioning: A Longitudinal Study. *Child Development*, 66, 1360-1384.

Elkis-Albuhoff, D. (2008). Art Therapy applied to an adolescent with Asperger's syndrome. *The arts in Psychotherapy*, 35, 262-270.

Emery, M. J. (2004). Arte Therapy as an intervention for Autism. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21, (3), 143-147.

Epp, K. M. (2008). Outcome-based Evaluation of a social skills Program using Art Therapy and Group Therapy for children on the autism spectrum. *Children and Schools*, 30, (1), 27 – 36.

Evans. K., & Dubowski. JK (2001). *Arte-Terapia com crianças do espectro autista: Beyond Words*. Filadélfia: Jessica Kingsley Publishers.

Feder, E & Feder, B. (1986). *The Expressive Arts Therapies - art, music and dance as psychotherapy*. U.S.A: Sarasota,

Fernandes, F. D. & Miilher, L. P. (2009). Relações entre a Autistic Behavior Checklist (ABC) e o perfil funcional da comunicação no espectro autístico. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, 20, 2, 111-116.

Ferraz, M. (2009). *Princípio(s) das Terapias e Psicoterapias Expressivas Integradas*. In Ferraz, M. (org) (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Vol. 1. (pp. 15 – 36). Venda do Pinheiro: Tuttiév Editorial.

Fonseca, V. (1988). *Contributo para o estudo da Génese da Psicomotricidade*. Lisboa: Ed. Notícias.

Frazier, T.W., Younstrom, E. A., Kubu, C. S., Sinclair, L. & Rezai, A. (2008). Exploratory and confirmatory Factor Analysis of the Autism Diagnostic Interview – Revised. *Journal of Autism Development Disorders*, 38, 474-480.

Frostig, K. & Essex, M. (2002) *Expressive Arts Therapies in Schools – a Supervision and Program Development Guide*, Illinois, U.S.A.: Charles Thomas Pub.

Gadia, C. A., Tuchman, R. & Rotta, N. T. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80, 2, 83-94.

Gobbi, G. (1996). Il “non verbale”. *R e S*, 2, 11-12.

Goodlin-Jones, B. L. & Solomon, M. (2003). *Contributos da Psicologia*. In Ozonoff, S., Rogers, S. J. & Hendren, R. L. (2003) *Perturbações do espectro do autismo. Perspectivas da investigação actual* (pp. 77- 108). Trad. Almeida, J. N. Lisboa: Climepsi editores.

Halprin, D. (2003) *The Expressive Body in Life, Art and Therapy*. London: Jessica Kingsley Pub.

Halprin, D. (2004). *Living artfully: movement as an integrative process*. in S. Levine and E. Levine (Eds) *Foundations of Expressive Arts Therapy*, 133-150. London: Jessica Kingsley Pub.

Hanna, J.L. (1990). Antropological perspectives for dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 12, (2), 115-126.

Hansen, r. I. & Hagerman, R. J. (2003). *Contributos da Pediatria*. In Ozonoff, S., Rogers, S. J. & Hendren, R. L. (2003) *Perturbações do espectro do autismo. Perspectivas da investigação actual* (pp. 109-131). Trad. Almeida, J. N. Lisboa: Climepsi editores.

Hus, V., Pickles, A., Cook, E. H., Risi, S. & Lord, C. (2007). Using the Autism Diagnostic Interview – Revised to Increase Phenotypic Homogeneity in Genetic Studies of Autism. *Biol Psychiatry*, 61, 438-448.

Jesuino, J. C. (2004). *Estruturas e Processos de Grupo*. In Vala, J. & Monteiro, M. B. (2004). *Psicologia Social*. 6.º Edição, cap. III (pp. 293 – 331). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

Klin, A. (2006). Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, (1), 3 -11.

Knill, P.J.(2004). Soul nourishment, or the intermodal language of imagination in S. Levine and E. Levine (Eds) *Foundations of Expressive Arts Therapy* (pp. 37-529. London: Jessica Kingsley Pub.

Lainhart, J. E. & Fulstein, S. E. (1994). Affective disorder in people with autism. A review of published cases. *Journal of autism and developmental disorders*, 24, (5), 587-601.

Lemos, I. S. (2006). A comunicação não-verbal: um estudo de caso. *UNIrevista*, 1, (3), 1-12.

Levine, E. (2004) On the play ground. Child psychotherapy and expressive arts therapy in S.Levine and E.Levine (Eds) *Foundations of Expressive Arts Therapy* (pp. 257-274). London: Jessica Kingsley Pub.

Levine, S.K. (2004). Poiesis and post-Modernism: The Search for a Fondation in Expressive Arts Therapy in S.Levine and E.Levine (Eds) *Foundations of Expressive Arts Therapy* (pp. 19-36). London: Jessica Kingsley Pub.

Loveland, K., Pearson, D., Tunali-Kotoski, B., Ortegon, J. & Gibbs, M. C. (2001). Judgments of Social Appropriateness by Children and Adolescents with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, (4), 367-376.

Machado, P. (1996). Investigação em Psicoterapia: resposta para algumas questões e algumas questões sem resposta. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 97-116.

Marques, C. E. (2000). *Perturbações do espectro do autismo. Ensaio de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães*. Coimbra: Quarteto Editora.

Marteleto, M. R. & Pedromônico, M. R. (2005). Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, (4), 295-301.

Martins, A., Fernandes, A. & Palha, M. (2000). Síndrome de Asperger – Revisão Teórica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 29, 47-53.

Mas, C. (1991). Psicomotricidad y cognición, *Psicomotricidad*, vol. 38-39, 119-129.

Mastergeorge, A. M., Rogers, S. J., Corbett, B. A. & Solomon, M. (2003). *Intervenções não médicas para as PEA*. In Ozonoff, S., Rogers, S. J. & Hendren, R. L. (2003) *Perturbações do espectro do autismo. Perspectivas da investigação actual* (pp. 155 – 181). Trad. Almeida, J. N. Lisboa: Climepsi editores.

McNiff, S. (1988). *The arts in Psychotherapy*. Illinois: C. Thomas Pub.

Nepomuceno, M. J., Carneiro, M. R., Cação, R. e Fontes, S. (2008). *Bases Gerais do Código de Ética da CODEM*. Lisboa: Confederação para a Deficiência Mental.

Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T. S., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., Gonçalves, E., Lopes, N. M., Rodrigues, V., Mota, H. C. & Vicente, A. M. (2007). Epidemiology of Autism Spectrum Disorder in Portugal: prevalence, clinical, characterization and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 726-733.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da ICD-10. Descrições clínicas e directrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed Editora, S.A.

Osborne, J. (2003). Art and the child with autism: therapy or education? *Early Child Development and Care*, 173, (4), 411–423.

Ozonoff, S. & Rogers, S. J. (2003). *De Kanner ao milénio*. In Ozonoff, S., Rogers, S. J. & Hendren, R. L. (2003) *Perturbações do espectro do autismo. Perspectivas da investigação actual* (pp. 25 – 56). Trad. Almeida, J. N. Lisboa: Climepsi editores.

Pain, S. & Jerreau, G. (1996). *Teoria e Técnica da arte-terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Parteli, L. (1995). Aesthetic Listening: Contributions of dance/ movement therapy to the psychic understanding of motor stereotypes and distortions in autism and psychosis in childhood and adolescence? *The arts in Psychotherapy*, 22, (3), 241-247.

Pereira, E. G. (1998). *Autismo: do conceito à pessoa* (2.^a edição). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência.

Pereira, O. G. (2004). *A emergência do Paradigma Americano*. In Vala, J. & Monteiro, M. B. (2004). *Psicologia Social*. 6.º Edição, cap. II (pp. 31 – 48). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Portes, V., Hagerman, R. J. & Hendren, R. L. (2003). *Farmacoterapia*. In Ozonoff, S., Rogers, S. J. & Hendren, R. L. (2003) *Perturbações do espectro do autismo. Perspectivas da investigação actual* (pp. 183 – 210). Trad. Almeida, J. N. Lisboa: Climepsi editores.

Puente, G. (2001). Manifestazioni ossessive ed autismo: il loro intrecciarsi in un trattamento di musicoterapia. *Musica & Terapia*, 1, 22-26.

Read, H. (1982). *Educação pela arte*. Lisboa: Edições 70.

Rogers, C. (1973). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes Ed.

Rogers, N. (1993). *The Creative Connection – Expressive Arts as Healing*. California: Science & Behavior Books, Inc.

Rogers, N. (2004). The creative connection: a holistic expressive arts in S. Levine and E. Levine (Eds) *Foundations of Expressive Arts Therapy* (pp. 113-132). London: Jessica Kingsley Pub.

Saad, A. & Golfeld, M. (2009). A ecolalia no desenvolvimento da linguagem de pessoas autistas: uma revisão bibliográfica. *Pró-fono de Atualização Científica*, 21, 3, 255-260.

Santos, I. M. & Sousa, P. M. (s/d). *Como intervir na Perturbação Autista*. Disponível online em: www.psicologia.com.pt.

Santos, M.G. (1999). *A Dança e o Movimento Criativo no desenvolvimento da Competência Social – uma abordagem às terapias expressivas*. Tese de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, U.T.L.

Santos, M. G. (2007). *Dançoterapia integrativa: uma metodologia de intervenção nos comportamentos agressivos*. Tese de Doutoramento, Universidade de Évora.

Santos, M. G. & Simões, M. (2009). *Mediadores artístico-expressivos na promoção da interacção social da criança com Perturbação do Espectro do Autismo*. Congresso Internacional Família, Escola e Sociedade. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Santos, P. (2008). Arte e saúde mental: caminhos paralelos. *Instituto da Gestalt Terapia e atendimento familiar*, 5, (9).

Schmidt, C. & Bosa, C. (2003). A investigação do impacto do autismo na família: Revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. *Interação em Psicologia*, 7 (2), 111-120.

Soczka, L. (2004). *Contextos Territoriais e a Perspectiva Ecológica em Psicologia Social*. In Vala, J. & Monteiro, M. B. (2004). *Psicologia Social*. 6.º Edição, cap. XV, (pp. 503 – 541). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Steinfeld, L. (2008). *Autism and art education: a comparison of practices and suggestions for adaptation*. Thesis Submitted for the Degree of Master of Art Education in the College of Arts and Sciences, Georgia State University.

Tharp, B. R. (2003). *Contributos da Neurologia*. In Ozonoff, S., Rogers, S. J. & Hendren, R. L. (2003) *Perturbações do espectro do autismo. Perspectivas da investigação actual* (pp. 133 – 152). Trad. Almeida, J. N. Lisboa: Climepsi editores.

Tinbergen, N. & Tinbergen, E. (1985). *Niños Autistas: nueavas esperanzas de curación*. Madrid: Alianza Editorial.

Vala, J. (1987). *A análise de conteúdo*. In Silva, A. S. & Pinto, J. M. (1987) (orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 101 – 128). Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento.

Valladares, A. C. A. (2004). Arteterapia com crianças hospitalizadas. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 6, (3), 410-411. Disponível online em: www.fen.ufg.br.

Vidigal, M. J. & Guapo, M. T. (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo. Uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*. 1.º Ed. Lisboa: Trilhos Editora.

Wallon, H. (1968). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70.

Wengrower, H. (2001). Arts therapies in educational settings: an intercultural encounter. *The Arts in Psychotherapy*, 28, 109-115.

Winnicott, D. (1971). *Jeu et réalité - L'espace potentiel*. Paris : Ed. Galimard.