



REPRESENTAÇÕES E SENTIRES DOS TÉCNICOS FACE À PERTURBAÇÃO DO  
ESPECTRO AUTISTA E A PERCEÇÃO MATERNA SOBRE O PAPEL DO TÉCNICO

DENISA SALOMÉ MENDES GONÇALVES NUNES

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertações:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM Mestrado Integrado em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2010

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de António Pires, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme despacho da DGES, n.º 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **Agradecimentos**

Agradeço à Coordenadora da Equipa de Intervenção Precoce, Dr.<sup>a</sup> Teresa Galvão pela disponibilidade em me facultar os contactos dos técnicos que acompanharam os dois casos de perturbação do espectro autista, sem os quais não seria possível realizar esta investigação.

Agradeço à Dr.<sup>a</sup> Dina Somsen pelas palavras de incentivo e motivação que me foi transmitindo e pelo facto de nunca ter deixado de acreditar.

A todos os técnicos e mães que comigo partilharam experiências, sentires, preocupações e recordações, que nem sempre foram fáceis. A eles o meu Obrigado.

Ao Prof. Doutor António Pires pelo papel determinante que teve, no despertar em mim o gosto para a investigação. Este trabalho é reflexo da forma como incentiva, orienta e nos ensina a pensar o comportamento humano à luz da psicologia. A si, o meu obrigado pela valiosa contribuição que teve na minha formação académica e pessoal.

Aos meus pais por todo o apoio, força e equilíbrio que sempre me proporcionaram, mostrando-me que devemos sempre lutar pelos nosso objectivos, acreditando que somos capazes de os realizar.

À minha irmã por ter estado sempre presente quando precisei, e por me ter despertado para a psicologia.

À Josefina pelo suporte familiar que me proporcionou e que me permitiu concluir esta dissertação;

Ao João pelo amor, dedicação e suporte emocional que me proporcionou ao longo de todo o percurso académico.

Ao Rodrigo pela paciência com que aguardou por mim, tantas vezes só para me desejar boa-noite. Por todo o amor e carinho que não me deixaram desistir.

Ao Miguel pela lição de vida que me proporcionou ao mostrar-me a sua vontade de viver.

*“Estar-se com a criança autista, é olhar para a criança que se foi e que vive em nós, é termos a proximidade necessária e a maleabilidade para empatizarmos com o seu sofrimento, com uma angústia de morte, escondida por uma carapaça, sem nos esquecermos da distância terapêutica que isso implica.”*

Vidigal & Guapo, 1997, pp.211

## ÍNDICE

REVISÃO DE LITERATURA UMA VIAGEM PELA PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO AUTISTA	3
Resumo	4
Abstract	5
Introdução	6
Breve contextualização histórica do autismo	7
Epidemiologia das Perturbações do Espectro Autista (PEA)	9
Descrição e classificação das Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD): DSM IV-TR e ICD-10	10
Descrição clínica das Perturbações de Espectro Autista (PEA)	11
O Diagnóstico precoce nas Perturbações de Espectro Autista (PEA)	13
Hipóteses Etiológicas para as Perturbação do Espectro Autista (PEA)	16
Vinculação e Perturbações do Espectro Autista (PEA)	20
A Família e as Perturbações do Espectro Autista (PEA)	21
Tipos de Intervenções nas Perturbações do Espectro Autista (PEA)	22
Conclusão	24
Referências Bibliográficas	26

ARTIGO EMPÍRICO REPRESENTAÇÕES E SENTIRES DOS TÉCNICOS FACE À PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO AUTISTA E A PERCEÇÃO MATERNA SOBRE O PAPEL DO TÉCNICO		30
Resumo		31
Abstract		32
Introdução		33
Método		36
Participantes		36
Instrumento		36
Procedimento		37
Análise dos dados		37
Resultados		38
Discussão		45
Referências Bibliográficas		49
ANEXOS		51
ANEXO A: MÉTODO “GROUNDED THEORY		52
ANEXO B: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO RECOLHA DE DADOS		56
ANEXO C: CARTA CONSENTIMENTO INFORMADO		59
ANEXO D: NOTAS DE ENTREVISTA N.º1		62
ANEXO E: NOTAS DE ENTREVISTA N.º2		76
ANEXO F: NOTAS DE ENTREVISTA N.º3		85

ANEXO G: NOTAS DE ENTREVISTA N.º4	94
ANEXO H: NOTAS DE ENTREVISTA N.º5	104
ANEXO I: LISTA DE CÓDIGOS/CATEGORIAS	117
ANEXO J: LISTA DE MEMORANDOS	126

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. ESQUEMA DAS CATEGORIAS REPRESENTATIVAS DA PERCEPÇÃO E REPRESENTAÇÃO DOS TÉCNICOS FACE À PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO AUSTISTA	43
FIGURA 2. ESQUEMA DAS CATEGORIAS REPRESENTATIVAS DA PERCEPÇÃO E REPRESENTAÇÃO DOS PAIS FACE AOS TÉCNICOS	44

REVISÃO DE LITERATURA  
UMA VIAGEM PELA PERTURBAÇÃO DO ESPECTO AUTISTA

## Resumo

O objectivo deste trabalho é fazer uma revisão de literatura sobre as perturbações do espectro autista, procurando incidir nas percepções e representações que os técnicos têm acerca da mesma. A pesquisa foi efectuada com recurso às bases de dados Psycinfo, Psycarticles, Fuente Académica e Library, Information Science & Technology Abstracts e também utilizando o motor de pesquisa Google, assim como livros sobre o tema. Concluimos que as investigações realizadas sobre as perturbações do espectro autista, privilegiam áreas de interesse como a epidemiologia, a etiologia, a intervenção e o impacto da perturbação na família, através sobretudo da compreensão do comportamento parental centrado na mãe. Entendemos por isso existir uma lacuna nas investigações efectuadas, ao não ser contemplado no processo compreensivo da perturbação do espectro autista a visão dos técnicos, que diariamente intervêm no acompanhamento à criança e à família; bem como, entendemos vir a constituir uma vantagem a realização de estudos que se centrem no papel do pai na dinâmica familiar, onde esteja inserida uma criança com perturbação do espectro autista.

Palavras Chave: Autismo, perturbação do espectro autista, diagnóstico, intervenção precoce, técnico, profissional.

## Abstract

The aim of this paper is to conduct a review of the literature on autism spectrum disorders, attempting to fall up into the perceptions and representations that graduated professionals on the area have about the same. The research was carried out using the following databases: PsycINFO, PsycARTICLES, Academic Fuente Library, Information Science & Technology Abstracts; and also using the Google search engine as well as books on the subject. We have come to the conclusion that the investigations carried out on the autistic spectrum disorders emphasize the areas of interest such as epidemiology, etiology, intervention and impact of disruption in the family, especially through the understanding of parental behavior centered on the mother. Effectively, we understand there is an omission in research carried out, by not being included, in the comprehensive process of autistic spectrum disorder, the vision of the technicians involved in the daily monitoring of child and his families; we also understand that will be an advantage, studies that will focus on the role of fathers in family dynamics, in which it is inserted a child with autistic spectrum disorder.

Key Words: Autism, autistic spectrum disorder, diagnostic, early intervention, technicians, professionals.

## Introdução

As perturbações do espectro autista têm sido uma temática amplamente estudada no domínio científico. Desde que foi descrito em 1943, por Leo Kanner, que a investigação científica tem procurado aprofundar o conhecimento sobre este fenómeno. Ao longo de toda a investigação realizada muito se teorizou sobre as perturbações do espectro autista, desde a sua etiologia até à procura de meios de intervenção eficazes que permitissem minimizar os efeitos desta perturbação a médio e longo prazo. Contudo, vários factores parecem contribuir para que este continue a ser um fenómeno, apesar de muito estudado, pouco conhecido: uma etiologia diversificada, um fenótipo diversificado, escassez de meios de despiste e diagnóstico fidedignos e a existência de várias co-morbilidades associadas que dificultam o diagnóstico, com vista a uma intervenção que se quer precoce e eficaz (Ozonoff & Rogers, 2003). Apesar destas limitações, existem dados que apontam para um aumento da prevalência deste fenómeno (Fombonne, 2009; Oliveira 2007), apesar de não existirem dados do aumento da sua incidência. A literatura refere que a idade a partir da qual é possível efectuar um diagnóstico de autismo, se situa entre os 18 meses e os 3 anos de idade, no entanto existem evidências de que desde os 3 meses já é possível identificar indicadores de alerta (Marcelli, 2005; Corsello, 2005). Então, multiplicam-se os estudos sobre o autismo na infância na esperança que um aumento no conhecimento permita no futuro, poder prever esta perturbação do desenvolvimento.

A sociedade de hoje parece estar mais atenta a evidências que sugiram perturbações de desenvolvimento na idade infantil. Esta preocupação vai-se intensificando à medida que a criança se aproxima da entrada na escolaridade obrigatória, pois existe um pedido social muito acentuado para que se identifique e diagnostique atempadamente perturbações relacionadas com dificuldades de aprendizagem e deficiências. O diagnóstico assume assim uma importância crucial no acesso das crianças sinalizadas a apoios e intervenções educativas especializadas. Os técnicos que intervêm directamente na primeira infância,

como médicos de família, enfermeiros, educadores de infância entre outros são elementos chave de todo o processo de identificação e acompanhamento de crianças com perturbação do espectro autista.

O nosso objectivo é efectuar uma revisão da literatura das perturbações do espectro autista colocando o enfoque nas investigações efectuadas sobre as percepções e representações que os técnicos com intervenção directa na primeira infância têm acerca desta temática. A pesquisa foi efectuada com recurso às bases de dados da EBSCO: PsycINFO, PsycARTICLES, Fuente Académica e Library, Information Science & Technology Abstracts e também utilizando o motor de pesquisa GOOGLE, assim como livros sobre o tema. Num primeiro momento pesquisamos o fenómeno em si, utilizando apenas a palavra autismo. Posteriormente cruzamos a palavra *autism\** com *practionners*, *professionals*, *obstetric*, *physician*, *nurs\**, *parent and mother and father*, *infanc\**, *develop\**, *diagnosis* e *screening*. Os artigos seleccionados foram publicados do período de 2005 a 2010 inclusivé.

### **Breve contextualização histórica do autismo**

O termo autismo surge no início do século XX, em 1911 na literatura psiquiátrica por Eugen Bleurer, psiquiatra suíço, que utiliza o termo para descrever uma das principais características da esquizofrenia, doença psiquiátrica de estrutura psicótica. Por autismo, Bleurer pretendia significar “*a perda de contacto do doente com o mundo exterior, para viver exclusivamente no seu mundo interior*” (Fonseca, 1988, p. 12). Em 1943, Leo Kanner publica um artigo empírico onde descreve onze casos clínicos de psicose infantil em crianças que apresentavam sintomatologia comum entre elas, com início nos dois primeiros anos de vida e que o autor agrupou e denominou de “Distúrbios Autísticos do Contacto Afectivo”. Em 1951, o autor publica novo trabalho com o qual pretende sistematizar o quadro sintomatológico conferindo-lhe uma identidade - O Síndrome do Autismo Infantil Precoce – que se caracterizava por a) uma retirada profunda do contacto com os outros, b) um

desejo obsessivo pela imutabilidade, c) uma relação habilidosa com os objectos, d) uma fisionomia inteligente e pensativa, podendo existir e) mutismo ou f) um tipo de linguagem que não pretendia servir a comunicação interpessoal. A conjugação destes sintomas permitiria fundamentar o diagnóstico desta síndrome. Em 1956, Eisenberg e Kanner (cit. por Schreibman & Charlop-Christy, 1998) acrescentam dois sintomas que consideram essenciais para efectuar o diagnóstico desta síndrome: solidão extrema e a preocupação com a imutabilidade. Em tempo análogo Hans Asperger, psiquiatra e pediatra suíço, publica no ano de 1944 um estudo onde descreve quatro casos de “psicopatia autística na infância”, cuja sintomatologia consistia num modelo de pensamento criativo dotado de uma auto-avaliação objectiva, com boas competências ao nível da matemática e das ciências, com uma fraca competência no domínio das relações sociais e emocionais (Wolff, 2004). Contudo, este trabalho só viria a ganhar notoriedade na década de 80 após a sua divulgação por Lorna Wing. Wolff (2004) retrata a evolução histórica do conceito do autismo, salientando as principais contribuições teóricas que determinaram a mudança epistemológica desta perturbação, como sejam, a distinção entre esquizofrenia e autismo por Kolvin; a consistente base genética do autismo comprovada pelos estudos efectuados com gémeos por M. Rutter; a associação do autismo a doenças de origem neurológica por Stella Chess; os estudos sobre as características psicológicas das crianças com autismo desenvolvidos por Beate Hermelin e Neil O'Connor e que permitiram que Uta Frith e Francesca Happé estudassem o défice psicológico no autismo através de imagens cerebrais colocando em hipótese a sua base neurológica; os estudos epidemiológicos de Lorna Wing acerca desta perturbação que salientam a noção de espectro, em que o autismo de Kanner seria a expressão mais grave desta perturbação e o síndrome de Asperger, um autismo de alto funcionamento. Acerca desta perturbação, Wing (1976, cit. in Sousa & Santos, 2005) descreve défices em três áreas específicas: a imaginação, a socialização e a comunicação, sendo que os critérios para o diagnóstico teriam que incluir alterações nestas três áreas do

desenvolvimento, estes invariantes ficaram conhecidos como a “tríade de Wing”. Das referências apresentadas acerca da evolução do conceito pode constatar-se que transversalmente à evolução da perturbação autista, assistiu-se a uma mudança de paradigma para a compreensão do funcionamento psicológico que inicialmente era efectuada pelo modelo psicanalítico e a partir da década de 60, com o aparecimento da psicologia cognitiva e com avanços tecnológicos na área da medicina, nomeadamente na neurologia e na genética, a perturbação autista passou a ser entendida como uma Perturbação Global do Desenvolvimento. De acordo com Marcelli (2005), esta nova denominação pretendeu desligar, as até então denominadas psicoses infantis do conceito de psicose e conferir-lhes um rigor semiológico, ou seja, esta nova definição coloca o enfoque na etiologia orgânica da perturbação e anula a ideia inicial de que esta seria uma perturbação psicogenética.

### **Epidemiologia das Perturbações do Espectro Autista (PEA)**

Os mais recentes dados da epidemiologia das PEA são descritos por Fombonne (2009), donde se salienta que esta perturbação afecta mais sujeitos do sexo masculino do que do sexo feminino, num rácio de 4.2:1. A prevalência da perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação é de 37.1/10000, o síndrome de Asperger apresenta uma prevalência de 6/10000 e a perturbação desintegrativa da segunda infância 2/100000. A prevalência da perturbação autística na população é de 20.6/10000, tendo se verificado um aumento desta perturbação nos últimos 15 a 20 anos. Contudo, este autor refere que o aumento da prevalência nas perturbações do espectro autista não deve ser entendido com uma resultante linear de um aumento da incidência desta perturbação, mas sim como consequência de um conjunto de variáveis conforme sejam mudanças nos conceitos e critérios de diagnóstico, substituição de diagnóstico, mudança nas políticas para a educação especial e a crescente disponibilidade dos serviços (Fombonne, 2005, 2003).

Em Portugal, estima-se que a prevalência da perturbação de espectro autista seja de 9.2/10000, verificando-se que a zona centro do país e Lisboa e Vale do Tejo apresentam um rácio superior com valores de 12.5 e 12.3/10000 respectivamente, sendo que no Alentejo (7/10000), Norte (6/10000) e Algarve (2.4/10000) a prevalência registada é menor. Nos açores a prevalência alcançada foi de 15.6/10000. Quando à distribuição da perturbação de acordo com o género, verificou-se que esta afecta por cada 2,9 sujeitos do sexo masculino, 1 sujeito do sexo feminino (Oliveira, 2007).

### **Descrição e classificação das Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD):**

#### **DSM IV-TR e ICD-10**

Gueniche (2005) refere que a partir do DSM-III a American Psychiatric Association (APA) altera o quadro nosográfico do autismo, até então considerado como uma forma particular de psicose, e integra-o nas perturbações invasoras do desenvolvimento. Em 1994, o DSM-IV vem realçar o facto dos sintomas autistas surgirem antes dos 3 anos de idade, descrevendo-os e colocando em destaque as alterações qualitativas observadas nas interacções sociais e da comunicação e o carácter restritivo, repetitivo e estereotipado dos comportamentos, interesses e actividades.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR, 2006), por PGD entendem-se as perturbações que se caracterizam por um défice grave e global em várias áreas do desenvolvimento: competências sociais, competências de comunicação ou pela presença de comportamentos, interesses e actividades estereotipados. Este manual salienta que os défices qualitativos que determinam estas perturbações revelam um desajustamento face ao nível de desenvolvimento ou sujeito e da sua idade mental. Nesta categoria nosográfica estão incluídas a Perturbação autística, a Perturbação de Rett, a Perturbação desintegrativa da segunda infância, a Perturbação de Asperger e a Perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação (incluindo o autismo atípico).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (ICD-10) as PDG são descritas como um grupo de alterações qualitativas das interacções sociais recíprocas e modalidades de comunicação, e por um repertório de interesses e actividades restrito, estereotipado e repetitivo, sendo que estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do desenvolvimento do sujeito, em todas as ocasiões. Sob esta designação estão descritos o Autismo infantil, o autismo atípico, o Síndrome de Rett, outra perturbação desintegrativa da infância, hiperactividade associada a um atraso mental e a movimentos estereotipados, Síndrome de Asperger, outras perturbações globais do desenvolvimento e perturbações globais do desenvolvimento: sem precisão.

A American Psychiatric Association (APA) divulgou em 2010, a proposta para o DSM-V, onde a síndrome de Asperger deixa de se constituir como uma entidade diagnóstica diferenciada e passa a integrar a entidade do autismo.

### **Descrição clínica das Perturbações de Espectro Autista (PEA)**

Apresentaremos neste trabalho, a descrição clínica da síndrome autística típica, uma vez que entendemos que as características autistas são comuns às várias perturbações do espectro, variando apenas em grau.

De acordo Marcelli (2005) esta síndrome torna-se perceptível por volta dos 2 ou 3 anos de idade, observando-se perturbações de contacto, perturbações da comunicação e da linguagem, reacções estranhas e restrições de interesses, modulação sensorial e motricidade e funções cognitivas. Nas perturbações do contacto, o autor refere alterações nas interacções sociais que conduzem ao isolamento (recusa ou fuga ao contacto ocular, ausência de expressão facial e de troca de mímica), sendo que a criança não procura entrar em interacção com o outro (não fixa o olhar, não imita, não dá atenção, não partilha interesses, não aponta) encarando o outro como parte de si. O olhar da criança autista parece vazio, ausente, distante. As perturbações da comunicação e da linguagem dizem

respeito a um atraso na aquisição da linguagem oral e na ausência de qualquer tentativa de comunicação gestual ou mímica. Quando existe linguagem oral, ela apresenta algumas particularidades como é a existência de uma “*ecolalia imediata ou retardada, uma prosódia monótona particular, diminuída, factícia, uma inversão pronominal*” (Marcelli, 2005, p. 329), uma sintaxe desinvestida, sem expressar emoções excepto quando estas reflectem uma angústia. No que concerne à compreensão, esta é frequentemente restringida a ordens simples e a palavras concretas. As reacções estranhas têm sobretudo a ver com reacções de angústia, de agressividade ou cólera resultantes de alterações no ambiente ou de surpresa. Estas reacções podem também ser resposta a uma frustração, a uma proibição ou a uma tentativa do adulto de entrar em contacto com a criança autista. Os hábitos ou rituais que caracterizam a vida diária destas crianças reflectem um quadro imutável e robotizado no qual os outros parecem não encontrar significados. Os interesses são restritos e estereotipados, pertencentes ao domínio motor ou a um objecto estranho; quando se referem ao domínio motor são usualmente movimentos repetitivos e estereotipados como o bater ou torcer das mãos; quando dizem respeito a um objecto estranho, este é normalmente um objecto duro (pedra ou arame), ou é um objecto que é utilizado para um propósito diferente do habitual; é ainda característica desta perturbação um interesse por uma pequena particularidade dos objectos como seja o odor com comportamento de farejamento. Está pouco presente o jogo simbólico, o jogo de imitação ou qualquer outro que origine situações sociais rotineiras. A modulação sensorial refere-se a uma reacção desajustada face a um estímulo sensorial, como por exemplo bater palmas, fazer girar um objecto, balançar-se, entre outras. Por outro lado os ruídos sociais parecem ser ignorados por estas crianças, ao passo que um ruído particular pode atrair a atenção destas crianças, como o barulho de um aspirador ou o amachucar de um papel. Este autor refere ainda existir alguma estranheza referente as domínios gustativo e visual, onde surgem interesses por gostos raros ou uma atracção por uma cor, forma ou reflexo. Ao nível da motricidade

esta apresenta-se normalmente afectada, podendo a criança mostrar-se inerte ou extremamente irrequieta e agitada, com posições e regulações motoras estranhas, frequentemente sentidas como mecanizadas. A criança autista apresenta frequentemente um desempenho intelectual baixo, com perfis heterogéneos onde as funções visuo-espaciais e de memorização obtêm melhores resultados que no raciocínio e no tratamento da informação. De acordo com este autor a criança autista apresenta habitualmente um melhor desempenho nas provas não verbais, embora ressalve a grande heterogeneidade intra-escalar.

A síndrome de Asperger é, segundo Marcelli (2005), uma síndrome autística representada pela ausência de atraso e de deficiência da linguagem e do desenvolvimento cognitivo. Nestas crianças, o desempenho intelectual é normal ou superior, sendo no domínio social e interactivo que surgem as maiores dificuldades. Quando a evolução da síndrome é pautada pela persistência das perturbações pode verificar-se episódios psicóticos na adolescência.

### **O Diagnóstico precoce nas Perturbações de Espectro Autista (PEA)**

É actualmente consensual que as perturbações de espectro autista devem ser diagnosticadas o mais cedo possível em termos do desenvolvimento da criança (Hoffman, 2009; Oliveira, 2009; Crane & Winsler, 2008; Zwaigenbaum et. al, 2007). É por volta dos 2-3 anos que a perturbação do espectro autista pode ser facilmente identificada (Ozonoff & Rogers, 2003; Marcelli, 2005; Crane & Winsler, 2008, Oliveira, 2009) pois a criança começa a manifestar anomalias no desenvolvimento nos 2 primeiros anos de vida, podendo ocorrer regressões entre os 12 e os 24 meses, quando se verifica um desenvolvimento supostamente normal, nas capacidades sociais e de comunicação (Ozonoff & Rogers, 2003). Contudo, Marcelli (2005) descreve vários sinais precoces indicadores desta perturbação de acordo com a idade do bebé/criança. Assim, nos primeiros 6 meses de vida

podem existir distorções precoces de interacção (bebé que não chora); hipotonia ou ausência de diálogo tónico a partir dos 2-3 meses, sem tónus ou gesto de antecipação; hipertonia; desvio frequente do olhar; estrabismo; perturbações de sono; perturbações da alimentação; ausência do sorriso voluntário a partir do 3º mês. No 2º semestre de vida não existe diálogo tónico (braços estendidos quando se pega no bebé); ausência de mímica (sobretudo no acolhimento ao acordar); criança hipo ou hipertónica parecendo recusar o contacto; início das actividades estereotipadas que se acentuam à aproximação do adulto; o evitamento do olhar pode tornar-se activo, intenso; ausência de mímica, de galreio e de vocalizo que conferem a esta criança um estilo relacional mecânico. Não se verifica reacção perante o estranho e as separações ou reencontros causam aparente indiferença. No 2º ano de vida o quadro clínico é caracterizado pela ausência dos precursores da linguagem, como a ausência do apontar protodeclarativo, ainda que o apontar proto-imperativo esteja presente. A ausência ou recusa da atenção partilhada torna-se premente nesta idade. As perturbações funcionais podem persistir e acentua-se o interesse exclusivo por objectos estranhos. Apesar de estes indicadores estarem descritos na literatura, os diagnósticos continuam a serem efectuados meses ou anos mais tarde, por vezes apenas quando a criança entra na escola (Ozonoff & Rogers, 2003). Para Baranek (1999 cit in Crane & Winsler, 2008) existem dois factores que justificam a dificuldade de efectuar um diagnóstico em idade precoce. O primeiro prende-se com o conhecimento limitado que os técnicos têm acerca do desenvolvimento social da criança sem perturbação e da criança com perturbação autista. O segundo factor aponta para uma utilização inapropriada de meios de diagnóstico dirigidos a crianças mais velhas por parte dos clínicos, como o DSM-IV, deixando-os hesitantes em atribuir o diagnóstico a crianças mais novas. Este autor sugere que se difunda por outros técnicos e organizações critérios de diagnóstico adequados ao desenvolvimento da criança. Ozonoff e Rogers (2003) referem ser necessário

os clínicos estarem atentos para os sintomas precoces de modo a poderem actuar de forma célere.

Existem vários instrumentos para avaliar ou despistar as perturbações do espectro autista. Goodlin-Jones e Solomon (2003) nomeiam vários destes instrumentos, O *Autism Diagnostic Interview – Revised* (ADI-R; Lorde et al., 1994); a *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (ADOS-G; Lord et al., 2000), sendo estes instrumentos de avaliação normalizados. Estes autores referem que o facto de ser de suma importância a intervenção precoce neste grupo de crianças, permitiu que se desenvolvessem instrumentos normalizados de despiste indicados para a primeira e segunda infância, como sendo o *Screening Tool for Autism in Two-Year-Old* (STAT; Stone e tal., 2000), o *Pervasive Development Disorders Screening Test* (PDDST; Siegel, 1998), a *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT; Baron-Cohen et al., 1992, 1996) e a *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT; Robins et al., 2001). Este último é o instrumento recomendado para ser aplicado no contexto de despiste e avaliação nos cuidados de saúde primários por ser de fácil aplicação, uma vez que é um questionário de 23 questões dirigidas aos pais, de resposta dicotómica sim/não, não necessitando de preparação prévia (Oliveira, 2009).

Em Portugal, Oliveira (2009) salienta que os médicos dos cuidados primários de saúde devem utilizar a *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT; Robins et al., 2001) como forma de rastrear a perturbação. Esta autora sugere que este instrumento seja aplicado após efectuada uma primeira avaliação que deve seguir os passos seguintes: 1. Ouvir as preocupações dos pais acerca do desenvolvimento e comportamento da criança; 2. acolher a história clínica e de desenvolvimento; 3. observar cuidadosamente a criança neste contexto; 4. Identificar factores de risco ou de protecção e proceder ao registo sucessivo dos dados. São considerados factores de risco para o autismo os seguintes: a) ter irmão (s) com autismo; b) os pais estarem preocupados; c) outras pessoas que convivem com a criança estarem preocupadas; e por último d) o médico ficar preocupado. Estes

factores deverão ser cotados, sendo que cada alínea valerá um ponto, ausência total de risco dará um resultado de 0 pontos e o risco máximo terá um valor de 4 pontos. Os resultados devem sempre ser analisados em função da idade da criança. Deste modo, uma criança com idade inferior a 18 meses que obtenha uma avaliação de 1 ponto deverá ser aplicado o teste de rastreio, e se necessário (teste positivo) ser encaminhada para consulta de especialidade, se o resultado for negativo deverá ser efectuada uma reavaliação passado um mês. Se a criança tiver dois ou mais factores de risco identificados deverá ser prontamente encaminhada para avaliação especializada. Contudo, deverá ser sempre valorizada a observação da criança em idades inferiores a um ano, uma vez que não existem instrumentos adequados a esta faixa etária.

### **Hipóteses Etiológicas para as Perturbação do Espectro Autista (PEA)**

O autismo é uma perturbação com um quadro sintomatológico bem definido, contudo é ainda desconhecido qual ou quais as causas que estão na origem desta perturbação. Acredita-se actualmente numa abordagem multifactorial, que não exclui nenhuma das hipóteses, optando pela convergência das mesmas com vista a um único tratamento (Gueniche, 2005).

A abordagem genética do autismo procurou uma causa biológica para esta perturbação. A hipótese de que seria um agente infeccioso que estava na sua origem não foi demonstrada, embora se verificasse que as complicações pré e perinatais eram duplamente salientadas nas crianças autistas, contudo não se conseguiu definir um factor específico (Mazet & Lebovici, 1990, cit in Gueniche, 2005). A hipótese genética coloca a questão de serem as anomalias cromossómicas as responsáveis pelo aparecimento do autismo, contudo nenhum gene foi ainda identificado como sendo o determinante (Gueniche, 2005). Hansen e Hagerman (2003) destacam várias perturbações genéticas que se pensa estarem relacionadas com o autismo, como sejam as duplicações no cromossoma 15q, a síndrome

do X frágil e a esclerose tuberosa. Assumpção Jr. e Kuczynsky (2007) no seu estudo fazem um levantamento das principais anomalias cromossómicas e síndromes relacionados com o autismo, porém é importante sublinhar que “*o autismo já foi associado a anormalidades de, praticamente, todos os cromossomas*” (Folstein, Rosen-Sheidley, 2001; Carvalheira & col., 2004, p.19) e a etiologia do autismo ainda é desconhecida.

As hipóteses psicogenéticas do autismo não elucidando sobre a sua génese trazem um franco contributo para o entendimento dos sintomas descritos. Na abordagem psicodinâmica, vários são os autores que se debruçaram sobre a compreensão desta perturbação, salientamos aqui os principais. Para Mahler, citada por Bursztejn e Houzel (2004), o bebé atravessa uma fase autística normal; a patologia autística é a expressão de uma fixação ou regressão a esta fase; a impossibilidade de ultrapassar a fase seguinte, dita simbólica, para se entrar num processo de separação-indivuação, estaria na origem dessa regressão. De acordo com os mesmos autores, Winnicott defende o autismo e as psicoses como estados de não integração do *Self*, que se ficariam a dever a uma falha das relações do bebé com o seu ambiente humano, que tem a tarefa de garantir a unidade do *Self*, adaptando-se às necessidades do bebé, sendo que na sua falta a criança está confrontada com angústias que não consegue elaborar; é a estas angústias que os mecanismos autísticos e psicóticos tendem a opor-se. Bettelheim (Bursztejn & Houzel, 2004) refere o facto de o bebé ser activo no estabelecimento da relação com a sua mãe – **mutualidade**; seria uma falha desta mutualidade que estaria na origem do autismo, tendo a criança o sentimento de que qualquer tentativa da sua parte para encontrar a sua mãe só pode levar a um fracasso e a um agravamento da situação que ele qualifica de extrema; em tal situação a criança desinveste no mundo exterior para se fechar num mundo interior que se empobreceria, na falta de comunicação com o exterior. Lebovici e Diatkine definem as psicoses infantis e o autismo através da evolução libidinal e do desenvolvimento da relação de objecto: seria uma tentativa de adaptação à persistência de modos arcaicos de investimento libidinal e de

relação objectal, que não puderam evoluir e integrar-se num funcionamento mental mais genitalizado, por falta de transacções adequadas com os objectos externos (Bursztein & Houzel, 2004). Tustin e Meltzer, citados por Boubli (2001) defendem a ideia de que o autismo é um estado centrado no corpo onde predomina a sensorialidade do núcleo do Eu, não sendo esta utilizada para a exploração do ambiente de uma forma ajustada. Meltzer refere alguns factores que estarão presentes em bebés com predisposição para a perturbação autista, como um elevado nível de oralidade, grande sensualidade primitiva, possessividade sem limites do objecto materno, constituição tenra, pouco sádico e permeabilidade primitiva às emoções dos outros. Todos estes factores contribuem para que ocorram experiências depressivas intensas e muito precoces. Este autor descreve o desmantelamento como sendo um processo defensivo específico da perturbação do espectro autista, em que existiria um ensimesmamento pleno da sensorialidade não sendo possível introjectar objectos integrados. Ora, esta impossibilidade daria origem à unidimensionalidade com exclusão da reactividade a emoções dificultando o interesse pelos objectos. Tustin, aos processos defensivos extremos presentes no autismo dá o nome de encapsulamento, querendo com esta denominação sublinhar o seu carácter protector contra o sentimento de terror que vivenciam (Boubli, 2001).

As hipóteses cognitivas defendem a ideia de que a causa do autismo diz respeito a um défice, inato e biologicamente determinado, caracterizado pela incapacidade da criança autista em atribuir um sentido à sua percepção. Esta incapacidade resultaria numa percepção do meio fragmentada e por isso sem coerência global (Boubli, 2001). Bursztein e Houzel (2004) referem que investigações recentes sublinham a importância de três teorias cognitivas que melhor explicariam o fenómeno autista: A teoria meta-representacional (Baron-Cohen e Leslie) que visa a constituição de uma teoria de espírito, ou seja, a capacidade de representar estados mentais de si mesmo e de outro (representação meta-cognitiva). A falta inata da teoria de espírito seria característica do autismo infantil, e as

manifestações clínicas traduziriam as maiores dificuldades em compreender o mundo exterior e a comunicar, consequências deste défice cognitivo; A teoria da falha de imitação, apresentada por Rogers e Pennington, seria uma falha congénita da imitação neonatal que levaria à sua incapacidade de construir uma teoria de espírito e a teoria emocional, defendida por Hobson, que admitindo a falta de uma teoria de espírito nos autistas, atribui essa falta a uma incapacidade de descodificar as emoções do outro e de exprimir as suas próprias emoções. Seria este défice emocional que seria inato. Apesar de Bursztejn e Houzel (2004) incluírem esta teoria nas hipóteses cognitivas, Araújo (2007) apresenta-a como sendo uma teoria afectiva e por isso próxima das teorias psicodinâmicas. Neste sentido, Hobson (2004, citado por Araújo, 2007) defende que seria a segurança dos relacionamentos de vinculação da criança, ou seja a sua capacidade social de envolvimento com o outro, que constituiria a base para a aquisição do pensamento e da linguagem. *“Autistas são seres humanos para os quais o mútuo engajamento com alguém mais é parcial ou ausente. (...) As raízes do autismo podem vir a ser encontradas no que deixa de acontecer entre as pessoas.”* (Araújo, 2007, p. 92-93).

A tónica colocada no desenvolvimento da linguagem a partir da interacção social levanta uma nova hipótese compreensiva para o autismo, a perspectiva desenvolvimentista. Lampreia (2004) refere como principais autores desta perspectiva, Trevarthen, Hobson e Dawson, que partilham a ideia de que o autismo tem um ponto de partida biológico, contudo a análise do desvio deve fazer-se à luz do processo de desenvolvimento. Para Trevarthen e colaboradores o autismo resultaria de um distúrbio do mecanismo inato que permite às pessoas se relacionarem e defendem que a linguagem e os processos de pensamento baseados na linguagem estão afectados pelo facto das funções da atenção e da intersubjectividade estarem prejudicadas. Para este autor a ausência da atenção partilhada constitui um dos marcadores do autismo. O foco é colocado na intersubjectividade, sendo as falhas da linguagem um efeito secundário. Para Hobson (2002, citado por Lampreia,

2004) no autismo não existiria uma responsividade emocional, ou seja, uma ausência de envolvimento subjectivo. A resultante seria um empobrecimento da vida imaginativa, da capacidade de simbolização o que tiraria sentido ao uso da linguagem. Uma outra visão dentro desta perspectiva é a defendida por Dawson e colaboradores (Lampreia, 2004) que consideram inútil a discussão que pretende determinar se o autismo resulta de um prejuízo afectivo ou emocional, uma vez que, os comportamentos alterados no autismo apresentam as duas vertentes, socioemocional e cognitiva. Para Dawson o autismo surgiria em crianças que apresentam um baixo limiar de sensibilidade para estímulos novos e imprevisíveis, tornam-se os adultos hiper-estimulantes o que provocaria uma resposta evitante no bebé dificultando o envolvimento, a expressão das emoções e a coordenação interpessoal de expressão afectiva (Lampreia, 2004).

### **Vinculação e Perturbações do Espectro Autista (PEA)**

Sanini e colaboradores (2008) estudaram os comportamentos de vinculação com recurso ao protocolo da Situação Estranha em crianças autistas, por comparação com crianças com síndrome de Down e crianças com desenvolvimento normal. Os resultados alcançados sublinham que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, para a maioria dos comportamentos de vinculação. Contudo, as crianças autistas apresentavam, apenas na primeira situação, mais comportamentos de evitamento que as restantes, o que os autores justificam pelo facto de se encontrarem num ambiente estranho (laboratório). Estas crianças mostraram também uma maior interacção com a mãe do que com o estranho, o que comprova, segundo os autores, a vinculação das crianças autistas às suas mães. As conclusões apresentadas neste estudo levam-nos a questionar o tipo de vinculação estabelecida pelas crianças autistas. Neste sentido, o estudo de Rutgers e colaboradores (2007) esclarece que as crianças com perturbação do espectro autista apresentam vinculações menos seguras do que crianças com desenvolvimento normal, com

deficiência mental ou atraso de linguagem. Contudo, um estudo anterior (Rutgers, 2004, cit in Rutgers, 2007) verificou que apenas crianças autistas com deficiência mental pareciam desenvolver vinculações menos seguras do que as crianças sem perturbação clínica. Os autores atribuem esta divergência nos resultados ao facto de se terem utilizado metodologias díspares para a avaliação da vinculação segura. Rooney (2005) de uma revisão de literatura que desenvolve acerca do tema em questão, conclui que as crianças autistas apesar de apresentarem características de falta de reciprocidade emocional e de disfunções neurológicas nas áreas implicadas no desenvolvimento de relações, são crianças que conseguem vincular-se de forma segura aos seus pais. Embora, esta autora também defenda que esta vinculação ocorre mais tardiamente devido à necessidade de estarem desenvolvidas melhores competências de representação mental.

### **A Família e as Perturbações do Espectro Autista (PEA)**

*“A família é um modelo universal para o viver. Ela é a unidade de crescimento; de experiências; de sucesso e fracasso; ela é também a unidade da saúde e da doença”* (Ackerman, 1986 citado por Sprovieri, 2007, p. 210). De acordo com Krynsky (1969, citado por Sprovieri, 2007) o autismo provoca na família emoções de luto pela perda da criança saudável esperada. Sprovieri (2007) compara este sentimento de perda à perturbação aguda descrita por Parkes (1975) caracterizada por desespero extremamente forte, frequente desejo de morte, raiva, amargura persistente, sentimento de vingança e de culpa. O diagnóstico de um filho com perturbação do espectro autista representa assim um momento de crise, contudo esta autora cita um estudo (Bebko, Konstantareas e Springer, 1987) que põe em evidência que existem famílias que consideram ter vivido experiências positivas na sua vida, com sentimentos de realização e enriquecimento pela oportunidade de viverem com uma pessoa autista, o que contrariou as percepções que os profissionais que acompanharam estas famílias tinham acerca das mesmas. Estes dados vieram mostrar que os profissionais que

intervêm junto de famílias com este tipo de problemática, tendem a avaliar as necessidades da família de acordo com as suas próprias percepções e representações o que pode não corresponder à realidade. Segundo Martins e Pires (2001) as famílias de crianças autistas vivem num stress constante marcado pelas dificuldades que sentem, nomeadamente a falta de ajuda e de apoio sentidos como insuficientes. Estes autores concluíram que o apoio externo é uma condição determinante para a qualidade de vida das mães, e conseqüentemente da dinâmica familiar, que é vivida com instabilidade. Assim, o apoio de profissionais, familiares, amigos e comunidade em geral tem como função suportar, minimizar e acolher as preocupações destas mães e famílias.

### **Tipos de Intervenções nas Perturbações do Espectro Autista (PEA)**

As intervenções nas perturbações no espectro autista são diversas e reflectem a multidiversidade etiológica da perturbação e a mudança de paradigma que se foi efectuando ao longo do tempo. Inicialmente, quando o autismo foi descrito por Kanner as intervenções terapêuticas que se efectuavam eram de carácter psicodinâmico (Wolff, 2004). A psicoterapia de orientação psicanalítica visa dar um sentido mínimo ao comportamento da criança, para o qual contribui o vivido pelo próprio terapeuta no decorrer da sessão. A eficácia da psicoterapia depende da aliança terapêutica com os pais estabelecida com os pais, da frequência assídua nas sessões que deverão ocorrer 4 a 5 vezes por semana, e sempre à mesma hora do dia. O quadro terapêutico deve ser estável de forma a potenciar o sentimento de segurança e promover os progressos do seu funcionamento psíquico (Bursztejn & Houzel, 2004). Estes autores descrevem o processo de cura em quatro fases: 1. Função continente da cura; 2. Elaboração da transferência infantil; 3. Neurose de transferência e por último a, 4. Fase de terminação, sendo que quando o processo terapêutico termina a criança deverá evidenciar uma minimização do sofrimento que lhe permite ter disponibilidade para a adaptação social e para a aprendizagem. É também

referido por estes autores que nem todas as crianças que beneficiam deste processo terapêutico percorrem todas as fases do mesmo, mas as que conseguem efectuar todas as fases ficam mais próximas das crianças ditas normais, embora mantenham alguma vulnerabilidade que se poderá manifestar em períodos críticos do desenvolvimento como a puberdade e a adolescência.

Com o aparecimento da multiplicidade de hipóteses explicativas para as perturbações do espectro autista novas abordagens terapêuticas foram surgindo. Contudo, para Marcelli (2005) o tratamento da criança com este tipo de perturbação deverá ter como objectivos principais, independentemente das estratégias terapêuticas utilizadas, 1. O fazer emergir o indivíduo enquanto pessoa e 2. Dar ao indivíduo meios para empreender uma verdadeira comunicação tanto consigo próprio como com o outro. Parece ser consensual hoje em dia que os tratamentos mais utilizados se baseiam em abordagens psicoeducativas (Oliveira, 2009; Corsello, 2005). Estas abordagens partem do princípio de que o autismo se define por sintomas do comportamento (Ozonoff & Rogers, 2003). Das abordagens psicoeducativas as mais usadas no tratamento das perturbações do espectro autista são a *Applied Behavior Analysis* (ABA; Lovaas) o *Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children* (TEACCH; Schofler) e o *Developmental Individual-Difference, Relationship-Based-floor-time* (DIR; Greenspan). De acordo com a Sociedade de Autismo Americana (*Autism Society of America*) o ABA tem como objectivo ensinar a criança *como aprender* focando-se no desenvolvimento das competências de imitação, linguagem receptiva/expressiva, pré-curriculares e de auto-ajuda. É implementada através do modelo ABC, ou seja, toda a tentativa ou tarefa conseguida dão à criança antecedentes (uma direcção ou pedido) para a concretização de um comportamento (a resposta) e uma consequência (reacção do terapeuta em termos de reforço). O modelo TEACCH pretende promover estratégias que suportem a pessoa ao longo da vida, fomentando a autonomia a todos os níveis de funcionamento, podendo ser adaptado a necessidades individuais. Este

programa baseia-se na organização, estruturação e modificação do ambiente e das actividades; premeia a aprendizagem através da modulação visual; utiliza contextos funcionais para a aprendizagem de conceitos; baseia-se na avaliação individual para delinear currículo de aprendizagens; serve-se do contexto e da previsibilidade para motivar a comunicação espontânea. O DIR, também conhecido por *Floor Time* pretende promover metas de interacções pessoais de modo a facilitar o desenvolvimento de competências; ajudar os profissionais a olhar para as crianças como estando funcionalmente integradas e conectadas; trabalha as competências desenvolvimentais de forma unificada e integrada. É aplicado em contexto interactivo, evidencia atrasos de desenvolvimento ao nível da modulação sensorial, do planeamento e sequenciamento motor e processo perceptivo; é realizado, normalmente, em segmentos de 20 minutos de trabalho seguidos de 20 minutos de descanso, sendo cada segmento direccionado para os atrasos nas áreas acima identificadas.

Corsello (2005) refere que é consensual entre os profissionais da área, que um tratamento para a perturbação do espectro autista deve ter em conta a intensidade, o envolvimento familiar, a focalização e a generalização. Contudo, na análise que efectua acerca da intervenção precoce no autismo, conclui que existem evidências de que certas estratégias mostram-se eficazes no ensino de determinadas competências, no entanto não parece existir provas de que um programa seja melhor do que outro. De acordo com Marcelli (2005), em qualquer tratamento ou pedagogia efectuada, o que deve ser realmente valorizado é a qualidade da relação estabelecida entre a criança e o terapeuta ou professor (técnico que acompanha), sendo a partir da relação estabelecida que a criança evolui.

### **Conclusão**

As perturbações do espectro autista, embora muito estudadas, continuam com uma etiologia desconhecida. Este parece ser o factor determinante e condicionante de toda a

evolução epistemológica, uma vez que parece condicionar as abordagens de avaliação e as técnicas de intervenção propostas. Neste sentido, foi possível constatar que os vários artigos de investigação produzidos visam dar a conhecer a perturbação do espectro, nas suas características epidemiológicas, hipóteses explicativas da etiologia, meios de diagnóstico e intervenção e impacto familiar. Na pesquisa bibliográfica efectuada, não encontramos nenhum estudo que se debruçasse sobre a percepção e representação que os técnicos que intervêm na primeira linha têm das crianças com este tipo de perturbação. Dos estudos referidos é possível identificar uma preocupação em elaborar recomendações que permitam ao técnico intervir adequadamente, contudo estas recomendações são baseadas em conceitos teóricos que caracterizam a própria perturbação. Os dados recolhidos acerca do aumento da sua prevalência referem que esta parece não se dever a um aumento da incidência da mesma, mas sim resultado de um conjunto de variáveis que estão indirectamente relacionadas com a intervenção do técnico que desconfia, avalia, encaminha e intervém com a criança com suspeita da perturbação do espectro autista. Neste sentido, consideramos que se deveria estudar as percepções e representações que os técnicos têm acerca deste tipo de perturbação de forma a compreender as suas necessidades e dificuldades no acompanhamento da criança e sua família, como também a perceber como se constitui a rede de apoio social de uma criança com perturbação do espectro autista. Um outro dado relevante encontrado diz respeito ao aspecto familiar, em que é evidente um grande investimento da comunidade científica em compreender a comportamento parental centrado na mãe, não se encontrando referências acerca do papel parental do pai, e que contribuiria para um conhecimento mais abrangente da dinâmica familiar.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4th ed. texto revisto) - DSM IV-TR. Lisboa: Climepsi. [Tradução do original em inglês Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th ed. text revision)].
- American Psychiatric Association (2010). *Proposed Revision DSM V*. Consultado em 30 de Novembro de 2010 através de <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=97>
- Assumpção Júnior, F. B., & Kuczynski, E. (2007). Autismo: conceito e diagnóstico. In F. B. A. Júnior, & E. Kuczynski (Eds.), *Autismo infantil: Novas tendências e perspectivas* (pp1-15). São Paulo: Atheneu.
- Autism Society of America. *Autism treatments: current interventions in autism – a brief analysis*. Obtido a 26 de Novembro de 2010 através de: <http://www.wrightslaw.com/info/autism.methods.compare.pdf>
- Boublil, M. (2001). *Psicopatologia da criança*. Lisboa: climepsi.
- Bursztejn, C. & Houzel, D. (2004). Autismo infantil. In D. Houzel, M. Emmanuelli, & F. Moggio (Eds.), *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente* (pp.110-116). Lisboa: Climepsi.
- Corsello, C. (2005). Early intervention in autism. *Infants & Young Children*, 18(2), 74-85.
- Crane, J., & Winsler, A. (2008). Early autism detection: implication for pediatric practice and public policy. *Journal of Disability Policy Studies*, 18(4), 245-253.
- Fombonne, E. (2003). *Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update*. In APPA (Eds.) *Livro de Actas: Proceedings* (pp. 37-55). Lisboa: APPA.
- Fombonne, E. (2005). The changing epidemiology of autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 281-294.

- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591-598.
- Fonseca, A. F. (1988). *Psiquiatria e psicopatologia* (2 Vols). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Googlin-Jones, B., & Solomon, M. (2003). Contributos da psicologia. In S. Ozonoff, S. J. Rogers, & R. L. Hendren (Eds.), *Perturbações do espectro do autismo: Perspectivas da investigação actual* (pp. 77-108). Lisboa: Climepsi.
- Gueniche, K. (2005). *Psicopatologia descritiva e interpretativa da criança*. Lisboa: climepsi.
- Houaiss, A., Villar, M. A., Franco, F. M. M., Almeida, J. A. A., & Casteleiro, J. M. (2003). *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*, Vols. 1, 3. Lisboa: Temas e Debates.
- Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. Consultado em 12 de Julho de 2010 através de [http://www.neurodiversity.com/library\\_kanner\\_1943.html](http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1943.html)
- Kanner, L. (1951). *The conception of wholes and parts in early infantile autism*. Consultado em 12 de Julho de 2010 através de [http://www.neurodiversity.com/library\\_kanner\\_1951.pdf](http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1951.pdf)
- Lampreia, C. (2004). Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17(1), 111-120.
- Leitão, P. (1976). *Enciclopédia Luso Brasileira da Cultura*. Vol.3. Verbo: Lisboa.
- Machado, J. P. (1991). *Grande Dicionário de Língua Portuguesa*. Vol.1. Círculo dos Leitores: Lisboa.
- Machado, J. P. (1993). *Dicionário onomástico etimológico da Língua Portuguesa*. Vol.1. Horizonte: Lisboa.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi.
- Martins, D., & Pires, A. (2001). Autismo infantil e comportamento maternal. In A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco*, (pp. 255-274). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, S. T., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L. et al. (2007). Epidemiology of autism Spectrum disorders in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 726-733.
- Oliveira, G. (2009). Autismo: diagnóstico e orientação: parte I – vigilância, rastreio e orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40(6), 278-287.
- Organização Mundial Saúde (1993). *Classificação Estatística Internacional de Doenças* (10ª ed.) – ICD-10, consultada em 15 de Outubro através de [http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm\\_cid/cid.php](http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/cid.php)
- Ozonoff, S., & Rogers, S. J. (2003). De Kanner ao milénio: Avanços científicos que moldaram a prática clínica. In S. Ozonoff, S. J. Rogers, & R. L. Hendren (Eds.), *Perturbações do espectro do autismo: Perspectivas da investigação actual* (pp. 25-56). Lisboa: Climepsi.
- Rooney, A. (2005). Autism and infant attachment: a literature review. Consultada em 3 de Outubro de 2010 através de [www.goucher.edu/documents/verge/papers3/rooney.pdf](http://www.goucher.edu/documents/verge/papers3/rooney.pdf)
- Rutgers, A. H., IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H. N., Daalen, E., Dietz, C. et al. (2007). Autism, attachment and parenting: a comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non clinical children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 859-870.
- Sanini, C., Ferreira, G. D., Souza, T. S. & Bosa, C. A. (2008). Comportamentos indicativos de apego em crianças com autismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 60-65.
- Schreibman, L. & Charlop-Christy, M. H. (1998). Autistic disorder. In T. Ollendick, & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (pp.157-179). (3th ed.). Nova York: Press.

Sousa, P. M. L., & Santos, I. M. S. C. (2005). Caracterização da síndrome autista. Consultado em 09 de Abril de 2010, através de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0259.pdf>

Sprovieri, M. H. S. (2007). Estresse, alexitimia e dinâmica familiar de portadores de autismo. In F. B. A. Júnior, & E. Kuczynski (Eds.), *Autismo infantil: Novas tendências e perspectivas* (pp. 207-238). São Paulo: Atheneu.

ARTIGO EMPÍRICO

REPRESENTAÇÕES E SENTIRES DOS TÉCNICOS FACE À PERTURBAÇÃO DO  
ESPECTRO AUTISTA E A PERCEÇÃO MATERNA SOBRE O PAPEL DO  
TÉCNICO

## Resumo

O objectivo do estudo é conhecer as representações que os técnicos têm acerca da Perturbação do Espectro Autista (PEA) a fim de identificar dificuldades e/ou necessidades sentidas. Um segundo objectivo visou perceber quais as representações das mães da criança com perturbação do espectro autista acerca dos técnicos. Os participantes são 2 mães, ambas com 36 anos de idade e 3 técnicos da equipa de Intervenção Precoce na Infância, com idades entre os 26 e os 48 anos. Utilizámos a entrevista semi-directiva com questões abertas, para aceder às vivências e experiências das mães e dos técnicos que conviveram e acompanharam os casos em estudo. Foram elaboradas notas de entrevista que foram transcritas e analisadas de acordo com a “*Grounded Theory*”. Os técnicos identificam na PEA, como factores dificultantes da relação a baixa resistência à frustração e a resposta agressiva, que esta desencadeia, face a alguma alteração no meio envolvente. Ao nível da intervenção são utilizadas estratégias educativas comportamentais (reforço positivo e punição), como forma de trabalhar a socialização (limites, frustração e aceitação do outro). A relação afectiva entre técnico e criança surge como determinante para uma evolução positiva. Para o técnico, a perturbação passa a ser central na dinâmica familiar o que leva a comportamentos de isolamento, pelo preconceito social percebido em situações de exposição e pela incerteza do diagnóstico. As mães identificam no técnico atitudes de desvalorização e preconceito, percebidas como incompetência profissional, levando-as a sentirem-se desamparadas e desesperadas face à identificação e resolução do problema.

Palavras Chave: Representação, Autismo, Técnico, Mães, *Grounded Theory*.

## Abstract

The aim of the study is to understand the representations that the coaches have about Autism Spectrum Disorder (PEA) in order to identify difficulties and / or felt needs. A second objective aimed to understand which representations of mothers of children with autistic spectrum disorder on the coaches. Participants are two mothers, both with 36 years of age and 3 technical team of Early Childhood Intervention, ages 26 to 48 years. We used the semi-directive interview with open questions, to access knowledge and life experiences of mothers and technicians who knew and followed the cases studied. Were prepared interview notes were transcribed and analyzed according to "*Grounded Theory*". The experts identified in the PEA, as factors of difficulty in relation to low resistance to frustration and aggressive response, which triggers this, from a change in environment. In terms of educational intervention strategies are used behavioral (positive reinforcement and punishment) as a way to work socialization (range, frustration and acceptance of others). The affective relationship between coach and child emerges as a determinant for a positive development. For the technician, the disturbance becomes central in family dynamics leading to the behaviors of isolation, prejudice, perceived social situations of exposure and the uncertainty of diagnosis. Mothers identified the technical attitudes of devaluation and prejudice, perceived as incompetence, leading them to feel helpless and hopeless in the face of the identification and resolution of the problem.

Key Words: Representations, Autism, Technicians, professionals, Mother, "*Grounded Theory*"

## Introdução

Em Portugal, estima-se que a prevalência da perturbação de espectro autista seja de 9.2/10000 (Oliveira, 2007). Estudos recentes mostram que as perturbações do espectro autista assumem uma expressão na população que varia de 60 a 70 casos por cada 10,000 indivíduos, o que torna este tipo de perturbação numa das mais frequentes perturbações neurológicas na infância (Fombonne, 2009). Contudo, este autor refere que o aumento da prevalência nas perturbações do espectro autista não deve ser entendido com uma resultante linear de um aumento da incidência desta perturbação, mas sim como consequência de um conjunto de variáveis conforme sejam mudanças nos conceitos e critérios de diagnóstico, substituição de diagnóstico, mudança nas políticas para a educação especial e a crescente disponibilidade dos serviços (Fombonne, 2005, 2003). Estes dados podem ser entendidos como colocando o foco na representação que os técnicos têm acerca deste tipo de perturbação, sendo que são eles que aplicam na prática os conceitos e os critérios de diagnóstico. A literatura refere que a idade a partir da qual é possível efectuar um diagnóstico de autismo, se situa entre os 18 meses e os 3 anos de idade, no entanto existem evidências de que desde os 3 meses já é possível identificar indicadores de alerta (Marcelli, 2005; Corsello, 2005). Oliveira (2009) alerta os médicos dos cuidados de saúde primários para a necessidade de se identificar precocemente factores de risco para a perturbação do espectro autista. A autora considera como factores de risco para a criança, ter irmão (s) com autismo, os pais estarem preocupados, outras pessoas que convivem com a criança estarem preocupadas e o médico ficar preocupado. Estes, devem ser inseridos numa avaliação mais abrangente como forma de aferir a existência ou não da perturbação.

Corsello (2005) refere que é consensual entre os profissionais da área, que um tratamento para a perturbação do espectro autista deve ter em conta a intensidade, o envolvimento familiar, a focalização e a generalização. Contudo, na análise que efectua

acerca da intervenção precoce no autismo, conclui que existem evidências de que certas estratégias mostram-se eficazes no ensino de determinadas competências, no entanto não parece existir provas de que um programa seja melhor do que outro. De acordo com Marcelli (2005), em qualquer tratamento ou pedagogia efectuada, o que deve ser realmente valorizado é a qualidade da relação estabelecida entre a criança e o terapeuta ou professor (técnico que acompanha), sendo a partir da relação estabelecida que a criança evolui. Neste sentido, assume particular relevância, perceber quais as representações que os técnicos têm acerca da Perturbação do espectro autista, de modo a conhecer as dificuldades sentidas na intervenção. O estudo de Montagner, Santiago e Souza (2007) procurou identificar as dificuldades dos profissionais na interacção com crianças autistas. Os resultados apontaram como principais dificuldades reconhecidas, a incompreensão das solicitações da criança autista e também a gestão do comportamento agressivo da criança autista, seja dirigida à própria ou a um outro. Assim, estes autores salientam a necessidade de formação específica dos profissionais como forma de colmatar as dificuldades sentidas. Vidigal e Guapo (1997) referem que a intervenção com a criança autista deve ser diversificada e adequada às necessidades e possibilidades da criança. É referido a importância que tem trabalhar, para além da criança, os técnicos e os pais que a acompanham; os técnicos (educadores de infância e professores) porque podem assumir um importante suporte para a criança e para a família; os pais porque ao serem colaboradores do processo de intervenção do filho, constituem-se como parte da solução, pois são eles quem melhor conhece a criança. É também defendido pelas autoras a integração das crianças autistas no ensino regular, contudo esta deve ser efectuada de forma cuidada para se revelar eficaz.

Segundo Martins e Pires (2001) as famílias de crianças autistas vivem num stress constante marcado pelas dificuldades que sentem, nomeadamente a falta de ajuda e de apoio sentidos como insuficientes. Estes autores concluíram que o apoio externo é uma condição determinante para a qualidade de vida das mães, e conseqüentemente da dinâmica

familiar, que é vivida com instabilidade. Assim, o apoio de profissionais, familiares, amigos e comunidade em geral tem como função suportar, minimizar e acolher as preocupações destas mães e famílias. Schmidt e Bosa (2003) efectuam uma revisão de literatura acerca do fenómeno do stress, em famílias onde um elemento tem diagnóstico de perturbação do espectro autista. A literatura evidencia como factores potencialmente stressantes para as famílias e/ou cuidadores, as características próprias do comportamento associadas à severidade da perturbação. O facto de ser uma perturbação sem um prognóstico de cura acentua o seu carácter “crónico”, desencadeando nas famílias uma convergência e interligação de factores intra e extrafamiliares que poderão confrontá-las com situações prolongadas de stress. Neste sentido, os autores sugerem que se utilize o metamodelo psicossocial de adaptação à doença crónica de Bradford (1997, citado por Schmidt & Bosa, 2003), como modelo explicativo da adaptação da família, neste caso, à perturbação do espectro autista. Pois, este modelo salienta a interacção entre factores relevantes do contexto como: a) crenças sobre saúde; b) sistemas de saúde; c) padrões de interacção familiar e d) padrões de comunicação intra e extrafamiliar. Ora, segundo os autores conjugam noções da teoria sistémica e cognitiva, o que é facilitador para a compreensão de como diversos factores se interligam na adaptação da família a situações adversas prolongadas.

Este estudo empírico tem como principal objectivo conhecer as percepções e representações que os técnicos que intervêm e acompanham crianças com perturbação do espectro autista (PEA), tem acerca da mesma. Pretende-se aferir quais as necessidades e dificuldades sentidas pelos técnicos face a uma criança com diagnóstico de PEA, assim como perceber o tipo de apoio disponibilizado à criança e à família.

Um segundo objectivo deste estudo prende-se com as representações que a família, sendo a mãe a sua representante, tem acerca do papel que os diferentes técnicos desempenham no processo de desenvolvimento e acompanhamento da criança com PEA.

## Método

### Participantes

Para a elaboração deste estudo contactamos uma equipa de Intervenção Precoce que nos referenciou dois casos com diagnóstico de Perturbação do Espectro Autista (PEA), designadamente Síndrome de Asperger (SA), e que nos facultou os respectivos contactos das mães e técnicos que intervinham directamente com as crianças. As crianças em referência são dois meninos com idades de 5 e 8 anos, que foram acompanhados por técnicos desta equipa. Os participantes são duas mães com idades de 35 e de 33, casadas e ambas com uma filha e filho mais velhos saudáveis, respectivamente, uma terapeuta da fala com 26 de idade, solteira, duas educadoras de infância, de apoio, com idades de 36 e de 47 anos, uma casada e uma solteira, sendo uma delas a coordenadora de uma equipa da Intervenção Precoce.

### Instrumento

Foi utilizado como instrumento a entrevista semi-directiva, que se iniciava com uma questão de resposta aberta, a que se seguiram questões pontuais e específicas no sentido de clarificar alguma ideia. Todo o processo da entrevista visou compreender a perturbação do espectro autista, especificamente o síndrome de Asperger, na perspectiva do técnico que diariamente acompanha crianças com esta perturbação e suas famílias. Na entrevista efectuada às mães destas crianças procurou-se construir a história de vida da criança com PEA, de forma a compreender a vivência da criança e da família face a um diagnóstico e como perceberam o papel que os diferentes técnicos intervenientes desempenharam em todo o processo.

## Procedimento

Contactou-se telefonicamente as mães e os técnicos a fim de se marcar as entrevistas. Estas realizaram-se em espaços escolhidos pelos entrevistados, casa própria, biblioteca municipal e instalações da Equipa de Intervenção Precoce.

No início da entrevista, era explicado aos participantes o objectivo e método do estudo e era-lhes pedido que lessem e assinassem a carta de consentimento informado, salientado a confidencialidade da entrevista. Era explicitado que não se iria recorrer a um guião de entrevista, mas que se partiria de uma questão inicial “Fale-me do (nome do menino) desde que engravidou?” ou “Gostaria que me falasse do (nome do menino) desde que o conheceu e o começou a acompanhar?” e que posteriormente outras questões se colocariam de modo a que as percepções e representações acerca deste tipo de perturbação pudessem emergir, assim como, as dificuldades sentidas pelas mães e pelos técnicos face a esta problemática (entrevista semi-directiva). É de salientar que o investigador manteve durante o processo de entrevista uma atitude empática e de escuta atenta, que promovesse um espaço tranquilo de partilha. As entrevistas tiveram uma duração variável, mas nunca inferior a uma hora, procedeu-se ao seu registo em formato áudio e também foram tiradas notas de forma a completar, o mais rigorosamente possível, a informação recolhida. Posteriormente, foram produzidas notas de entrevistas que foram transcritas e analisadas de acordo com o método da *Grounded Theory* (Anexo A).

## Análise dos dados

Apesar de este ser um fenómeno bastante estudado pelas mais diversas áreas científicas, não encontramos nenhum estudo que pretendesse abordar esta temática do ponto de vista dos técnicos que diariamente acompanham crianças com PEA e suas

famílias. Neste sentido, não encontramos base teórica que nos permitisse formular uma questão-problema, pelo que optamos por um método *Grounded Theory* (Glaser, 1978) que nos permitisse, a partir dos dados recolhidos, elaborar um modelo explicativo do fenómeno em estudo.

Primeiramente efectuou-se a codificação aberta a todas as notas de entrevista com o objectivo de identificar incidentes (ideias gerais) que foram anotados na margem esquerda da página, a que se atribuiu um código que consistia no seguinte: ideia identificada (número da nota de entrevista, identificação da página). Quando no decorrer da análise identificávamos ideias semelhantes atribuíamos o mesmo código e produzíamos um memorando acerca daquela ideia. Este procedimento permitiu-nos ir analisando comparativamente, de modo sistemático e interpretando os dados que iam emergindo. Posteriormente, e após listados por ordem alfabética todos os códigos e produzidos os respectivos memorandos, seleccionamos as categorias que nos parecem melhor representar a percepção que os técnicos têm acerca do fenómeno da Perturbação do Espectro Autista (PEA). Nas categorias emergentes identificadas foram integradas todas as sub-categorias que se entendeu acrescentarem conhecimento e compreensão para o fenómeno. A este procedimento dá-se o nome de codificação selectiva com vista à saturação da categoria emergente. Assim, identificamos 4 categorias emergentes, a Expressão da Perturbação; a Intervenção, a Relação e a Família.

## **Resultados**

A Expressão da Perturbação engloba os sinais comportamentais e emocionais (sub-categorias) que os técnicos identificam como características da PEA. Assim, a criança com PEA apresenta um baixo limiar de resistência à *frustração* verificado sempre que surge qualquer contrariedade, pedido ou ordem à própria. A contrariedade pode entender-se como uma acentuada *resistência à mudança*, ou seja, qualquer alteração que aconteça no

quotidiano da criança desencadeia uma descompensação da mesma face a um meio que passa a ser sentido como intrusivo. É a forma como sentem o meio envolvente, com todas as suas solicitações que determina o comportamento da criança quotidianamente. São por isso crianças para quem as rotinas assumem bastante importância porque lhes é necessário prever (*previsibilidade*) o que vai acontecer e como vai acontecer “*tem que ter regras, rotinas para ele se orientar, tem que ser contrariado porque ele tentar desafiar para fazer as coisas à sua vontade e insiste em testar os limites dos adultos*” (4,4). Deste modo, as rotinas assumem uma função tranquilizante ao promovem um sentimento de *segurança* na criança. Outra característica descrita é a necessidade da imposição de *limites*, as chamadas regras que estas crianças necessitam para uma melhor adaptação ao meio e ao outro, a denominada socialização. Daquilo que é descrito pelos técnicos, podemos entender que as crianças com perturbação do espectro autista sentem-se perdidas no meio que as rodeia, que é sentido como ameaçador e gerador de angústia e *sofrimento*. As rotinas têm como função tornar este meio previsível reduzindo-lhes os sentimentos de insegurança e desconfiança e ajudam-nas a interpretar as expectativas do outro face ao seu comportamento. Sempre que não é possível à criança prever o que se irá passar, o meio e o outro tornam-se extremamente ameaçadores desencadeando na criança uma resposta de *agressividade* extrema “*fazia muitas birras, chorava imenso, atirava-se ao chão, derrubava tudo, incluindo um armário cheio de materiais*” (4,1). Esta agressividade que se caracteriza por ser auto e hetero-dirigida, muitas vezes de forma indiscriminada, é a expressão última do imenso sofrimento da criança. Para os técnicos, este comportamento é a evidência mais valorizada de perturbação da socialização daquela criança, sendo também conotado como “mau comportamento” ou “menino mau” “*Diz-me que de todos os meninos do espectro autista que já acompanhou, o A. foi aquele que tem pior comportamento*” (3, 7). É dito que o preconceito também é visível em determinados técnicos, que através da partilha de informação constroem uma imagem desvalorizada da criança e quando relatam a outros aquele caso, promovem-lhes uma imagem preconceituosa “*todas as*

*“pessoas que falavam com ela descreviam o menino como um monstinho e que isso condicionou inicialmente a sua atitude, pois ficou com medo das reacções dele” (4,3).*

A intervenção em crianças do espectro autista é feita com base no *apoio comunitário*. Este refere-se aos recursos técnicos e materiais existentes na comunidade que procuram responder de forma satisfatória às necessidades destas crianças e da família. É referido pelos técnicos que neste tipo de perturbação, o *apoio específico* é aquele que melhor serve o interesse da criança, ou seja, é uma intervenção que é realizada em contexto educativo ou espaço tempos livres e visa trabalhar determinadas competências não adquiridas ou pouco desenvolvidas, especificamente a adaptação ao outro e ao meio social envolvente. A procura de *apoio especializado* por parte do técnico dá-se, sempre que aparecem dúvidas quanto ao diagnóstico da criança, e é necessário efectuar uma avaliação específica que permita ajustar as expectativas face ao diagnóstico. É salientado pelos técnicos o factor facilitador que a partilha de *informação* assume entre técnicos da equipa que acompanha a criança, pois permite adequar a intervenção e garantir uma *continuidade* das actividades e dos objectivos estabelecidos “*Um aspecto facilitador da intervenção referido é o trabalho de equipa, desde que exista partilha de informação e articulação com outras valências se a equipa não as tiver disponíveis*” (3,8); “*na reunião de equipa dá-se conta da evolução do caso e comenta-se alguma dúvida quanto à intervenção de modo a ter o máximo de ajuda possível*” (4,7). A *continuidade* visa promover o sentimento de segurança e de confiança na criança através da manutenção da previsibilidade também no apoio prestado. Similarmente a *colaboração dos pais* é entendida como facilitadora do processo interventivo ao mostrarem ao técnico qual a melhor forma de interagir com a criança, no delineamento de estratégias comuns. No que respeita às estratégias de intervenção podemos identificar que os técnicos utilizam maioritariamente estratégias comportamentais como o *reforço positivo* e a *punição*. Pretende-se ao utilizar estas estratégias promover o comportamento socialmente adaptado e inibir a expressão do comportamento desajustado. O reforço positivo é praticado com recurso à mediação, ou

seja, a criança recebe uma compensação gratificante sempre que se comporte de forma ajustada. Esta compensação é determinada em função dos interesses e gostos da mesma o que a torna apelativa. A punição ou castigo visa inibir a expressão do comportamento desajustado através da subtracção à criança de brinquedos, objectos ou actividades que sejam do seu interesse. Estas estratégias visam trabalhar na criança a questão dos limites, a contenção da agressividade e a relação com o outro.

A relação é apontada como a maior preocupação/dificuldade que os técnicos referem sentir ao trabalhar com a criança com PEA, sobretudo na questão da *aceitação/rejeição* da criança face à sua pessoa “*A principal dificuldade sentida em trabalhar com estes meninos declara ser o início, porque não sabe o que vai encontrar, se vai ser aceite e se vai conseguir conquistar o menino em causa*” (3,8). A aproximação à criança com PEA é sempre precedida de um período de *observação*, que serve para o técnico conhecer e compreender o seu modo de estar e de se relacionar com o meio que a rodeia. Frequentemente o trabalho do técnico, ou seja, as actividades que tem planeado desenvolver tem que ser inseridas nas áreas de interesse da criança, com prejuízo de não as conseguir realizar da forma planeada. Este aspecto é apontado pelo técnico como de *adaptação difícil*, pois altera o plano de trabalho e muitas vezes não o consegue concluir na totalidade. Nota-se da parte do técnico uma procura constante sobre a melhor maneira para cativar aquela criança e levá-la a interagir com ele. Se a criança rejeita o técnico, esse facto é sentido como um desafio à competência do próprio, sendo que, a sua aceitação pela criança com PEA, representa para o mesmo um sentimento de gratificação pessoal, que promove o estabelecer de uma *relação* que é descrita como “especial” e que se baseia na afectividade e na partilha de experiências gratificantes “*Nota-se que esta técnica nutre por este menino um sentimento muito forte e especial o que reflecte a evolução da relação que foi construindo com o A*” (4,3). São apontados como imperativos para estabelecer a relação com estas crianças a atitude disponível e empática do técnico face à criança. Verifica-se que pelo tipo de relação estabelecida, quando surge a necessidade de

terminar o apoio à criança é frequente existir no técnico uma *ansiedade de separação* que o leva a adiar a preparação do fim do apoio, e é dito que “*vai custar-me muito*” ou “*tenho que preparar-me a mim e a ele*”. Existe uma outra dificuldade que é descrita e que se prende com o tipo de expressão de sofrimento da criança. Quando o *sofrimento* é caracterizado por crises de choro, gritos e comportamentos auto-agressão, o técnico tende a sentir-se emocionalmente invadido por aquela angústia e o incómodo provocado é tal, que se sente impotente para tranquilizar a criança em questão. Nesta situação o técnico opta por contactar a família afim de a criança sair do espaço educativo e tranquilizar-se no contexto familiar. É salientado a evolução positiva que estas crianças apresentam após um período de intervenção. Esta evolução positiva refere-se, principalmente, a uma menor manifestação de comportamentos socialmente desajustados, baseados sobretudo na contenção da agressividade e num melhor reconhecimento dos limites e menor resistência à frustração.

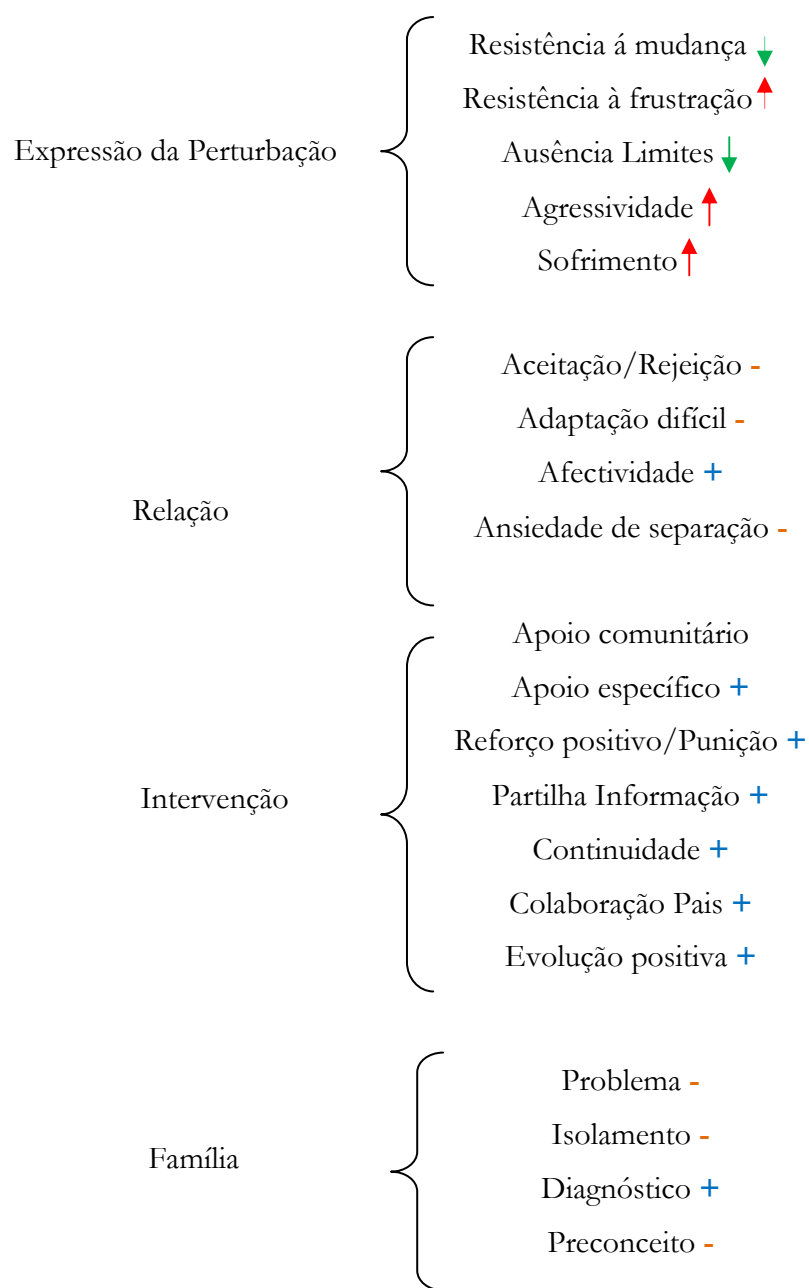
Segundo os técnicos, a Família, especificamente os pais, tende a identificar o filho com PEA como um *problema*, que não entende e para o qual não encontra soluções na comunidade. A percepção dos técnicos é que os pais acabam por *isolar-se* do meio social pelo facto de terem um filho com este tipo de perturbação que comumente não lhe é atribuído um *diagnóstico* preciso. Este facto é conotado socialmente como desinteresse dos pais pelo problema da criança, ou seja, é visto de forma preconceituosa e os pais tendem a evitar situações de exposição social. Assim, é dito que, para os pais, o diagnóstico tem uma importância fundamental do ponto de vista social, pois serve para entender a perturbação e sobretudo mostrar ao outro que se conhece o problema do filho e se está a intervir no mesmo. Deste modo, a indeterminação do diagnóstico promove nos pais sentimentos de desamparo de desespero e procura constantes de respostas. Outro factor percebido pelos técnicos respeita ao *preconceito* que os pais tendem a identificar no meio social e comunitário onde estão inseridos. Por preconceito entende-se a imagem desvalorizada que os outros parecem ter da criança com perturbação, exibindo frequentemente comportamentos de

*rejeição e desvalorização* da criança. Este é também entendido como um potenciador do isolamento parental.

Um segundo objectivo do nosso estudo era perceber como é que as mães percebem os técnicos que intervêm com o seu filho. Da análise efectuada podemos salientar a emergência das seguintes categorias: Competência; Desvalorização Diagnóstico e Preconceito.

A desvalorização com que os técnicos abordam as preocupações das mães desencadeia nestas sentimentos de *desamparo* e *desespero*. Esta abordagem é sentida como incompetente, pois é dito que existiam *evidências* de que algo não estava bem com a criança “o A. fazia muitas birras, chorava imenso, não falava e já apontava o abecedário todo, o médico desvalorizou estas suas preocupações” (1,5), sendo a perturbação da linguagem verbal o sinal mais valorizado pelas mães.

A importância da determinação do *diagnóstico* formal parece não ser consensual, pois se por lado ele é importante para conseguir mobilizar apoios e iniciar a intervenção, por outro lado, a sua determinação confronta a família com o preconceito social. Neste sentido, a entrada na escolaridade é um momento particularmente complicado para as mães uma vez que, é uma situação de *exposição social* que confronta a mãe com a comparação do seu filho com perturbação com a criança dita normal “Mas a mãe também diz que não queria pô-lo lá” (1,6). Associado a esta exposição surge o medo do *preconceito*, isto é a desvalorização da criança pelo técnico que a irá acompanhar. As mães tendem a salientar que alguns técnicos não mostram saber lidar com a criança com PEA (*competência*) referindo que as estratégias utilizadas com as crianças ditas “normais” não são adequadas à criança com PEA “as auxiliares não sabem controlar o A.” (1,10). Nestas devem-se utilizar como estratégias a punição e o reforço positivo, sendo que primeiro deve surgir a punição no sentido de determinar os limites e dá-los a conhecer à criança. Só posteriormente é possível, na opinião destas mães, desenvolver com a criança algum tipo de actividade.

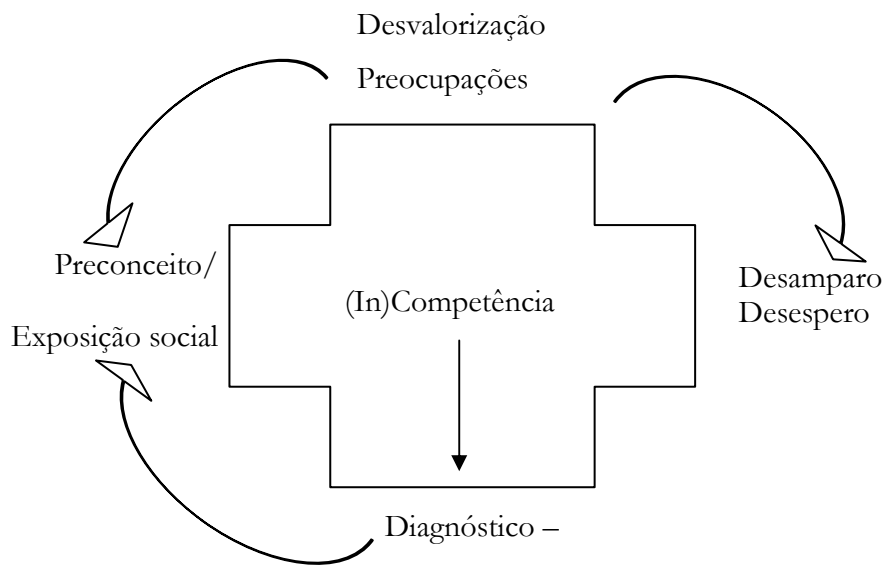


**Legenda**

↓ - Baixo / ↑ - Elevado

(+) Factor facilitador / (-) Factor dificultante

**FIGURA 1 - ESQUEMA DAS CATEGORIAS REPRESENTATIVAS DA PERCEPÇÃO E REPRESENTAÇÃO DOS TÉCNICOS FACE À PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO AUSTISTA**



**FIGURA 2 - ESQUEMA DAS CATEGORIAS REPRESENTATIVAS DA PERCEPÇÃO E REPRESENTAÇÃO DOS PAIS FACE AOS TÉCNICOS**

### **Discussão**

Os resultados mostram que os técnicos tendem a identificar características comportamentais na expressão da PEA. Destas, aquelas que maior dificuldade geram nos técnicos são a resistência à frustração, pela implicação que tem na aceitação e cumprimento das regras e a resposta agressiva descontrolada que surge, sempre que o meio envolvente tenta mobilizar a criança para a interacção, seja através do pedido expresso seja por meio de alguma mudança produzida no ambiente, o que vai de encontro ao descrito por Montagner, Santiago e Souza (2007). Estes dados confirmam a descrição clínica da perturbação efectuada por Marcelli (2005) que refere que reacções de angústia, de agressividade ou cólera são resultantes de alterações no ambiente ou de surpresa. Estas reacções podem também ser resposta a uma frustração, a uma proibição ou a uma tentativa do adulto de entrar em contacto com a criança autista. A previsibilidade é apontada como

um factor protector para a criança com PEA uma vez que lhe permite orientar-se num espaço/tempo e deste modo reduzir os sentimentos de insegurança e desconfiança que mostra sentir face a um meio sentido como ameaçador. Deste modo, as estratégias de intervenção utilizadas (reforço positivo e punição) visam promover a aceitação e a integração dos limites para deste modo diminuir a resistência à frustração, com o objectivo de uma adaptação social equilibrada. Contudo, o que parece ser realmente relevante é a qualidade da relação estabelecida entre o técnico e a criança, uma vez que a criança ao aceitar interagir com o técnico abre a porta do seu mundo num gesto de confiança, mostrando ao técnico que está disponível para iniciar com ele uma viagem pelo mundo ameaçador. É este sentimento de segurança que nos parece ser determinante para a aquisição das competências sociais que determina a evolução positiva da criança em acompanhamento. Estes resultados parecem confirmar o referido por Marcelli (2005; Vidigal & Guapo, 1997) que o que deve ser realmente valorizado é a qualidade da relação estabelecida entre a criança e o terapeuta ou professor (técnico que acompanha), sendo a partir da relação estabelecida que a criança evolui. Neste sentido, e pelo descrito pelos técnicos parece-nos que à “relação especial afectiva” que se constrói entre uma criança com PEA e um técnico pode dar-se o nome de vinculação como sinónimo de ligação afectiva.

A percepção que os técnicos têm acerca da família é que toda a dinâmica familiar fica invadida pelo problema da criança, levando-a a evitar o contacto social. São identificados pelos técnicos como factores promotores de isolamento social das famílias a incerteza do diagnóstico e o preconceito social. Apesar de Spovieri (2007) denominar de crise o momento da formulação do diagnóstico, os dados parecem indicar que o período que medeia a identificação do problema e a formulação do diagnóstico é que é realmente desencadeador de stress, angústia e isolamento. Quando o diagnóstico é conhecido, apesar de existirem sentimentos negativos face ao mesmo, parecem existir evidências de um certo relaxar das famílias, pois já lhes é possível nomear o problema e responder às solicitações

sociais formuladas. Assim, e neste tipo de perturbação o momento de crise parece ocorrer antes da formulação do diagnóstico. O preconceito social ao confrontar os pais com uma imagem desvalorizada da criança com perturbação leva-os a evitar situações de exposição social. Neste sentido, parece-nos importante salientar a relevância que poderia ter do ponto de vista da compreensão da dinâmica familiar, a aplicação do modelo psicossocial de Broadford (1997, citado por Schmidt e Bosa, 2003).

No que concerne às representações que os pais têm acerca dos técnicos salientamos o sentimento de desvalorização face às suas preocupações com a saúde da criança. Esta desvalorização leva a um atraso na determinação do diagnóstico e conseqüentemente no encaminhamento e início da intervenção. Estes dados parecem evidenciar um desconhecimento da parte dos técnicos de saúde face a este tipo de perturbação. O estudo de Oliveira (2009) salienta como factor de risco para a PEA a preocupação dos pais face ao filho. Neste sentido, parece-nos de suma importância que sejam difundidas pelos cuidados de saúde primários, directrizes claras de procedimento em caso de desconfiança de perturbação do espectro autista. Outra representação dos pais prende-se com o evitamento de situações de exposição social por medo do preconceito. Este dado mostra-nos que a diferença continua por ser conotada negativamente na sociedade. Apesar de existirem políticas educativas que alertem para a vantagem que tem incluir as crianças com perturbação no espaço educativo regular, parece evidente que a sociedade ainda não está preparada para gerir essa orientação. Reflexo disto, é o preconceito que os pais identificam na atitude de alguns técnicos que parecem desinvestir nas crianças contribuindo de forma decisiva para o insucesso social e existencial.

Em modo de reflexão, podemos dizer que a representação que os técnicos têm acerca da perturbação do espectro autista centra-se nos aspectos negativos da expressão da perturbação, talvez por ser aquelas que mais difíceis são de gerir e trabalhar. Contudo,

quando a relação entre criança e técnico se estabelece, parece existir uma desconstrução da imagem inicial da criança com perturbação, passando a ser valorizado características positivas daquela criança. A afectividade e a partilha de experiências parecem promover sentimentos de confiança e segurança que permitem a evolução positiva da criança com diminuição da expressão da perturbação.

Para os pais, perceberem que existem técnicos com interesse e disponibilidade para ajudar os filhos ganha especial importância, pois o que eles mais percebem são técnicos com pouca competência e muito preconceito. Por isso, quando surge um técnico que se liga afectivamente à criança e investe nela é sentido pelos pais como gratificante e torna-se no seu principal apoio.

Neste estudo não nos foi possível abordar técnicos da área da saúde, sendo que os resultados apresentados, quanto a esta área, centram-se nas representações que os pais têm acerca dos mesmos. Parece-nos importante, investigar a representação dos próprios técnicos como forma de aumentar a compreensão do fenómeno PEA com vista à promoção de uma identificação e intervenção precoce mais célere.

## Referências Bibliográficas

- Corsello, C. (2005). Early intervention in autism. *Infants & Young Children, 18*(2), 74-85.
- Fombonne, E. (2003). *Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update*. In APPA (Eds.) *Livro de Actas: Proceedings* (pp. 37-55). Lisboa: APPA.
- Fombonne, E. (2005). The changing epidemiology of autism. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18*, 281-294.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research, 65*(6), 591-598.
- Glaser, B. (1978). *Advances in the methodology of grounded theory: theoretical sensitivity*. California: University of San Francisco.
- Martins, D., & Pires, A. (2001). Autismo infantil e comportamento maternal. In A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco*, (pp. 255-274). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Montagner, J., Santiago, E. & Souza, M. G. G. (2007). Dificuldades de interação dos profissionais com as crianças autistas de uma instituição educacional de autismo. *Arquivo Ciência e Saúde, 14*(3), 169-174.
- Oliveira, G. (2009). Autismo: diagnóstico e orientação: parte I – vigilância, rastreio e orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa, 40*(6), 278-287.
- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, S. T., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L. et al. (2007). Epidemiology of autism Spectrum disorders in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology, 49*, 726-733.
- Pires, A. (2001). Introdução à grounded theory. In A. Pires (Ed.), *Crianças (e pais) em risco*, (pp. 39-63). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- 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), 11-120.

Sprovieri, M. H. S. (2007). Estresse, alexitimia e dinâmica familiar de portadores de autismo. In F. B. A. Júnior, & E. Kuczynski (Eds.), *Autismo infantil: Novas tendências e perspectivas* (pp. 207-238). São Paulo: Atheneu.

Vidigal, M. J. & Guapo, M. T. (1997). Intervenção terapêutica no autismo e nas psicoses precoces. *Análise Psicológica*, 2(XV), 207-219.

## ANEXOS

ANEXO A:  
Método “*GROUNDING THEORY*”

## MÉTODO

A *Grounded Theory* é um método de investigação de carácter qualitativo que se inscreve no contexto da descoberta, uma vez que procura compreender os fenómenos a partir dos dados, de forma indutiva, é por isso um método que assenta na interpretação dos dados (Pires, 2001). Descrito e aplicado inicialmente por Barney Glaser e Anselm Strauss em 1965 no livro *Awareness of Dying*, os autores pretenderam perceber o conceito da preocupação com a morte através da interacção entre profissionais de saúde e os pacientes, em contexto de hospital, naquilo que denominaram como o processo da morte. Este estudo foi efectuado recorrendo à observação e entrevistas que foram posteriormente trabalhadas através da análise comparativa constante, com o objectivo de produzir um esquema teórico explicativo do fenómeno. Este estudo marcou a origem da *grounded theory* enquanto um método de investigação qualitativa cujo principal objectivo é “permitir a explicação do comportamento assim como o seu controlo” (Pires, 2001, p. 46). Para que tal seja possível, Glasser (1978) define como principais propriedades de uma teoria emergente dos dados, que esta se deve **ajustar** ao fenómeno em estudo, ou seja, deve mostrar a relação “natural” entre os conceitos e o fenómeno observado; deve salientar os aspectos mais importantes da vivência do fenómeno pelos participantes, ou seja, a sua **relevância**; e, se uma teoria se revela ajustada e relevante, então pode-se dizer que é uma teoria capaz de explicar, interpretar e predizer factos estudados, ou seja, a teoria **funciona**. A **modificabilidade** revela o carácter dinâmico deste método ao salientar a possibilidade de emergirem continuamente novos dados que levem a modificar a teoria; a **transcendência** revela a capacidade de uma teoria subjectiva, evoluir e se generalizar até se transformar numa teoria formal (Pires, 2001).

O método da *Grounded Theory* inicia-se pela amostragem teórica, ou seja, o processo através do qual o investigador recolhe, codifica e analisa os dados. A recolha de dados é efectuada a partir da selecção de um grupo de participantes que se enquadrem no tema em estudo. Os dados recolhidos, através de entrevista, observação ou suporte escrito, são analisados, começando-se por efectuar uma **codificação aberta** que consiste na atribuição de **códigos** a ideias chave identificadas no discurso, os chamados **incidentes**. Sempre que surjam incidentes semelhantes, é-lhes atribuído o mesmo código, utilizando para isso a comparação constante entre incidentes e, simultaneamente vão se produzindo os chamados **memorandos** que são auto-reflexões acerca das possíveis relações entre incidentes semelhantes ou diferentes com o propósito de se definir um **conceito**. Ora conceptualizar é conferir uma abstracção teórica relevante do fenómeno em estudo, ou seja a definição de vários conceitos acerca do acontecimento/fenómeno e a relação percebida pelo investigador entre eles, define a **categoria emergente**. Esta assume-se como o elemento conceptual da teoria emergente sendo os conceitos identificados as suas propriedades. Estes devem ser analíticos e sensíveis, na medida em que devem realçar de forma generalizada os atributos da categoria através da vivência dos participantes. O **método da comparação constante** entre conceitos e categorias permite aferir possíveis relações entre eles, que podem ser generalizáveis, ou seja possibilita a formulação de **hipóteses**, ou seja a denominada **codificação teórica**. A produção de memorandos mantém-se ao longo de todo o método da comparação constante, existindo por isso vários tipos de memorandos, uma vez que é através deles que se passa do registo concreto ao registo conceptual. O método da comparação constante permite que a dada altura se comece a comparar incidentes com propriedades de categorias com o objectivo de integrar as categorias e as suas propriedades. Este processo permite identificar as principais categorias e suas propriedades que melhor descrevem o fenómeno em estudo, permitindo ao investigador centrar-se nessas, e passar a codificar apenas os dados relacionados com a categoria

principal (ou processo social básico) e/ou com as categorias a ela relacionadas significativamente, a chamada **codificação selectiva**, procurando obter a saturação da categoria. O último passo de todo este processo diz respeito ao acto de escrever a teoria procurando evidenciar o processo social básico e suas relações com as categorias secundárias (Pires, 2001).

ANEXO B

Pedido de Autorização de Recolha de Dados

Exmo(a) Sr.(a) Coordenadora da Equipa de Intervenção  
Precoce de \_\_\_\_\_

Lisboa, 14 de Outubro de 2010

**Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados**

A aluna Denisa Salomé Mendes Gonçalves Nunes, finalista do curso de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica, do ISPA\_ Instituto Universitário, propõe-se a desenvolver um projecto de investigação cujo tema se centra na percepção e representação que os técnicos têm acerca das perturbações do espectro autista, no âmbito da sua dissertação de mestrado.

Este projecto de investigação constitui-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, onde se pretende efectuar um estudo acerca das percepções e representações que os técnicos que intervêm na primeira infância têm acerca das perturbações do espectro autista.

Desta forma, dar-se-á a conhecer a representação que os técnicos têm acerca deste tipo de perturbação, as necessidades e dificuldades sentidas no âmbito da sua intervenção com a criança, família e comunidade.

No sentido de desenvolver e possibilitar este estudo solicita-se que V. Exa. autorize a aluna a efectuar os contactos com os técnicos de educação e recolher junto destes as suas declarações.

Os contactos serão efectuados na própria instituição de forma a facilitar a recolha dos dados. Esta consistirá numa entrevista com a duração máxima de trinta minutos. A entrevista será aplicada de forma individual a técnicos que tenham acompanhado e intervindo com uma criança com suspeita/diagnóstico de perturbação do espectro autista. Para tal consideramos que idealmente, e se tal for possível, que a entrevista seja realizada num local tranquilo e adequado, que permita a devida recolha de informações e o bem-estar do participante.

É nossa intenção proceder à gravação áudio da entrevista que posteriormente será transcrita para papel pela aluna. Para se proceder à gravação dos registos será solicitada a autorização por escrito (termo de consentimento livre e esclarecido) de todos os participantes. As datas e horários das entrevistas serão calendarizados de acordo com a disponibilidade e conveniência dos participantes.

É garantida a confidencialidade das informações obtidas bem como a total disponibilidade para todos os esclarecimentos considerados necessários.

Agradecendo a atenção dispensada, envio-lhe os melhores cumprimentos.

O Orientador da Dissertação de mestrado

(Prof. Doutor António Pires)

ANEXO C

Carta de Consentimento Informado

## Carta de consentimento livre e esclarecido para recolha de dados

Foi-me solicitado participar num estudo em que o investigador se propõe desenvolver um projecto de investigação acerca das Perturbações do Espectro Autista (PEA), no âmbito da sua dissertação de mestrado. Este projecto tem como objectivo geral a análise exploratória e consequente descrição das percepções e representações que os técnicos que acompanham as crianças com estas perturbações têm acerca das mesmas.

Este projecto de investigação constitui-se como uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, onde se pretende efectuar um levantamento das principais percepções e representações acerca do fenómeno autista, assim como pesquisar eventuais dificuldades sentidas no decorrer do acompanhamento à criança. A recolha de dados será feita através de entrevista não estruturada subordinada ao tema em estudo (PEA), que será registada em suporte áudio para posterior transcrição e análise dos dados.

Compreendo que não existem riscos ou desconfortos previstos e não existem procedimentos alternativos disponíveis para este estudo. Estou ciente de que os resultados da pesquisa podem ser publicados mas que o meu nome ou identificação não serão revelados. Para manter a confidencialidade dos meus dados, o investigador usará códigos para os sujeitos e somente este terá acesso aos nomes e respectivos códigos. Qualquer dúvida em relação à pesquisa ou à minha participação, antes ou depois do meu consentimento, serão respondidas pelo investigador responsável.

Declaro que li e compreendi todas as informações atrás indicadas. Que recebi explicações sobre a natureza, objectivos, riscos e benefícios do projecto. Assumo conscientemente os riscos envolvidos e compreendo que posso retirar o meu consentimento e interromper minha participação em qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício. Ao assinar esta carta de consentimento não estou desistindo ou abdicando de quaisquer reivindicações legais ou de direitos. Declaro ainda que recebi uma cópia desta declaração.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante

\_\_\_\_\_, / / .

Nome completo por extenso: \_\_\_\_\_

Certifico que expliquei ao declarante acima indicado a natureza, o propósito e os benefícios potenciais associados com a participação neste estudo, que respondi a todas as questões que foram levantadas e que testemunhei a assinatura do declarante. Furneci ao participante/sujeito uma cópia deste documento de consentimento assinado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do investigador

\_\_\_\_\_, / /

Nome completo por extenso:

\_\_\_\_\_

ANEXO D

Notas de Entrevista N.º1

## Notas Entrevista N°1

Mãe do A.

Nome: S.P.

Idade: 36 anos

---

Contactei a Sr.<sup>a</sup> S. telefonicamente a fim de marcarmos o local e hora da entrevista. Ficou combinado que a entrevista seria realizada em casa da Sr.<sup>a</sup> S. por opção da mesma. Recebeu-me com familiaridade e conduziu-me à sala. Sentamo-nos e iniciei a nossa conversa por lhe explicar o objectivo do estudo e qual o método utilizado, ao mesmo tempo que lhe entreguei o documento do consentimento livre e informado para ler e assinar. Após o ler e assinar referiu que também ela não estava muito bem, pois o pai tinha falecido há pouco tempo e também a cabeça dela já fazia algumas asneiras. Por exemplo, o colocar uma chávena no roupeiro da filha. Senti neste desabafo, um pedido de ajuda e uma necessidade de amparo.

Adoptou uma postura descontraída e começamos a entrevista. À medida que fomos conversando, senti nesta mulher uma atitude de solidariedade (estava a ajudar-me) e de partilha comigo, mas todo **o seu discurso se revelou muito factual, descritivo contendo sempre a sua vivência emocional**. Apresentou-me a história do A., que logo de início é referido como “mau”, fugindo sempre dos seus sentires. Senti em diversos momentos que o melhor bálsamo para as suas “feridas” resultantes da sua vivência enquanto mãe de um menino com perturbação do espectro autista, **era sentir que os técnicos a reforçavam nas suas atitudes e comportamentos. O filho é visto como um menino**

Contenção emocional

Reforço positivo

Problema

Problema  
Resolução

**problema, sendo o seu papel enquanto mãe o de ajudá-lo a ultrapassar esse problema da melhor forma possível.**

A respeito da história do A. refere que engravidou numa altura em que estava a atravessar uma fase complicada no trabalho, diz que **estava stressada e deprimida e que o seu organismo estava muito descontrolado.** Tanto, que engravidou mesmo a tomar a pílula. A situação estava tão complicada que acabou por se demitir. Relata que **quando soube que estava grávida foi a melhor coisa que lhe podia ter acontecido, acabaram logo as preocupações, as depressões, ficou logo tudo bem.** Quando questionada se tinha preferência pelo sexo do bebé, diz que não, **mas que tinha tendência para uma menina.** A filha que queria muito um bebé lá em casa, também gostava que fosse uma menina, o pai queria um menino. **Toda a família, paterna e materna ficou feliz com a notícia da chegada do A.** Refere que ela própria recebeu a notícia sem ficar **“nem contente nem triste, fiquei normal”,** nem mostrou interesse em perguntar ao médico qual o sexo do bebé, só queria saber se estava tudo bem a nível de saúde. Relata que pensava que ter uma menina era melhor porque tinha a roupa toda da primeira filha e como **“gosta muito de lacinhos e de fazer trancinhas”,** diz que é por isso que **“o A. andou com os cabelos compridos até um dia destes.”** e mencionou ter tido **alguma preocupação em não saber ser mãe de um menino, “como é que eu vou lidar com pilas, só sei lidar com coisinhas rachadas.”** Descreve que manteve a esperança do médico se ter enganado, referindo que **“eu só acredito quando ver”.** A **gravidez correu bem sem qualquer complicação,** contudo refere que sentiu o A. mexer mais tarde do que a primeira filha. Toda a gravidez foi acompanhada pelo médico de família (como a 1ª gravidez) só tendo feito as ecografias fora do centro de saúde. **O**

Depressão

Gravidez = cura

Desilusão

Menino desejado

Indiferença

Resistência

Preocupação

Gravidez normal

Confronto B. Real

parto é que foi um pouco mais difícil, pois foi mais demorado que o primeiro, tendo ela desmaiado quando o A. estava quase a nascer por hipoglicémia, mas reanimaram-na dando-lhe umas “bofetadinhas e um pouco de água”. O marido assistiu ao parto (no primeiro parto ele não esteve presente por opção da mãe), mas não gostou muito porque a dada altura “deixou de ficar preocupado com o bebé para se preocupar comigo, mas pegou logo no A. ao colo e foi um pai babado”. O A. não foi logo amamentado porque os médicos acharam que a mãe primeiro tinha que comer qualquer coisa, sendo amamentado logo de seguida. Diz que ficou 2 dias no hospital, que o A. teve um pouco de icterícia, mas nem precisou de tratamento e veio para casa. Em casa teve o apoio da família (mãe, sogra e cunhadas) não tendo ela de se preocupar com nada, porque a família fazia-lhe tudo. O A. é descrito como sendo um recém-nascido calmo que mamava muito, dormia muito, só chorava quando era despido para dar banho ou ser trocado. Foi um bebé que não teve cólicas e foi sempre saudável, só estando raramente constipado. Refere contudo que o A. não queria colo, “ficava incomodado no nosso colo” e “eu até tinha desgosto disso, porque estava em casa, tinha deixado de trabalhar e pensei agora a este vou dar todo o colo que me apetecer. Não aconteceu porque ele detestava colo. Era tratar dele e metê-lo no berço.” Era um bebé que não palreava, brincava em silêncio e interessava-se por brinquedos de construção e de encaixe, não ligando a peluches nem nada de género. Diz que desde pequeno que lhe colocavam todo o género de brinquedos e ele só se interessava pelos de construção, de encaixe e carros, diz que ele adorava carros. Depois quando chegou a fase de falar, ele não falava, só chorava. “Chorava por tudo e por nada, porque lhe caía uma pinga de água em cima da mão, porque queria água e pedia a chorar, queria um brinquedo e pedia

Realidade difícil

Preocupação

Apoio familiar

Bebé normal

Saúde

Rejeição

Desgosto

Funcionalidade

Depressão

Restrição

Linguagem verbal

Sofrimento

a chorar.” **E se ao princípio chorava duas horas por dia, por fim chorava já dezasseis horas diárias.** A mãe refere que com 1 ano já ele chorava bastante, pois **começou a andar, a explorar melhor o sítio onde estava e começou a chorar bastante.** Sair com ele para sítios públicos era impensável, porque ele chorava mais e a mãe conta que **notavam que ele ficava com os olhos muito abertos a olhar para onde estava muita gente.** As festas de anos da irmã eram muito complicadas porque ele chorava imenso por ver muitas pessoas em casa e porque **é muito sensível aos sons altos.** Questionei a mãe acerca do que ela achava acerca daqueles comportamentos. Diz que achava que **estava ali qualquer coisa que não era normal.** Quando o A. tinha 8 meses rodava canetas, o comando da televisão e **a mãe começou a pesquisar na internet** porque achava que ele fazia coisas que não eram normais. A mãe refere que foi **avó materna quem primeiro percebeu que havia qualquer coisa de estranho com o A,** pois quando ele tinha uns **4 meses ele não palreava.** A mãe na altura negou e atribuiu o comentário da avó ao facto desta ter a mania das doenças. Contudo, quando lhe deram um brinquedo que tinha o abecedário e conforme se carregava ouvia-se o nome da letra, a mãe conta que passado umas semanas já **o A. apontava o abecedário todo.** Este acontecimento desencadeou na mãe uma **nova procura de respostas na internet.** Até porque **as birras que o A. fazia em sítios públicos iam aumentando,** e a mãe comenta o facto de o A. **nesta idade ter deixado de olhar nos olhos.** Menciona também que o A. **deixou de mamar aos 6 meses atribuindo a mãe esta recusa da mama ao facto do A. não gostar de estar ao colo, razão pela qual também só aceitou o biberão durante 2 meses.** Aos 8 meses iniciou a diversificação da alimentação e segundo a mãe adaptou-se muito bem. A mãe num primeiro momento refere **não ter partilhado estas suas preocupações**

(In)Segurança

Medo

Sensibilidade

(Des) Confiança

Informação

Avó atenta

Comunicação

(Des) Confiança

Informação

Sufrimento

Comunicação

Anorexia

Preconceito

**com pediatra**, porque o A. sempre foi seguido pela consulta privada de pediatria, **não indo ao centro de saúde devido a um conflito que existiu entre a mãe e a equipa de enfermagem quando o A. nasceu**. A mãe relata **que se recusaram a fazer o teste do pezinho ao A. e que desde essa altura apenas ia ao centro de saúde para fazer as vacinas. Sentia-se perdida e procurou ajuda**. Contudo, não sabia onde se devia dirigir. Marcou uma consulta particular de terapia da fala porque ele só chorava e não falava e chorava imenso, **contudo ela não aceitou o caso sem que ele primeiro fosse avaliado e aconselhou a mãe a falar com o pediatra**. Depois foi falar com a assistente social para ver que apoios é que existiam porque a mãe só andava com o Asperger na cabeça. A assistente social contactou a técnica da Intervenção Precoce para vir falar com a mãe porque **“eu estava desesperada, só chorava e a rapariga não sabia o que me havia de fazer... falei com a técnica que me prometeu muita coisa, mas depois desapareceu** e nunca mais me disse nada. Comecei a sentir que aqui não havia nada, não havia terapia da fala, não havia médico do desenvolvimento, nada.” Como também não ia ao centro de saúde sentia-se sozinha. Quando a mãe mais tarde comentou com o pediatra que o **A. fazia muitas birras, chorava imenso, não falava e já apontava o abecedário todo, o médico desvalorizou estas suas preocupações**.

Conflito

Desamparo

Recusa

Desespero

Desvalorização

Preocupação

Desvalorização

Entretanto, **o A. piorou quando mudaram de casa** a mãe descreve **“foi terrível, nem sequer me quero lembrar, foi terrível”**, pois todas as mudanças são sempre muito complicadas, por exemplo, a mudança de estação que implica mudança de vestuário, o facto de a mãe fazer um percurso diferente de carro daquele que é habitual, o comprar uns sapatos novos, tudo **desencadeava no A. crises de choro e de agressividade contra si e contra os outros**, sobretudo contra a irmã e o gato, que duravam praticamente todo o dia. Além das

Resistência à Mudança

Agressividade

Perturbações fisiológicas

**dificuldades de alimentação**, a mãe relata **dificuldades de sono** em que o A. não dormia quase nada, só 2 horas por noite, **devido a sonhos com monstros**. Sofrimento

A mãe diz que andava tipo zombie. Quando **se irritava o A. atirava tudo fora batendo com as coisas na irmã ou em quem tivesse mais perto**. Por este motivo a mãe relata que desde muito cedo (um ano e meio) o **A. começou a ficar de castigo**, mas que **de início ele não ficava**, então a mãe sentava-se com ele. O objectivo era **ele acalmar-se e ouvir a mãe**, contudo a mãe fazia sempre **o mesmo ritual para o pôr de castigo** o que depois quando saiam não podia ser cumprido. Então foram **adoptando novas estratégias** como colocar os brinquedos de castigo, sempre que o A. os atirava às coisas. Agressividade

É só na consulta dos **36 meses em que o A. fez uma birra na sala de espera do consultório médico, em que se atirou ao chão, gritava e chorava**, é que o pediatra perguntou à mãe se era hábito ele chorar assim tanto e se a mãe já tinha **ouvido falar em autismo de Asperger**. A mãe disse que sim e que até **reconhecia no filho alguns comportamentos que eram característicos dessa perturbação**. O pediatra **recomendou que o A. integrasse o ensino pré-escolar** e então **encaminhou o A. para uma consulta de desenvolvimento para o Hospital da Cuf**. A mãe foi inscrevê-lo na pré, mas assim que souberam que o A. **tinha problemas e que ainda não se sabia o que era nunca o chamaram**, nem mesmo quando a mãe levou o comprovativo de diagnóstico “síndrome de Asperger” lhe facilitaram a entrada. Identificação Prob

Mas a mãe também diz **que não queria pô-lo lá**, só o colocou quando as psicoterapeutas deram essa indicação, alegando que as coisas assim não podiam continuar. Refere que não o queria colocar na pré porque **“achava que conseguia com ele em casa melhores resultados e que havia de pôr o A. um menino normal.”** Na consulta da CUF os pais referiram à médica não Valorização do sintoma

saberem como é que o A. se ia comportar ali, porque ele fazia birras enormes e **Isolamento**  
**eles tinham deixado de ir a todos os sítios com ele.** A médica esteve com  
ele, avaliou e recomendou que voltassem passados 6 meses. Foram novamente **Interesse**  
ao **pediatra que ele queria saber** e este achou que seis meses era muito tempo **Urgência**  
então **encaminhou para o Diferenças para nova avaliação.** Nesta consulta a  
mãe entrou sozinha porque o A. estava num estado terrível, chorava e gritava. A **Identificação Prob.**  
Dr.<sup>a</sup> disse **à mãe que não ia rotular o A., mas que tudo apontava para que** **Avaliação**  
**fosse autismo de Asperger.** Indicou **o início da psicoterapia, com uma**  
**psicopedagoga, como forma de confirmar o diagnóstico.** A psicoterapia  
começou 2 meses após esta consulta. Foram efectuadas 3 sessões entre a  
psicoterapeuta e a mãe para falar acerca do A. Enquanto a mãe conversava com  
a psicoterapeuta o pai ficava cá fora com o A., só na última sessão é que o pai foi **Apoio Especializado**  
chamado para falar com a psicoterapeuta. **A mãe refere que a psicoterapeuta**  
**a ensinou a lidar com o filho, porque ela não sabia lidar com ele.** Deu-lhe **Aprendizagem**  
uma lista de **objectivos para controlar birras, ensinou-os como é que devia**  
**fazer para sair com o A. para sítios com muitas pessoas, como ir às**  
**compras** por exemplo. Diz que foram seguindo as indicações da psicoterapeuta, **Frustração**  
e que ela lhe treinou a concentração. O **principal método de trabalho com o**  
**A. era o contrariar,** “a psicoterapeuta contrariava-o ao máximo”. Ele no início  
não queria pegar no lápis, conseguimos passado uma semana que ele pegasse no **Aprendizagem**  
lápis e fizesse formas, **ela fazia um triângulo ele fazia um triângulo.** Depois **Reforço Positivo**  
passou-se para **as coisas que ele gostava,** “que era pegar em letras e fazer  
pedacinhos de palavras, porque ele adorava letras, mas **não sabia como é que** **Significado**  
**fazia o pato ou o gato, nem o que era uma laranja ou um limão.”** A mãe **Frustração**  
comenta que foi uma **evolução muito lenta,** pois havia sessões que o A. só

chorava. A **mãe está sempre presente nas sessões** ao passo que o pai só raramente vai.

**O pai, inicialmente, não aceitou que o A. tivesse um problema** Negação  
Dizia que eram os médicos que queriam arranjar problemas aos miúdos, para terem mais “clientes”...sobretudo quando se tinha seguro de saúde. **A mãe é** Evidências  
**que lhe foi mostrando que os comportamentos do filho não eram adequados.** Nas pesquisas que a mãe fez **surgia a ideia de que pudesse ser** Origem Hereditária  
**hereditário**, então a mãe refere que ela e o pai começaram a pesquisar a **Infância pai**  
**infância do pai e pensam que foi um bocadinho parecida.** O pai também chorava muito por qualquer coisa, tinha dificuldades de concentração na escola, segundo os tios porque **para a mãe dele estava tudo bem**, ele só não gostava Negação  
de estudar e diz que só uma vez e que lhe fez uma birra, mas levou duas palmadas e aquilo passou-lhe logo. Contudo, **a avó paterna tem grandes** Preocupação  
**preocupações com o A. mostrando medo em que ele não venha a falar e**  
chegou **a sugerir que o levasse à bruxa ou então que fossem benzer o** Crenças místicas  
**menino.** O A. também **não aceitava ficar com a avó paterna em casa dela** Rejeição mãe  
porque não esteve muito tempo com ela. Só em casa dele é que ficava com ela, levava-a para o quarto para brincarem. **A sogra não o contraria o A. em nada.** Crítica relacional

A avó materna é que costumava ficar mais com o A. sempre que os pais precisavam sair para algum lado. A mãe conta que a avó controlava bem o A., porque apesar **dele também fazer birras com ela quando ela o contrariava,** Agressividade  
ela **conseguia desviar a atenção dele para outra coisa ou dava-lhe um** Reforço positivo  
**chupa e ele acalmava-se.** “Ela tem aquele dom de avó. Avó é sempre avó”.

**A relação da mãe com o A. foi muito complicada** porque ela estava Relação mãe-filho  
sempre com ele. **O A. chorava durante muito tempo, não deixava a mãe** Ñ deixar cuidar  
**vesti-lo, dar-lhe banho, esperneava, dava-lhe pontapés.** A mãe diz que  
Desespero

<p><b>passou por momentos de grande, grande desespero</b>, embora mantivesse sempre o pensamento positivo. Quando a questioneei sobre que atitude tomava nessas alturas, diz que às vezes chorava outras dava-lhe umas palmadas. Refere que brinca pouco com o A., faz mais jogos e trabalhos e que isso para o A. não é brincar. <b>Faz mais as tarefas do cuidar que o brincar.</b></p>	Funcionalidade
<p>O pai brinca com o A. com os sinais de trânsito e com os carros e comboios. Diz que <b>o A. gosta muito de brincar com o pai e que se dão bastante bem</b>. O pai é um homem muito calmo, que conversa muito com os filhos e lhe explica as coisas, apesar <b>de não estar muito presente porque trabalha por turnos</b>, a mãe refere que ele é um pai espectacular.</p>	Pai gratificante
<p>A relação do A. com a irmã é difícil, porque <b>ele é muito agressivo com ela, bate-lhe e puxa-lhe os cabelos</b> e ela apesar de tentar acalma-lo não consegue, também porque não consegue bater-lhe de volta, diz a mãe. Ela gosta muito do A. e ela queria tanto um bebé em casa que ela foi uma <b>segunda mãe para ele</b>, ela fazia tudo mudava a fralda, dava-lhe comer, tudo, tudo desde logo, ainda na maternidade. “Só que ele é mauzinho para ela”. A mãe conta que a filha é muito meiguinha e que sofreu muito com esta situação porque <b>os pais deixaram de lhe dar atenção porque estavam tão preocupados com o que fazer com o A. que não pensavam em mais nada</b>. Esta situação durou um ano mais ou menos.</p>	Agressividade  Papeis indiferenciados
<p>O <b>A. no início da psicoterapia ainda piorou</b>, porque de acordo com a mãe, ele começou a ser contrariado nas sessões e em casa, e então aumentaram as crises de agressividade, as birras de se jogar ao chão e bater com a cabeça na parede e o choro e os gritos. A mãe refere que dantes, para ele não chorar, <b>eles deixavam-no fazer tudo, davam-lhe tudo o que ele queria e que isso depois mudou</b>. É dito que <b>o primeiro ano de pré foi muito complicado</b></p>	Evolução negativa         Limites Adaptação difícil

porque, na opinião da mãe, o A. estava naquela fase de fazer birras por tudo e por nada e na maioria das vezes já ia chateado de casa e então não queria ficar e chorava sempre os primeiros 20 minutos lá. Depois calava-se, mas diz que a **educadora foi impecável** “adorei aquela educadora, ainda hoje mantenho contacto com ela”. **A educadora conseguiu conquistar e trabalhar com o A.** é verdade que ainda levou umas sovas dele, **porque ele atirava-se contra as portas e ao chão** e ela queria evitar os galos, mas às vezes não conseguia. Teve muito trabalho com ele. A mãe conta que **esta educadora até foi fazer uma pós-graduação em educação especial por causa do A.** No ano seguinte foi um ano muito mau, **porque mudou de educadora e a nova educadora não conseguia controlar os meninos.** A mãe refere que o A. chegava a casa todos os dias muito transtornado, só gritava, chorava e não se conseguia lidar com ele. **A mãe chegou a dizer às psicoterapeutas que o ia tirar da pré,** mas elas recomendaram que não o fizesse. Mas **a mãe diz que foi um ano horrível,** porque o A. **precisa de regras, de alguém que tenha pulso firme** e aquela educadora não conseguia gerir a sala. Diz ser por essa razão que o recreio corre mal, porque **no recreio há muita confusão e o A. não consegue saber o que vai acontecer e ele precisa de saber com o que pode contar.** Conta que o A. **quer ser sempre o primeiro** no escorrega e quando não o deixam ser que agride os outros meninos e fica muito agitado. Este ano a mãe ainda tentou **frequentar uma formação na área dela, mas teve que desistir** porque o A. tinha que ficar mais tempo na escola, no período de prolongamento, e existiam muitos conflitos com os colegas porque **as auxiliares não sabem controlar o A.** Quando o A. começou a ter apoio de uma educadora dentro da sala, a mãe não podia estar presente no primeiro dia e então pediu à directora da escola que falasse com a educadora para lhe dizer como devia lidar com o

Técnica gratificante

Agressividade

Formação especializada

Resistência à Mudança

Indisciplina

Sofrimento

Controlo

Desamparo

Limites

Previsibilidade

Valorização criança

Profissão

(In) Competência

Apoio específico

Controlo

**A**, ou seja, tem que o **contrariar ao máximo primeiro para que ele depois aceite trabalhar com as técnicas**. Regras, tem que ter regras.

A relação do **A**. com os pares é complicada porque ele quer fazer as coisas à maneira dele e **não aceita que os outros tenham uma maneira diferente de fazer**. Sempre que os outros meninos o contrariam ou brincam de uma forma diferente da dele **o A. agride**. A mãe dá o exemplo de na escola determinada coisa é para brincar daquela forma e naquele sítio e se outro menino está a brincar de forma diferente e noutra lugar, entram logo em conflito. Existe um menino em particular, que não é português, com quem o **A**. implica mais, chegando a sair do sítio onde está para lhe ir bater. Os **pais desse menino até já foram falar com o A. e com ela mesmo**, mas o **A**. pede desculpa e depois volta a fazer. E se por acaso não pode bater em quem quer, bate no primeiro menino que lhe apareça à frente. Quando as coisas correm melhor é porque **existe negociação entre eles**, mas normalmente o **A**. tem que fazer sempre à sua maneira.

**O A. é um menino que adora água. A mãe faz com ele muita praia e conta que na praia não existe conflitos, nem birras e nem agressividade**. Diz que deixa o **A**. andar à vontade e que ele não aparenta ter medo nenhum das ondas. Contudo, tentou pô-lo nas piscinas e não correu bem porque o **A**. andava quase sempre doente, com amigdalites. A mãe refere que o **A**. acalma-se com a água, por esse motivo quando no 2º ano de pré ele vinha transtornado para casa, a mãe diz que só lhe tirava os sapatos e que o colocava vestido dentro da banheira com água fria. Ele apanhava aquele choque, parava de chorar e depois já conseguia falar com ele e ele ouvir. Depois colocava água quente.

Resistência à mudança

Agressividade

Preconceito

Negociação

Tranquilizar

Ambiente seguro

Doença

Tratamento choque

Tranquilizar

Reforço positivo  
Método de trabalho  
Diagnóstico

Para a mãe o **diagnóstico é uma peça fundamental de todo o processo** porque foi a partir dele que **se identificou o problema e se soube que caminho se deve seguir e promover a evolução positiva do A.** Também foi devido ao **diagnóstico que o foi possível arranjar apoio para o A. e para a mãe.**

Identificação do prob

Promotor apoio

Ao nível do apoio técnico a mãe refere que começou a **ser apoiada por as técnicas do pré-escolar, porque a mãe tinha necessidade de saber como é que ele se tinha portado na escola, pois se ele se portava mal na escola tinha que ficar de castigo em casa.** Temos que falar sobre o que aconteceu, **ele tem que perceber que não pode bater nos meninos e quando tem algum problema deve falar com a educadora.** A mãe conta que o que para as outras mães são queixas sobre o comportamento dos filhos e preferem não saber, **ela precisa de saber para poder agir.** Foi com a psicoterapia que **a mãe aprendeu a lidar com o A. e a perceber porque é que ele fazia determinadas coisas, como por exemplo, atirar-se ao chão e bater com a cabeça nas paredes. A mãe diz que ele fazia essas coisas para a deixar aflita, preocupada e desde que ela começou a ficar indiferente, ou a dizer que o ajudava a bater que esse comportamento foi desaparecendo.** Conta que os **vários técnicos que a acompanharam sempre a elogiaram e valorizaram o seu comportamento enquanto mãe.** Reconheciam que não era fácil, mas que eles (pai e mãe) eram muito atentos e que o **A. ia evoluir e ficar bem.** Diz que muitas vezes **os pais impedem que os técnicos trabalhem, porque começam a ficar aflitos e que ela não é nada assim.** Diz logo ao A. que quem manda na sessão é a psicoterapeuta e que a mãe ali não manda nada, **só faz aquilo que a psicoterapeuta diz para se fazer.** Por isso a **adesão do A. à psicoterapia foi um bocadinho má,** ela só o contrariava e **ele queria**

Apoio na comunidade

Controlo

Punição

Socialização

Controlo

Aprendizagem

Preocupação

Indiferença

Reforço positivo

Prognóstico favorável

Pais bloqueantes

Culpabilização

Recusa

Protecção

Ameaça

Pedido socorro

protecção da mãe, mas ele tinha que pedir se queria ir para o colo, por exemplo. A psicoterapeuta era a pessoa má e ele chorava que não queria ir, chegou mesmo a fazer chichi pernas abaixo e a **gritar tanto que as pessoas que viviam ao lado do consultório chamaram a GNR**. Mas a mãe refere que o despiram e que continuou na terapia, ou seja, ele queria sair da terapia e assim percebeu que não valia a pena ter aqueles comportamentos.

ANEXO E

Notas de Entrevista N.º2



## Notas Entrevista N.º 2

Mãe do L.

Nome: P.

Idade: 36 anos

---

Após contacto telefónico combinamos encontrar-nos num restaurante do qual o marido é proprietário. Cheguei à hora combinada e esperei cerca de 10 minutos pela sr.<sup>a</sup> P. Apresentei-me e expliquei-lhe o objectivo e o método do estudo, entregando-lhe de seguida a carta de consentimento livre e informado para a sr.<sup>a</sup> ler e assinar. Disse-me que achava muito bem que se fizessem mais estudos destes, porque **havia técnicos que não estavam preparados para lidar com estas situações.** (In) Competência Como estava muito barulho no restaurante sugeri que nos dirigíssemos para a biblioteca municipal para fazermos a entrevista. Já na biblioteca demos início à nossa conversa. Pedi que me falasse do L. desde que engravidou e que me fosse traçando o percurso dele.

A mãe começa por referir que teve uma **gravidez normal**, que não foi planeada, mas que foi logo aceite até porque queria outro filho. Diz que durante a gravidez nunca teve que se privar de nada pelo que correu tudo muito bem. Apesar de estar a residir cá, quando se aproximou a data provável do parto, preferiu ir para F., **local onde reside a sua família e onde a gravidez foi seguida** e o L. nasceu, porque cá não tinha ninguém e o **marido estava fora em trabalho.** Apoio familiar Refere, quando a questiono acerca da preferência do menino ou menina, diz que **preferia uma menina**, mas que o marido só sabe fazer Pai ausente meninos até porque já tem 2 filhos adultos de um primeiro casamento. A gravidez durou 40 semanas e o L. nasceu de **parto eutócico, rápido em que não houve tempo para administrar a anestesia epidural.** Desilusão Parto normal Pesou 3,550 kg e

mediu 52cm, com um índice de Apgar de 9 no 1º minuto. Confessa que **ia cheia de medo para o parto porque passou por uma má experiência do primeiro parto**, em que o seu **primeiro filho ficou com a cabeça encravada na bacia e precisou de ser reanimado quando nasceu**. Afirmo ter mesmo pensado que o **bebé havia nascido morto**. Diz que **só tranquilizou no parto do L. quando o ouviu chorar e lhe disseram que ele tinha um índice de Apgar de 9**. A mãe conta que ficou 2 dias na maternidade e 3 ou 4 dias na casa da irmã porque estava um bocadinho debilitada. **Diz que foi a sua irmã mais nova que assistiu ao parto, tendo a mais velha ficado com o seu outro filho, na altura com 2 anos, e que o marido foi visitá-los depois do L. nascer, mas como tinha coisas para fazer regressou para casa, indo buscá-los 3 a 4 dias depois porque já estava farto de estar sozinho**. Perguntei-lhe como é que tinha sido a adaptação, uma vez que não tinha ninguém de família cá e o marido estava muitas vezes ausente. Diz que foi **um pouco trabalhosa**, porque tinha um menino de 2 anos e um bebé recém-nascido, mas que durante a gravidez **mentalizou-se que tinha que se desenrascar e que foi o que fez**. Refere que o B. (1º filho) nunca deixou de ir à ama, até porque **tinha que assegurar a vaga para o L., porque queria trabalhar e não tinha mais recurso nenhum**.

Medo

Exp. traumática

Angústia morte

Tranquilidade

Apoio familiar

Solidão

Adaptação difícil

Competência

Apoio comunidade

Descreve o L. como **um bebé que não era muito agitado, mas que mamava de 3 em 3 horas de dia e de noite, era só se aproximar a hora de comer chorava bem, tinha bom pulmão**. Teve algumas cólicas, só mamou 2 meses porque o leite deixou de o alimentar, **a mãe diz ter tido imensa pena de ficar sem leite**, mas depois **começou o “martírio porque o leite artificial fazia-lhe imensas cólicas”** o que só melhorou com a introdução da sopa e da fruta. Aos 6 meses, **altura em que vai para a Ama faz uma bronquiolite**, mas que passou e não repetiu. Descreve a **adaptação à ama como sendo muito**

Saúde

Desgosto

Culpabilização

Ansiedade de separação

Aceitação

**boa**, até porque já a conhecia porque o irmão também frequentou a mesma Ama. Diz que **adiou ao máximo a ida do L. para a Ama**, mas chegou aos 6 meses e a Ama disse que ou ele ia ou punha outro no lugar dele. E a mãe teve que o deixar ir. Descreve a **Ama como sendo muito atenciosa e cuidadosa, seguia as indicações da mãe**, por exemplo, a partir da altura em que os filhos começassem a andar, a chupeta era só para dormir, e isso era cumprido pela Ama. Refere que também era muito atenciosa com a medicação ou com a alimentação seguindo sempre os conselhos da mãe quanto à alimentação.

Ansiedade separação

Técnica gratificante

O **desenvolvimento psico-motor ocorreu sem que a mãe notasse algo de estranho, ou que não correspondesse ao esperado**. Recorda que o L. **sempre foi mais birrento que o irmão**, mas que sempre achou que isso fizesse parte da sua maneira de ser. Diz que foi um bebé que palrou, que ria às gargalhadas com as palhaçadas que o pai lhe fazia, olhava nos olhos...diz que em bebé não fez desconfiar de nada. Contudo, a mãe comenta que o **L. sempre teve dificuldades em adormecer, “é um resistente ao sono, mas é uma resistência tranquila.”**, com um ano e meio ainda acordava a meio da **noite para comer**, embora depois se voltasse a deixar dormir. O primeiro sinal surgiu por volta dos 18 meses, **em que a mãe achava que ele já devia de falar e não falava**. Quando queria alguma coisa, **puxava a mão da mãe ou apontava para ela lhe dar**. A mãe conta que chegou a pensar que ele tivesse preguiça de falar, pois se ele sabia o que queria e sabia mostrar porque é que não falava?! **A mãe confessa que não percebia porquê**. Como o L. era seguido pela médica de família, **a mãe queixou-se à médica de que o L. não falava** e conta que **a médica lhe respondeu que não havia nada a fazer porque a terapia da fala era só para meninos a partir dos 3 anos**. Contudo, **encaminhou o L. para a consulta de especialidade do pediatra do mesmo**

Desenvolvimento normal

Frustração

Depressão

Necessidade Afecto

Linguagem verbal

Comunicação

(Des) Confiança

Preocupação

Desvalorização

Encaminhamento

centro de saúde, para pedir o parecer dele. A **opinião do pediatra foi a mesma dada pela médica de família. A mãe confessa ter sentido que desvalorizaram a sua preocupação. Apesar disso, continuou a insistir nas suas “queixas” e só quando o L. fez três anos é que o encaminharam para a intervenção precoce. A mãe conta que a equipa de enfermagem apenas pesa e mede os meninos e apesar de efectuarem algumas questões acerca do desenvolvimento não comentam.** Foi desde a idade de 3 anos que o L. começou a ser acompanhado pela equipa de intervenção precoce. A mãe conta que o **encaminharam para o pediatra do hospital e iniciaram-se uma série de exames de rastreio, como análises, exame auditivo, despiste do X-frágil** e após todos eles terem dado um resultado negativo, foi-se chegando à conclusão que **teria a ver com autismo de Asperger.** Quem me falou nessa possibilidade foi a Dr.<sup>a</sup> T.G. e **aconselhou-me a consultar o Dr. P.C.** que foi de opinião que não é bem autismo de Asperger porque **apesar de se identificar nalguns pontos, noutros não se identifica, o que dificulta o diagnóstico.** Para a mãe foi uma **decepção**, porque ia na **esperança de lhe identificarem o problema e lhe indicarem a solução.** Mas, o que lhe foi dito é que o L. precisaria de acompanhamento diário e terapia da fala para o ajudar nas suas dificuldades, **porque isto é o tipo de coisa que não tem solução.** Para a mãe se um **acompanhamento diário** resolve e não é uma solução ou um remédio que se toma **então para a mãe não valia mais a pena ir a médicos.**

A mãe afirma que **não reagiu muito bem ao diagnóstico** porque **não é fácil aceitar que um filho não vai conseguir desenvolver-se como os outros, e que vai estar sujeito aos comentários dos outros miúdos.** Diz que perguntam muitas vezes ao filho mais velho se o irmão é deficiente e que isso a revolta. **A mãe conta que ela própria chorou muito e muitas vezes.** O pai

Desvalorização  
Desamparo  
Insistência  
Valorização sintoma  
Silêncio  
Apoio comunidade  
Encaminhamento  
Despiste  
Identificação problema  
Apoio Especializado  
Diagnóstico  
Incerteza  
Desilusão  
Esperança Cura  
Doença  
Continuidade  
Descrença  
Resistência  
Preconceito  
Desespero

também ficou aflito porque não estava à espera de uma situação destas e uma pessoa fica um pouco perdida.

O L. entrou para a pré com 3 anos, altura em que começa a ser acompanhado pela intervenção precoce, em que **uma educadora de apoio ia lá à sala trabalhar com ele**. Inicialmente a equipa de intervenção precoce não tinha terapia da fala, então o acompanhamento efectuado baseava-se em trabalhar individualmente com o L, porque segundo a mãe ele tem dificuldades de compreensão e um ritmo de trabalho muito baixo. A mãe refere que os **3 primeiros anos de pré correram bem, sem qualquer problema**. Contudo, foi **pedido adiamento da entrada no ensino básico** e o L. ficou mais um ano no ensino pré-escolar e mudou de educadora. Segundo a mãe foi aí que começaram os problemas, **porque a educadora queria** que a mãe fosse com o L. ao Hospital da Luz, a uma consulta de desenvolvimento, porque queria **ter um diagnóstico acerca da perturbação que o menino tinha para ter algumas indicações para trabalhar com ele**. A mãe ainda foi a uma 1ª consulta nesse referido hospital, mas **a consulta foi cara e ainda tinha que fazer mais algumas até ter o diagnóstico**. Como **não tinham muitos recursos financeiros e tinham já a opinião do Dr. P.C. entenderam que não valia a pena continuar o processo e desistiram**. A mãe pensa que foi por essa razão que **a educadora a partir daí colocou um pouco o L. de lado** e lhe dificultou o acesso da terapeuta da fala da equipa de intervenção precoce, ao acompanhamento com o L. A mãe sentiu que **a educadora estava intencionalmente a prejudicar o L. e a desinvestir dele**. Esta atitude da educadora **destabilizou a mãe que se sentiu incompreendida e desapojada pela instituição escolar** e gerou nela uma revolta que a levou a **ir falar com a directora do agrupamento por 3 vezes. O conflito com a educadora da sala**

Apoio específico  
Satisfação  
Evidências  
Encaminhamento  
Identificação problema  
Avaliação  
Diagnóstico  
Desvalorização  
Técnica rejeitante  
(In) Competência  
Desespero  
Denunciar  
Conflito

**manteve-se durante todo o ano**, mas a mãe conseguiu que o L. fosse acompanhado na sala pela terapeuta da fala. Todos estes **desentendimentos levaram a que a mãe no primeiro dia de aulas estivesse muito angustiada que só chorava**. A mãe conta que o L. estava todo tranquilo de mão dada com ela e olhava curioso a sala cheia de pais e **ela estava muito nervosa que só conseguia chorar**. Quando questionada porquê, diz que sabia que **ia ser uma fase mais exigente e que teve medo que ele não acompanhasse** e acrescenta que **o medo se mantém porque apesar dele já saber ler e escrever, tem tempos de atenção e de concentração muito curtos e um desempenho muito baixo**. É necessário que esteja sempre alguém a trabalhar com ele, a puxar por ele, porque sozinho faz muito pouco. Contudo, a mãe diz **no aspecto social ele evoluiu porque mudou de professora da 1ª para a 2ª classe e adaptou-se bem, aliás a própria adaptação à escola primária fez-se sem qualquer dificuldade**.

Exposição social

Desespero

Insucesso

Apoio específico

Evolução positiva

A principal dificuldade do L. apontada pela mãe é a compreensão, porque ela nota que o L. não percebe, mas refere também não saber explicar. Conta um episódio em que o L. **não conseguia aprender os dias da semana e andava sempre um pouco perdido**, e mesmo com todos os esforços da educadora e da mãe em construir um calendário onde ele colava fotos com as actividades que fazia em cada dia, ele não aprendia os dias da semana. Aprendeu-os já na primária, **numa viagem de carro que fez com os pais, em que este cantou a música dos dias da semana e ele fixou**.

Relação mãe-filho

Aprendizagem

Relação pai-filho

A mãe descreve que a relação que o L. tem com ela é diferente da relação que tem com o pai, **porque com ela é mais as regras e o cuidar** (vestir, dar banho, acompanhar nos trabalhos de casa) e **o pai é mais para as coisas boas, como a brincadeira, porque o pai não o contraria**. A mãe diz que sempre

Funcionalidade

Pai gratificante

achou que <b>não era por ele ter um problema que lhe ia facilitar a vida. As regras são as mesmas para os dois filhos e eles têm que cumprir.</b>	Normalização Inflexibilidade
A mãe refere que o L. no <b>1º ano de pré fazia muitas birras de se jogar ao chão, gritar e espernear</b> e ela agarrava-lhe no <b>braço e dava-lhe duas palmadas no rabo e aquilo foi-lhe passando.</b> Outra estratégia que a mãe utiliza para controlar as birras do L é <b>ameaçá-lo com a cama.</b> Diz que as birras se curam na cama e embora o L. não goste, a mãe refere que ele vai e fica, <b>pois quem manda é ela.</b> Embora a mãe não o considere um miúdo agressivo, <b>irrita-se e chateia-se quando é contrariado, mas segundo a mãe ele não começa uma briga, não provoca.</b>	Agressividade Punição Punição Fig. autoridade Frustração
A relação com os pares não é conflituosa porque o L. <b>tendia a alhear-se do mundo, mas a mãe refere que os miúdos que o chamam à atenção são miúdos que têm comportamentos que se destacam por alguma razão.</b> A mãe dá o exemplo de um colega da pré que tinha trissomia 21 e que o L. <b>começou a babar-se como o menino fazia, começou a falar igual ao menino</b> e a mãe diz que se passou um bocado porque não percebia porque é que ele fazia aquelas coisas, porque é que ele imitava o pior dos outros?!. Hoje em dia confessa que o L. já está muito melhor, porque <b>logo aos 3 anos quando entrou na pré era um bichinho do mato. A convivência com os outros e a rotina ajudaram-no a socializar melhor com os outros.</b> A mãe diz que não sabe se era timidez ou se é feitio <b>já que o pai também é uma pessoa fechada, que não se dá facilmente, assim como o filho mais velho do pai.</b>	Isolamento Identificação Imitação Isolamento Socialização Origem hereditária
O L., de acordo com a mãe <b>evoluiu muito, já aceita a mudança, já socializa melhor, as aprendizagens vão-se fazendo....</b>	Evolução positiva

ANEXO F

Notas de Entrevista N.º3

### Notas Entrevista 3

Nome: S.L.

Idade: 26 anos

Profissão: terapeuta da fala

---

A entrevista foi marcada telefonicamente e realizada na biblioteca municipal. Como já tinha explicado o objectivo e o método do trabalho ao telefone, e a S. estava com pressa, passamos logo à leitura e assinatura da carta de consentimento livre e informado e dei início à entrevista colocando à S. a seguinte questão: *Fale-me do A. desde que o conheceu até agora, descrevendo-o enquanto pessoa e referindo o trabalho que desenvolve com ele.*

A S. diz que começou a trabalhar com o A. no ano lectivo passado, mas **que já o conhecia há dois anos altura em que integrou a equipa de intervenção precoce.** Conta que o **A. era acompanhado pela educadora de apoio da equipa e por uma psicopedagoga de Grândola.** Como a mãe conseguia os **apoios através de um seguro de saúde,** não entenderam ser pertinente disponibilizar a terapia da fala, contudo **a mãe no ano lectivo passado procurou a equipa a pedir esse apoio e a equipa disponibilizou-o.**

Conhecimento prévio  
Apoio Específico  
Apoio Especializado  
Recursos Privados  
Apoio comunidade

No que se refere ao A. a técnica descreve-o como sendo um menino que *“é o pólo negativo e o pólo positivo e que passa de um ao outro várias vezes por dia”.* Descreve-o como sendo **uma criança dócil e bem-educada, que quando nos recebe em sua casa nos mostra a casa toda e descreve-a ao pormenor. É uma criança que está sempre a questionar tudo e que até tem uma cabeça muito arrumada dado o seu diagnóstico, sendo extremamente inteligente com uma capacidade de raciocínio bastante elaborada para a idade que**

Socialização  
Preconceito  
Competência cognitiva

<p><b>tem.</b> Apresenta boa capacidade de compreensão, <b>distingue correctamente o certo do errado, sabendo sempre quando e porquê faz mal. Tem um bom sentido de auto-critica e de auto-avaliação.</b> Refere que <b>é uma criança que se lhe pedir um beijo ou um abraço ele dá.</b> Depois, tem o pólo negativo, ou seja o <b>comportamento agressivo, que afasta todas as pessoas.</b> Questiono então se já assistiu a alguma crise do A. Diz-me que sim, que ainda não trabalhava com o A., e que <b>o A. daquela época era muito diferente do A. de hoje.</b> Naquela altura, conta, que <b>o A. simplesmente entrava em negação e não aceitava qualquer tipo de negociação. Deitava-se no chão, batia com a cabeça, virava-se e virava-se e tornava a virar-se no chão, esperneava e batia com os pés.</b> Para o segurar eram necessárias duas pessoas e mesmo assim, debatia-se e as pessoas acabavam por se magoar. <b>Era capaz de estar a chorar toda a manhã, desde que chegava até à hora de almoço.</b> Pergunto se tem ideia do que despoletava a crise. Explica que o A. <b>achava que não tinha que fazer o mesmo que os outros meninos e não aceitava as rotinas do jardim-de-infância.</b> Enquanto os outros meninos estavam sentados, <b>o A. andava a vaguear pela sala, a mexer em tudo e a tirar as coisas do sítio.</b> Bastava a educadora pedir para o A. se sentar e ele recusar e a educadora insistir, ou seja, <i>“ele tem que, independentemente da sua recusa ou do tipo de diagnóstico que tem, não pode ter um tratamento diferenciado dos restantes”</i>, <b>para desencadear a crise.</b> Para o A. não importa o que aconteceu para desencadear a crise, <b>ele tem é que bater e bate no primeiro que passar perto dele.</b> Basta acontecer um empurrão acidental, o chocarem na brincadeira para <i>“ a agressividade do A. passar dos zero aos cem”</i>. A técnica refere que essa <b>educadora desenvolveu um trabalho excelente com o A.,</b> porque a meio desse ano lectivo <b>começou a participar nas actividades da sala.</b> A S. destaca uma actividade como sendo aquela que</p>	<p>Consciência social</p> <p>Reconhecimento</p> <p>Afectividade</p> <p>Agressividade</p> <p>Evolução positiva</p> <p>Isolamento</p> <p>Agressividade</p> <p>Sofrimento</p> <p>Isolamento</p> <p>Irrequietude</p> <p>Normalização</p> <p>Agressividade</p> <p>Competência</p> <p>Evolução positiva</p>
--	---

promoveu a mudança no comportamento do A. dentro da sala. **A educadora** Identidade

**desenhou o corpo do A. em papel cenário e a partir daí, a técnica refere**

**que os técnicos ganharam o A.** Esta conquista foi sendo conseguida Valorização criança

atribuindo-lhe **alguns cargos de responsabilidade, que o faziam sentir**

**diferente dos outros,** e isso funciona com o A. Mas **a base do trabalho da**

**educadora com o A. foi equilibrá-lo a partir dos seus interesses e gostos,**

como os comboios, os sinais de trânsito, as passagens de nível, letras, números e Colaboração técnica

contas. Outro **factor facilitador foi a parceria que se desenvolveu entre os**

**técnicos que acompanhavam o A. diariamente e a psicopedagoga que o**

**acompanha uma vez por semana,** sendo que ela mandava alguns trabalhos Intervenção familiar

que nós fazíamos e passamos a seguir as suas orientações. **O trabalho com a**

**família foi outra vertente da intervenção,** porque tivemos que trabalhar a mãe

no sentido de ele ter que ser contrariado, porque o A. distingue muito bem as Limites

regras da casa das regras da escola, **acontece que ele nunca era contrariado** Punição

**na escola.** Outro comportamento do A. é que **tenta sempre colocar a culpa**

**no outro,** existindo uma tentativa de desculpabilização da sua parte. **A sua** Frustração

**maior dificuldade é o lidar com a frustração.** Depois a técnica comenta que Desinteresse

**ele é um menino muito irrequieto, farta-se muito depressa de tudo** ficando

ela com a sensação que as actividades do jardim-de-infância já não são para a

idade dele, refere que ele tem uma maturidade diferente porque enquanto os

outros meninos querem brincar ele gosta é de construir casas, comboios e (In)Segurança

carros. Contudo, **precisa da ajuda do adulto para realizar qualquer tarefa,**

*“talvez pela dificuldade dele em lidar com a frustração, o adultos tem que estar sempre com*

*ele”*, apesar de ele conseguir fazer sozinho. Embora, na sala o A. **tenha** Irrequietude

**dificuldade em se manter sentado e a realizar alguma tarefa e ande a**

**maior parte do tempo a vaguear pela sala, em círculos à volta das mesas,**

sempre que a educadora coloca alguma questão o A. responde, o que demonstra **que apesar de parecer que ele está alheado ele acompanha todas as actividades desenvolvidas na sala.** É referido que o A. gosta do espaço escola e tem para com ele **um sentimento de pertença que se estende à educadora e aos colegas.**

Vigilante

Vinculação

No que se refere ao trabalho específico com o A., a técnica relata que o seu trabalho visa corrigir alguns erros articulatórios, porque apesar de o A. ter **um discurso muito robotizado, com muitas paragens, não tem aquele ritmo melódico, apesar de ter velocidade.** Já a questão da fluência só com o tempo é que poderá ser corrigida, uma vez que ele falou tarde. Contudo, ele já dá **algumas entoações, já se percebe quando ele questiona, quando faz um pedido ou dá uma ordem, embora seja difícil trabalhar com ele.** A técnica conta que nos primeiros tempos teve **que introduzir o seu trabalho, a muito custo, nas actividades que o A gostava, por exemplo, o trabalho articulatório foi encaixado no meio dos legos.** Outra dificuldade é que o **A. desiste muito facilmente das tarefas, alega que está cansado, mas se o adulto insistir e continuar com ele, ele faz.** Contudo, a técnica pensa que não é desmotivação, é mais preguiça. Por exemplo, **o A. tem que contar com ajuda,** mas se a técnica lhe disser para colocar os dedos na tesoura e abrir e fechar, abrir e fechar, ele corta sozinho sem ajuda. **Ele precisa de um reforço positivo constante para fazer as actividades,** porém se for uma actividade do seu interesse como letras e números é capaz de estar uma hora a trabalhar e ainda pedir mais. **O difícil de trabalhar é a criatividade, o faz de conta, o jogo simbólico, porque ele constrói uma casa por construir, não faz daquilo uma brincadeira. Ele é muito funcional, tem que saber o que vai fazer, quando começa e quando acaba.** Declara que **o plano de intervenção**

Falta ritmo

Evolução Positiva

Aceitação

Adaptação difícil

Desinteresse

(In)Segurança

Reforço positivo

Concreto

Orientação

Relação

com o A. visa trabalhar sobretudo a área da socialização, o auto-controlo, a partilha, as regras sociais, o jogo colectivo e para trabalhar a relação com os outros não existem instrumentos logo, tem que se trabalhar na sala e	Intervenção contexto
intervir nas situações quando surgem. Na opinião da técnica, apesar de o A. ter um olhar o outro que parece que está a ver através dele, tem noção que o olhar media a relação porque em diversas situações quando ele questiona e lhe respondem sem olhar para ele, ele toca e repete a questão até que lhe respondam a olhar para ele.	Vazio
A relação do A. com os pares é complicada porque o A. ignora-os, não os procura, mas quando ele quer algo que o outro tem, ele não pede e chega e tira, o que desencadeia conflitos. Há alturas em que o A. até aceita partilhar uma actividade que seja do seu interesse, como uma construção e negocia o modo de fazer. Existem outras alturas em que o A. não suporta a partilha e tem que ter uma caixa de legos só para ele. A técnica também refere que existem meninos que lhe transmitem calma e outros uma reacção de agressividade. Contudo, a reacção do A. aos outros também sofreu transformação porque se dantes ele agia logo agressivamente agora, por vezes ele já não reage e chora. Vai fazer a queixinha a chorar, mas não bate. No entanto, exige que o técnico ralhe com o menino que o enfrentou e que reconheça que a culpa não foi dele, atribuindo a técnica a que o A. tem que sentir que o adulto está com ele e contra o outro. O A. também não admite que lhe desmanchem algo que ele construiu, o que evidencia um sentido de pertença, de posse. Para as outras crianças, o A. faz parte do ambiente da sala e mostram-se vigilantes para com o comportamento do A. avisando a educadora sempre que ele faz alguma asneira. Alguns deixam-se bater outros enfrentam-no, e	Isolamento Egocentrismo (In)Segurança (Des) Confiança Reactividade ao outro Evolução Depressiva Punição Reforço positivo Existência Ameaça Previsibilidade

quando esta última situação acontece o A. **se não pode bater no menino que o enfrentou bate indiscriminadamente em quem primeiro lhe surgir à frente.** Agressividade

Da relação do A. com os pais, a técnica refere diferenças na dinâmica mãe-A. e pai-A. Noto que a S. **não está muito à vontade para abordar este assunto**, contudo após alguma insistência e reforçando a ideia de que o que me interessa é a sua percepção, lá vai dizendo que acha que **o pai, por ser uma pessoa mais calma, mais tímida, nunca levanta a voz ao A. e fala e explica-lhe tudo. Fazem acordos e o pai faz o A. perceber o que não pode fazer e porquê, e depois faz-lhe prometer que não vai ter determinado comportamento.** Quando o pai o vai buscar à escola, pergunta-lhe **como é que ele se comportou e mesmo na frente das técnicas recorda-lhe o que tinham combinado e lembra-lhe que três comportamentos desadequados têm como consequência um castigo.** A S. refere que **dificilmente o pai lhe dá uma palmada. Já a mãe, embora também explique as coisas ao A. se tiver que lhe dar uma palmada dá e negocia com ele que um comportamento desadequado reflete-se na privação do computador ou de determinados brinquedos que ele gosta. A mãe controla o A. pela mediação com outros objectos, o pai através do compromisso assumido e da palavra. A técnica refere que assiste muito mais a birras do A. com a mãe do que com o pai, mas também atribui este facto à mãe estar mais presente na vida do A. do que o pai, porque como não trabalha está mais disponível para o A. o que o leva a experimentar mais com a mãe do que com o pai.** Desconforto  
Tranquilizar  
(Des) Confiança  
Responsabilidade  
Limites  
Pai gratificante  
Punição  
Reforço Negativo  
Controlo  
Diálogo  
Revolta  
Mãe presente

Quanto às relações do A. com os adultos da escola, auxiliares e educadoras, a técnica refere que a sala do A. **mudou muitas vezes de**

Instabilidade

educadora e se com umas a coisa funcionava bem à primeira com outras nunca chegava a funcionar. Contudo, é dito que o **A. não é uma criança de estranhar, de terem que ganhar a sua confiança, embora ele nos primeiros dias possa não querer interagir com essa pessoa, não mostra desconfiança.** Depois, ele é como todos nós simpatiza mais com algumas pessoas do que com outras, mas é difícil avaliar porque as auxiliares tem uma grande rotatividade pelas salas, não ficando muito tempo na mesma. **Mas a hora do almoço, onde ele está só com as auxiliares é por norma complicada,** com muitas birras e choro, tanto que ao início **ele não almoçava na escola porque só gritava e chorava.**

Vinculação

Protecção

Restrição

Questiono a técnica quanto à sua reacção quando soube que ia acompanhar aquele menino. **Diz-me que de todos os meninos do espectro autista que já acompanhou, o A. foi aquele que tem pior comportamento.**

Agressividade

Refere **ter-se sentido um bocadinho assustada sem saber como é que devia fazer para conquistar o A.** Porque não sendo um elemento estranho,

Medo

porque o A. estava habituado a ver a técnica na sala, **não fazia ideia de como ia ser aceite por ele.** Confessa que para isso **foi importante contar com a**

Aceitação

Colaboração técnica

**educadora de apoio, que tem uma boa relação com o A.,** para conseguir avalia-lo, porque **inicialmente o A. não queria interagir com ela.**

Rejeição

Normalmente, como a educadora de apoio está com o A. antes da terapeuta da fala, **esta quando chega procura saber como é que o A. esteve.**

Previsibilidade

Para esta técnica, os meninos que **tem uma perturbação do espectro autista, independentemente de serem Asperger ou outra coisa qualquer, são tratados como autistas,** tendo ela a noção de que é depois a **personalidade de cada um que vai ditar as características desse menino.**

Autismo

Individualidade

Então, para delinear o projecto de intervenção com qualquer menino, começa

Observação

por ir conhecer o menino, saber os seus pontos de interesse, o seu comportamento e refere ser com todas essas linhas que cose o projecto de intervenção.

A principal dificuldade sentida em trabalhar com estes meninos declara ser o início, porque não sabe o que vai encontrar, se vai ser aceite e se vai conseguir conquistar o menino em causa. Depois confessa ser mais fácil trabalhar com meninos que falam de forma desinibida do que com meninos que se remetem ao silêncio, porque diz que o silêncio é angustiante, porque se eles compreendem e comunicam através de linguagem expressiva, então porque é que não falam, dá a impressão de que existe ali um bloqueio que não é orgânico ou físico, mas sim emocional. Nestes casos, diz sentir que o trabalho que está a desenvolver não leva a lado nenhum.

Um aspecto facilitador da intervenção referido é o trabalho de equipa, desde que exista partilha de informação e articulação com outras valências se a equipa não as tiver disponíveis. Diz que o trabalho desenvolvido com o A. por ela e pela educadora de apoio, segue normalmente a lógica de continuidade, no sentido de dar continuidade às actividades que já estavam a ser desenvolvidas e inserir a sua intervenção específica nesse contexto. Embora, comente que o pedido normalmente é que se tire os meninos do ambiente sala e se trabalhe á parte com eles, contudo salvo raras situações em que essa atitude se torna necessária, não é uma prática corrente pois o que se quer é que estes meninos desenvolvam competências sociais de partilha e aceitação do outro e isso não pode ser trabalhado se não em contexto de grupo.

Aceitação

Linguagem verbal

Impotência

Psicológico

Colaboração técnica

Continuidade

Problema

Intervenção contexto

ANEXO G

Notas de Entrevista N.º 4



## Notas de Entrevista 4

Nome: M.L

Idade: 36 anos

Profissão: Educadora de Infância

---

A M. foi ter comigo à biblioteca a fim de efectuarmos a entrevista. Expliquei-lhe o objectivo do estudo e o método a utilizar e entreguei-lhe a carta de consentimento informado para ler e assinar e disponibilizei-me para responder a alguma questão que surgisse. Então iniciei a entrevista. Pedi-lhe que me falasse da sua experiência profissional no acompanhamento do A. referindo qual a sua percepção do A.

Começa por me dizer que começou a trabalhar com o A. no ano lectivo passado e que **ao início teve grandes dificuldades. Não conseguia trabalhar com ele, pois ele era mais agressivo e mais teimoso** do que está agora e, embora a mãe referisse que ele tinha que ser contrariado, a técnica confessa que não queria contrariá-lo pois temia a reacção dele. Menciona que o pedido de intervenção visava a socialização, a motricidade porque o traço do A. mal se via, e a terapia da fala porque tem um discurso robotizado. A maior dificuldade da técnica foi conseguir trabalhar com o A. Refere que o A. **fazia muitas birras, chorava imenso, atirava-se ao chão, derrubava tudo, incluindo um armário cheio de materiais. Era muito difícil acalmar o A e conseguir pô-lo a trabalhar**, sobretudo porque a meio do ano lectivo mudaram de escola e essa também foi uma situação complicada para ele. Mas já no 3º período, a técnica já conseguia negociar com o A. pois apercebeu-se do interesse que ele tinha por comboios e sempre que ele se comportava bem levava um comboio de papel para

Relação  
Aceitação  
Colaboração pais  
Medo  
Sinalização  
Agressividade  
Tranquilizar  
Resistência à mudança  
Aceitação  
Reforço positivo

**casa, caso contrário não levava comboio. Toda a relação com o A. precisa ser negociada e mediada por compensações e reforços, caso contrário ele não aceita as regras, os pedidos do outro. A técnica diz que este ano ele já está muito melhor, não faz tantas birras e já aceita trabalhar, mas sempre com negociação.** O ano lectivo passado não correu muito bem, porque a própria educadora da sala estava um pouco desorganizada a nível de trabalho, o grupo era complicado porque tinha mais rapazes que raparigas e o A. desorganizava-se mais pois também não era contrariado pela educadora, que o deixava fazer tudo o que ele queria para que ele não chorasse. A técnica acompanhava-o nas actividades que a educadora da sala tinha planeado, mas como ele faz rápido desde que tenha apoio, teve que começar a trazer sempre uma actividade suplente para o A. Muitas das vezes opta por retirar o A. do contexto sala, embora o ano passado isso acontecesse mais, pois as crises eram mais frequentes. Quando sai com o A. escolhe espaços sociais, como a biblioteca para que ele se habitue a conviver e a estar com as outras pessoas e aprenda a respeitar as regras dos espaços. Conta que já este ano levou o A. a um teatro de uma turma do 2º ano da escola e que ele se comportou muito bem, viu o teatro todo interessado. Também este ano começou a ir acompanhar o A. à hora de almoço, porque sempre que ele almoçava na escola havia queixas de que se tinha comportado mal e o A. chegava à sala muito descontrolado. Refere já perceber o porquê disso acontecer, pois ele é um pouco esquisito com a alimentação e as auxiliares tendem a obrigá-lo a comer tudo como fazem com os outros meninos. Ora, isso com o A. não resulta e só serve para criar uma situação que depois não conseguem controlar. Então, agora o A. já come na cantina da escola e as crises diminuíram. Esta educadora refere gostar imenso de trabalhar com

Socialização

Evolução positiva

Instabilidade

Limites

Evolução positiva

Intervenção contexto

Protecção

Individualidade

Técnica gratificante

Relação

o **A porque é um desafio para ela**, pois ele é um menino muito inteligente e que está constantemente a testar os limites, o que para esta educadora lhe dá satisfação embora a deixe muitas vezes cansada. **Nota-se que esta técnica nutre por este menino um sentimento muito forte e especial o que reflecte a evolução da relação que foi construindo com o A.** Declara que quando iniciou o trabalho com o A. **todas as pessoas que falavam com ela descreviam o menino como um monstrinho e que isso condicionou inicialmente a sua atitude, pois ficou com medo das reacções dele.** Hoje critica as atitudes dessas pessoas que além de fazerem um juízo de valor acerca da criança, não a procuram compreender e ajudar. Diz ter-se sentido revoltada por **perceber que a “má fama” do A. já chegou ao 1º ciclo**, pois quando o levou para ver o teatrinho da turma do 2º ano, **a professora veio logo lhe perguntar, muito receosa, se ele se ia comportar bem.** Estas atitudes revoltam-na e fazem-na temer pelo acolhimento que o A. vai ter pró ano quando entrar na escola. Nota-se que **esta técnica já está preocupada com o fim do seu trabalho, pois vai deixar de acompanhar o A e isso vai-lhe custar muito** (emociona-se e chora) porque construiu com ele uma relação especial e vai sentir falta de trabalhar com ele. Diz que o A. **lhe ensinou muitas coisas, foi muito especial e por isso não encontra palavras para descrever.** Tento que pense um pouco sobre isso comigo para que me consiga dizer o que aprendeu com ele. Diz que a ensinou a trabalhar com meninos autistas o que ela não sabia, e acaba por confessar **que é reconfortante um técnico sentir-se parte de um processo de crescimento social, onde afecto e agressividade se interligam descontroladamente e perceber que se teve um papel no processo de aquisição desse controlo e autonomia.** Refere não saber como é que foi, mas foi-se construindo e hoje **o A. quer trabalhar e pede para**

Vinculação

Preconceito

Partilha informação

Medo

Afectividade

Relação

Objectivo Intervenção

Técnica gratificante

**trabalhar com esta técnica, enquanto com a educadora da sala às vezes recusa-se a trabalhar e a cooperar. Peço-lhe para me descrever, por palavras suas, como é um menino autista. Diz-me que tem que ter regras, rotinas para ele se orientar, tem que ser contrariado porque ele tentar desafiar para fazer as coisas à sua vontade e insiste em testar os limites dos adultos** que estão com ele. Ao nível **dos afectos descreve-o como agressivo e carinhoso, fazendo a birra quando é contrariado, mas depois quando se acalma, mostra-se carinhoso. Uma particularidade do A. é que para se acalmar pede para ir beber água e, normalmente isso costuma chegar para fazer passar a birra.** Outro aspecto que é salientado é que o A. **funciona muito bem com a atribuição dos sorrisos coloridos (verde, amarelo e vermelho) de acordo com o seu comportamento.** O seu sentido crítico e a sua auto-avaliação estão sempre de acordo com a forma como se comportou ao longo do dia.

Previsibilidade

Limites

Afectividade

Tranquilizar

Socialização

Questiono então a técnica acerca da forma como vai trabalhar o A. para a transição do jardim-de-infância para a escola. Diz-me que ainda não pensou nisso, mas que vai ter pensar e já lhe está a custar deixar o A. **Refere até que vai ser um pouco semelhante como foi com os seus filhos, porque também anda a adiar como fez com eles. Contudo, já falou com a mãe e lhe disse que no 3º período vão ter que combinar para a técnica ir com o A. a uma sala do 1º ano para ele se ir habituando e depois não ter um choque tão grande.** Salienta que **primeiro vai ter que se preparar a si, para depois o preparar a ele para a separação deles, mas reconhece que vai ser muito difícil para ambos.** Á medida que vai reflectindo comigo acerca da melhor maneira de preparar o A. comenta que se fosse a mãe colocava o A. **numa escola rural, na periferia, onde o A. ia estar sujeito a menos confusão porque são menos crianças, e por essa razão ia ter mas atenção, ou seja, ia**

Ansiedade separação

Colaboração pais

Ansiedade separação

Protecção

**estar num ambiente mais protegido.** Porque, de acordo com esta técnica, as **crianças deixam o ensino pré-escolar e é como se perdessem o estatuto de crianças e passam a ser tratados como pequenos adultos que tem que se desenrascar e já não são tão protegidos como até ai.** Enquanto que, para a maioria das crianças este novo tratar pode ser sinónimo de crescimento e até gostam, para meninos **como o A. pode ser muito mau porque ele normalmente até se desorganiza um pouco no recreio.** Então, confessa que vai falar com a mãe dar-lhe a sua opinião, ou seja, **o A. ainda tem tempo de crescer e deve fazê-lo ao seu ritmo, o que é mais provável acontecer num meio mais protegido.**

Protecção

Ameaça

Individualidade

A relação com os outros meninos era mais complicada no início do que é actualmente. Até porque o grupo mudou e este ano eles estão mais equilibrados em termos de rapazes e raparigas, o que facilita a dinâmica do grupo. **Sublinha que o A. não ter reagido à mudança do grupo, já mostra alguma evolução.** Outra razão é o facto de as crianças serem por norma mais novas que o A. e isso é um facilitador da relação entre os colegas e o A. **Os principais conflitos surgem quando os meninos estão a brincar nas áreas sem acompanhamento constante e porque o A. não tem por hábito partilhar as suas coisas.** Essa é também a razão dos conflitos no recreio, porque o espaço é muito pequeno para tantas crianças e só existe um escorrega, logo surge a disputa pelo escorrega e gera-se o conflito. Contudo, a técnica diz que não é só o A. que provoca que já viu outros meninos também a provocar, **embora a culpa seja sempre atribuída ao A.** Neste sentido, a técnica refere que na mesma sala existe um menino com atraso global do desenvolvimento que é muito protegido na escola por todos e tratado de maneira diferenciada, **assumindo os técnicos uma atitude de desculpabilização para com o menino, ao passo que com**

Evolução positiva

Mediação

Preconceito

Agressividade

o **A. verifica-se o contrário e há uma constante responsabilização e culpabilização do A.** Esta educadora diz que o A. se apercebe deste tipo de coisa e não deve gostar, **porque o ano passado ele estava constantemente a “atacar” esse tal menino.**

Injustiça

**Para os técnicos da escola, educadoras e auxiliares, o A. é visto como um monstrinho, um menino mau. Esta visão é depois alargada aos pais dos colegas e conseqüentemente às outras crianças, que se protegem junto das auxiliares quando se juntam no recreio com o A.**

Preconceito

Esta educadora declara que a relação que o A. tem com o pai é diferente da relação que tem com a mãe, porque parece que o pai trata a perturbação do A. como um problema que precisa ser resolvido, trata de uma forma mais a sério enquanto para a mãe parece que é assim e pronto. Parece que faz parte do A. **O pai fala muito com o A. e explica-lhe as razões de não se poder reagir assim, ou se o castiga e lhe retira algo que ele gosta já o tem avisado que se isso vai acontecer. É como se o pai lhe desse um limite e o deixasse gerir os seus comportamentos e tomar as suas decisões conhecendo ele previamente as conseqüências.** A mãe aceita mais os comportamentos do A. como normais para ele, mas que vão ser castigados na mesma. O pai dá sempre feedback, ao passo que **a mãe castiga porque o A. é mau e ele tem que aprender.**

Diálogo

Previsibilidade

Punição

Questiono a técnica sobre se sentem dificuldades ou não quando são chamadas a intervir em casos de crianças autistas. Refere que no caso do A. não sentiram dificuldades nenhuma porque **existe uma grande abertura por parte dos pais o que é um factor facilitador da intervenção,** pois sempre que surge alguma dúvida ela é prontamente esclarecida. **A própria mãe teve o cuidado de explicar à técnica como era o A., embora pintando um monstrinho, de**

Colaboração pais

Colaboração pais

modo a dar-lhe as principais ferramentas para a intervenção, ou seja, existiu uma partilha de conhecimentos. O pai teve a preocupação de transmitir que o A. tem que ser trabalhado na base da negociação e tem o cuidado de referir estratégias que ele já usou e que não resultaram e outras que ele utiliza e que resultam muito bem. Já a mãe coloca a tónica sempre na questão de que ele já foi muito pior, agora já está muito bem.

Evolução positiva

Quanto ao trabalho em equipa, questionei como é que os técnicos encaram este tipo de perturbações. A educadora refere que os seus colegas porque já trabalharam e acompanharam crianças autistas, encaram os casos com naturalidade e desprendimento, reflectindo que se calhar não se devia ter ligado tanto ao A. Mas, diz também que o seu trabalho tem sido reconhecido e que é sempre privilegiada a estabilidade da relação técnico-criança, principalmente neste tipo de perturbação. Normalmente, em reunião de equipa dá-se conta da evolução do caso e comenta-se alguma dúvida quanto à intervenção de modo a ter o máximo de ajuda possível.

Distanciamento

Continuidade

Partilha informação

Quanto ao tipo de acompanhamento que é feito após a saída do ensino pré-escolar, a técnica refere que se mantém uma aproximação aos pais e à criança, no sentido de ir acompanhando pontualmente qualquer situação que surja em casa, mas mais na base da consultoria. Na sua opinião a equipa de intervenção precoce devia acompanhar até um pouco mais tarde, por exemplo 1º ano da primária, para ajudar a transição e não ser

Intervenção familiar

Futuro

mais um factor de mudança. Os apoios no ensino primário existem, mas são muito poucos e não tem a frequência a que eles vão habituados daqui. Muitas vezes o que é feito, quando se justifica, é pedir o adiamento da matrícula por um ano, e por exemplo isso foi feito no caso de um outro menino com perturbação do espectro autista em que o pedido também era a socialização, mas

Continuidade

Apoio específico

**porque ele era muito meiguinho e fechava-se no seu mundo e não se sabia defender.** Então, este ano já foi mais preparado. No caso do A. não se justifica porque **o A. defende-se e não tem nenhuma dificuldade cognitiva.**

Isolamento

Agressividade

Questionei se neste tipo de perturbação considerava importante ter um diagnóstico para se delinear a intervenção. Diz-me que depende, que por exemplo no menino com um atraso global do desenvolvimento, é importante como forma de explicar o porquê dele não conseguir realizar determinadas tarefas, ou seja, **ele não faz porque não consegue e não sou eu que não estou a conseguir explicar.** No caso do A, a técnica refere que preferia que não lhe tivessem dito nada, porque **a informação transmitida pelas colegas não corresponde à forma como A. é hoje visto pela técnica. Pintaram um monstro e ele não é.** Todos nós temos dias complicados.

Diagnóstico  
Responsabilidade

Partilha Informação

ANEXO H

Notas de Entrevista N.º 5



## Notas de Entrevista N.º 5

Nome: T.G.

Idade: 48 anos

Profissão: Educadora de Infância e Coordenadora da Equipa de Intervenção Precoce

---

A entrevista é realizada nas instalações da Intervenção Precoce. Quando chego sou recebida por um elemento da equipa que está presente e é-me dito que a Dr.ª T. não deve demorar. Quando chega, conversamos um pouco acerca do objectivo do estudo e do método utilizado, faculto-lhe a carta de consentimento livre e informado e após feitas as respectivas assinaturas damos início à entrevista.

Como a Dr.ª T. é a coordenadora da equipa, além de ter acompanhado o L., acompanhou também outros meninos com este tipo de perturbação, e foi inclusivé chamada a intervir com alguns pais, como é o caso da mãe do A., procuro perceber o que se recorda dessas duas intervenções.

Começo por a questionar acerca do que se recorda da conversa que teve com a mãe do A., de quais eram as suas preocupações naquela altura. A principal dificuldade que a mãe sentia era em **perceber este filho, que doença é que ele tinha e porque razão é que ele era assim.** O que mais a incomodava era não perceber o porquê dele ter aquelas alterações e havia uma **tentativa atribuir o significado das alterações daquele menino ao facto do pai fazer turnos, portanto à ausência do pai como factor desencadeante da alteração da rotina e dinâmica familiar,** embora a própria mãe percebesse que não passava de uma desculpa e não acalmava a sua angústia. A técnica refere que a sua principal dificuldade **era explicar aos outros o porquê daquelas alterações**

Doença  
Pai ausente  
Exposição social

**de comportamento do filho.** Aquela criança na altura frequentava uma creche, que era uma IPSS, e surge  **sinalizada pela educadora/directora daquela instituição** devido a **alterações da rotina do sono** que dificultavam a sua assiduidade e pontualidade,  **tinha alterações do comportamento** (interesses estranhos, dificuldade em permanecer e em estar no grupo),  **não falava** e naquela altura ainda tinha diagnóstico. É dito que na altura já se tinha a **desconfiança que seria uma perturbação deste tipo, pelas descrições que eram feitas e pela observação natural que iam fazendo da criança.** Neste caso a  **intervenção de primeira linha na comunidade não funcionou.** Porque? Na opinião desta técnica,  **a mãe não aceitou um acompanhamento de tão perto porque a situação expunha a família** e como tal eles foram para fora para se protegerem, e diz que ainda hoje esta atitude se mantém, apesar de já estar muito melhor desde aos 2 anos para cá, ainda hoje se mantém. Nunca foi permitido de forma explícita que a intervenção acontecesse fora do espaço educativo,  **mostrando que a família era um espaço protegido e a mãe tentava resolver por ela a situação.** Esta situação levou a que a mãe se sentisse desapojada na comunidade, mas como  **obteve respostas fora da comunidade e num acompanhamento diferenciado,** as coisas foram resultando. Contudo, após o pedido ter sido feito e a intervenção precoce ter começado a apoiar este menino,  **a intervenção cinge-se apenas ao espaço educativo** e embora continuem a chegar informações de alguns comportamentos desajustados em casa,  **nunca existiu uma abertura por parte da mãe a que os técnicos pudessem entrar naquele espaço para intervir.** Deste modo,  **esta mãe apropriou-se ela como coordenadora da rede de apoio do filho/família,** seleccionando ela as directrizes a seguir construindo uma barreira que apenas é permeável aquilo que a mãe entende como permitido. Questiono

Sinalização

Perturb. fisiológicas

Socialização

Ausência Ling. Verbal

Observação

Apoio comunidade

Preconceito

Mãe gestora

Apoio especializado

Intervenção contexto

Família fechada

Mãe gestora

acerca da continuidade do acompanhamento por parte da equipa técnica quando o menino transitar para a primária. A técnica refere que com base nos 10 anos de experiência que tem enquanto técnica de intervenção precoce, o que se verifica com os meninos que têm tido com este tipo de problemática é que depois as respostas socioeducativas disponibilizadas não são suficientes, então houve meninos que nós continuamos a apoiar para além da faixa etária e da formalidade. Declarando não saber se para este menino em concreto os apoios irão ser suficientes ou não. Questiono então como o apoio é feito. Diz-me que acaba por ser feito formalmente porque a instituição onde a Equipa está inserida entende o apoio às crianças e famílias de uma forma mais abrangente, e como não existe no concelho outra instituição que disponibilize um apoio similar então a equipa acompanha enquanto a necessidade se mantiver. Até hoje, este menino foi o único onde a intervenção da equipa se limita ao espaço educativo. Todos os outros que acompanharam com este tipo de perturbação, a intervenção realizada abrangia ou a casa ou os tempos livres, na ajuda aos trabalhos de casa não tanto pela tarefa, mas pela compreensão da mesma. A maior angústia que caracteriza estas famílias, segundo esta técnica, é o não conseguir identificar apoios na comunidade. Porque são pessoas que tem uma vida muito ocupada com médicos, terapias e centram-se muito em torno daquela questão e acaba por sobrar pouco tempo para elas. Outro aspecto abordado diz respeito ao facto deste menino ser também o único que procurou apoio fora, possivelmente por ser uma família que parece não apresentar dificuldades económicas e talvez até por ter mais acesso a outros recursos, porque todos os outros ficaram-se pelos apoios da comunidade. Tento perceber qual a opinião da técnica e acaba por me dizer que acha que foi por opção da família, que acabou por se

Apoios insuficientes

Resposta social

Apoio comunidade

Problema

Apoio Especializado

Recursos Privados

Exposição Social

**fechar e recusar os apoios mais próximos.** Também é referido que pelo facto desta mãe não trabalhar fora que talvez ela tenha encarado aquela situação como o trabalho dela, já que o marido asseguraria a parte económica e financeira, o que também, não é visto como sendo mau, pois ela possivelmente achou que conseguia dar conta. **Já as outras mães todas trabalhavam fora** e por isso tinham menos disponibilidade para assumir essa atitude ou opção. A **instabilidade dos técnicos** também condiciona e invade quem precisa e conta com eles, e isso aconteceu com o A., **e que não foi possível ter uma figura de referência no acompanhamento do menino.** Este terá sido um outro motivo que levou esta família a procurar o apoio fora da comunidade. Contudo, a técnica refere que embora o apoio disponibilizado não fosse frequente ou sistemático, aquele menino continuou presente nas listas da equipa **e todos os anos no início do ano lectivo era feito o contacto a fim de disponibilizar os apoios existentes.**

Responsabilidade

Profissão

Falta técnicos

Continuidade

Procuro saber como é feita a transição do ensino pré-escolar para o ensino básico, se é complicado ou não. O que me é dito é que **no primeiro mês estas crianças passam despercebidas porque pelo aspecto físico não se nota nada, mas depois começam a achá-los estranhos e aí surgem os problemas.** Com o L. aconteceu isso mesmo e começaram a surgir questões de desconhecimento. O que acontece é que **a equipa contacta a escola no sentido de se disponibilizar para apoiar os professores em qualquer questão ou dificuldade que surja** e depois na primeira avaliação, passados três meses, vão saber como é que correu, se está tudo bem. Mas normalmente, **os pais durante o primeiro mês apercebem-se que o apoio é insuficiente e procuram eles próprios a equipa.** Os professores, por norma, nunca solicitam o apoio disponibilizado, mesmo depois de se aperceberem que tem um

Desvalorização

Colaboração técnica

Colaboração pais

problema em mão que não compreendem. Para esta técnica, **a reacção dos professores revela uma atitude de “meter a cabeça na areia, e se não eu não ver, pode ser que o problema deixe de existir”**. Um outro feedback que chega à equipa é o do pediatra que apoia a mesma, de que **estes meninos quando lhe chegam à consulta para os apoios educativos é como se não tivessem nenhum processo anterior, “é como se tivessem acabado de nascer” e aquele problema acabasse de ser identificado**. As tentativas de aproximação que se fazem no sentido de disponibilizar apoio para ser parte da solução daquele problema, não são identificadas. O que leva esta técnica a crer que se está **à espera com estes miúdos ou de um milagre ou que o médico prescreva um comprimido que resolva a perturbação**. Toda esta situação revela uma atitude por parte dos outros técnicos que parece ser de descrédito e/ou desvalorização do apoio prestado até então. Procuo perceber o porque destes sinais só serem valorizados após a entrada no ensino básico, formal. Após alguma reflexão é-me dito que **a nossa sociedade valoriza as aprendizagens formais e as dificuldades destas, ao passo que o ensino pré-escolar é visto como um espaço onde se deixam as crianças para brincar e não como uma preparação para a aprendizagem formal**, até porque se nota a tendência do professor em nivelar as crianças que entram no ensino básico ao se repetir actividades que já foram efectuadas no pré-escolar, só para garantir que todos sabem o mesmo. A articulação com a escola é por isso muito difícil para esta equipa. Apesar de tudo **continuam a ser os pais a darem os sinais de alerta de que algo não está bem e a procurarem soluções por eles**. Por exemplo, no caso do L., esta técnica está a utilizar uma estratégia diferente que é, face às preocupações da mãe, retomaram o apoio ao menino nos tempos livre e em casa junto da mãe, enquanto aguardam que a professora procure a equipa se achar

Indiferença

Desvalorização

Problema  
Resolução

Desvalorização

Identificação problema

necessário. Isto é, **mostra a sua disponibilidade para ajudar, mas sem impor ou oferecer esse apoio de forma insistente, porque isso, diz-lhe a experiência está destinado ao fracasso.** Também já aconteceu com outros dois meninos autistas que o apoio depois foi aceite, mas sem nunca ser imposto. Existe também o risco, no caso destes meninos autistas, que se alheiam do mundo que o professor acabe por os esquecer um pouco e não invista muito neles, o que acaba por potenciar as suas dificuldades sociais e de aprendizagem. A experiência desta técnica revela que a condição social dos pais constitui um factor facilitador da disponibilidade dos recursos existentes para estes meninos. Uma outra variável que se verifica prende-se com a consciência que os próprios pais tem acerca da situação e o investimento que eles próprios fazem na criança. Porque para esta técnica os próprios pais tendem a desinvestir nas aprendizagens que a criança faz, porque não é fácil lidar com o insucesso, então preferem aceitar a criança com as suas incapacidades ou dificuldades porque assim protegem-se de algum sofrimento.

Disponibilidade

Desinteresse

Expectativa pais

Aceitação

Passamos a centrar-nos no acompanhamento que a técnica fez do L. Este menino chega á equipa de Intervenção Precoce **sinalizado pelo pediatra do Centro de Saúde, contudo quem identifica o problema é a mãe,** que nota dificuldades de linguagem, alguns comportamentos estranhos. A técnica refere lembrar-se perfeitamente do primeiro dia que vê este menino pela primeira vez na pré, diz ter sido o primeiro contacto com os pais em que tiveram uma conversa na sala, e recorda **ter visto um menino muito bonito, de mão dada com o pai, com o olhar fixo no muro da escola, fazendo um movimento repetitivo, que pareceu à técnica já de auto-estimulação. Era um menino tímido e calado, pouco expansivo e muito quieto para a idade que tinha.** Da conversa com os pais, a técnica reteve com principal

Sinalização

Observação

Isolamento

preocupação **destes o facto de eles não perceberem muito bem o que se estava a passar com aquele filho, mas que ele precisava de ajuda.** E que eles também precisavam de ajuda. Era nítido que **o pai não identificava nenhum problema naquele filho, achava que ele talvez fosse um pouco distraído e nada mais.** Até porque tinha dois filhos de uma relação anterior, em que o mais velho também tinha tido assim uns comportamentos parecidos, mas tinha feito o percurso normal e por isso ele achava que neste as coisas também iriam passar. Apesar disso, o pai não recusava a ajuda, até porque o primeiro contacto foi feito com o pai, já que a mãe não pode estar presente por motivos de trabalho. Já a mãe, para a técnica era visível que ela dava conta do recado em casa, até porque esta mãe referia que tratava os dois filhos de forma igual, e quando o L. insistia em algum comportamento ou atitude mais desadequada, **a mãe mantinha a sua atitude e não cedia a birras ou outras exigências. As regras eram as mesmas para os dois.** Com esta atitude determinada e rígida conseguia ir controlando e gerindo as coisas, e ir negociando com o filho de forma a conseguir alargar as respostas adequadas deste menino. Não era uma mãe muito ansiosa em procurar soluções fora da comunidade, talvez também por dificuldades financeiras, embora também **tivessem ido à procura de uma avaliação e um diagnóstico numa consulta de especialidade.** Mas depois havia a consciência de que um tratamento com a frequência desejada fora da comunidade, não era comportável para esta família, **então optaram por um apoio na comunidade que permitisse lidar com as dificuldades do quotidiano nos contextos de casa e escola.** Depois, **era uma mãe que recorria muito ao apoio telefónico,** ou seja, para além do apoio que era disponibilizado ao filho, **era uma mãe que precisava e procurava ela própria apoio no sentido de ajudá-la a pensar no**

Doença

Negação

Limites

Inflexibilidade

Apoio Especializado

Apoio comunidade

Consultadoria

Intervenção familiar

**assunto.** Peça-lhe então para me descrever o seu sentir para com este menino. Diz-me que é muito interessante porque *“fez-me questionar o que é que é que se passa nesta cabeça? Como é que esta cabeça funciona? Como é que eu vou conseguir que ele me dê atenção? Que ele colabore com aquilo que eu lhe vou propor? E o que é que eu lhe vou propor?”*. Existindo **uma preocupação em arranjar a melhor maneira para o fazer compreender para além do concreto e do visível.**

Aceitação

Refere que com alguns meninos, como no caso do A, existem algumas situações angustiantes, **como o choro e a perturbação deles quando contrariados ou nalguma situação nova**, em que **o técnico se sente desconfortável e impotente para lidar com toda aquela angústia**. É uma angústia invasiva e que incomoda qualquer pessoa e só se pensa em *“como é que eu posso acabar com aquele sofrimento todo?”*. **Com o L. este tipo de situação não se verifica o que facilita a intervenção**. As principais dificuldades do L. **prendiam-se com a compreensão e as quantidades e as relações entre o número e a quantidade**. Entendeu-se **que este menino ganharia muito mais se ficasse mais um ano no ensino pré-escolar, uma vez que não é um ambiente tão exigente e potencia o desenvolvimento de algumas capacidades necessárias para uma boa adaptação escolar.**

Sufrimento

Incómodo

Sufrimento

Competências cognitivas

Protecção

**O L. tem capacidade para vir a fazer a sua vida normal, tendo algumas dificuldades e limitações como todos nós**, é um menino que se lhe forem dadas oportunidades para fazer o seu percurso escolar de forma regular, conseguirá integrar-se na sociedade.

Normalização

Nota-se que esta **técnica nutre por este menino um afecto especial dizendo-me que se enquanto técnica ele representa um desafio, enquanto pessoa é um amigo, pois tem com ele “uma relação de empatia, de confiança, de amor.”**. Salienta que com aqueles meninos em que a dificuldade

Vinculação

é justamente a relação, **é preciso tempo e disponibilidade do técnico para aceitar as suas diferenças e depois a vontade de ajudar.** São relações especiais, porque se com os outros meninos eles aproximam-se normalmente e não é preciso fazer nada porque já está tudo feito, com estes meninos em particular, não é fácil, são relações exigentes que obrigam a pensar e a inventar, e em que exigido uma disponibilidade para estas crianças. É um desafio. **É uma relação que acaba por ser terapêutica para os dois.**

Empatia

Relação terapêutica

Para esta técnica o método de trabalho baseia-se no princípio de que eles são crianças, são pessoas como toda a gente e somos todos diferentes, então o que se pretende não é uma normalização destes miúdos no sentido de os colocar todos ao mesmo nível, **mas sim de promover a satisfação das suas necessidades como a alimentação, o dormir, o aprender, o brincar, ou seja, fazer as coisas das pessoas. O objectivo da intervenção visa o contribuir para que estes meninos, apesar de todas as duas dificuldades, façam as coisas das pessoas** o que nos permite conviver uns com os outros, com os vários contributos que cada um de nós depois pode dar para que isso seja uma realidade. O que orienta sempre esta educadora é que a necessidade de encontrar um equilíbrio entre o que é exigido socialmente e o que é importante para estas crianças, de modo a promover uma “normalização” e um enquadramento social que seja gratificante e promotor de evolução e adaptação. É lógico que **a procura de alternativas é sempre um trabalho que é realizado em conjunto com os pais, porque senão forem eles não existe sucesso da intervenção.** A intervenção efectuada quando acaba o acompanhamento directo à criança **é dirigida à família, mas num registo de consultoria.** Contudo, surgem indícios de que estes pais se sentem desapoitados quando cessa o apoio directo à criança e que **poderá ser entendido como um**

Ser pessoa

Colaboração pais

Intervenção familiar

<p><b>“abandono” da situação por parte dos técnicos.</b> A forma de potenciar a autonomia destes pais e de lhes <b>reforçar as suas competências parentais pode passar por promover conversas de pais, até mediadas pelos técnicos, de maneira impulsionar neles a procura autónoma de respostas.</b> É prática comum nesta equipa promover um encontro anual de pais, onde pais, crianças, amigos e equipa técnica se juntam para passar um dia diferente, e de acordo com esta técnica, é frequente expressarem o desejo de puderem de vez em quando fazerem o mesmo que os outros pais, porque estes meninos ocupam o dia e a cabeça destes pais a tempo inteiro. <b>São pais que não estão em sociedade.</b></p>	<p>Abandono  Reforço competências</p>
<p>O apoio específico ao L. era composto por uma serie de actividades e tarefas com o intuito de o dotar de determinadas capacidades. Com <b>a mãe ao princípio foi muito de transmitir informação acerca da perturbação que a ajudasse a compreender os comportamentos e as dificuldades daquele filho.</b></p>	<p>Isolamento  Informação</p>
<p><b>A principal dificuldade que esta técnica sente em trabalhar com meninos autistas refere-se às situações de sofrimento visíveis,</b> como no caso do A., porque nos casos de alheamento e de isolamento com recusa da comunicação com alguma imaginação e disponibilidade consegue-se transpor a barreira. Naqueles casos, <b>é difícil porque nos incomoda emocionalmente e não existindo uma boa relação de aproximação não se consegue acalmar aquelas crianças.</b> Então a solução é chamar a mãe e mandar para casa.</p>	<p>Sofrimento  Tranquilizar</p>
<p>O diagnóstico é mais importante no sentido de <b>adequar as expectativas que temos acerca da evolução daquele caso,</b> às reais competências e dificuldades daquela criança. Por outro lado, permite orientar o plano de intervenção. Para <b>os pais é fundamental, porque as coisas tem que ter um nome</b> e quando lhe perguntam o que se passa eles podem dar um só</p>	<p>Diagnóstico Expectativas  Diagnóstico Pais</p>

nome ao problema em vez de referirem todas as características comportamentais, por exemplo. Porque para os pais, **a opinião que os outros têm acerca do seu filho é muito importante e há a ideia de que se não se conhece o diagnóstico então é porque não houve um investimento dos pais em procurar saber.** Existe uma crítica social muito grande nesse sentido.

Diagnóstico  
Censura social

Depois para os técnicos, no trabalho diário, não se faz nada com o diagnóstico, **contudo ele é extremamente importante para se conseguir apoios educativos para aquela criança.**

Diagnóstico  
Valorização

É referido que os professores deveriam ter mais formação prática, profissional para aprenderem a lidar com aquelas crianças, no sentido de valorizarem os meninos e assumirem-se como parte da resolução daquele problema. Depois também deveria existir conversas de pais, mediadas talvez por psicólogos para os ajudarem a compreender e lidar com a situação. E também para existir uma partilha de experiências e de estratégias eficazes na resolução das suas dificuldades diárias.

ANEXO I

Lista de Códigos/Categorías

## Lista de Códigos/Categorias

Nº de Ordem – Nome código/categoria (N.º Nota de Entrevista, N.º de página)

- 1- Abandono (5,10;
- 2- Aceitação (2,2; 3,4; 3,7; 3,8; 4,1; 4,1; 5,6; 5,8;
- 3- Adaptação difícil (1,9; 2,2;
- 4- Afectividade (3,2; 4,3; 4,4;
- 5- Agressividade (1,5; 1,6; 1,8; 1,9; 1,10; 1,11; 2,7; 3,2; 3,2; 3,6; 3,7; 4,1; 4,5; 4,8;
- 6- Ambiente Seguro (1,11;
- 7- Ameaça (1,12; 3,5; 4,5;
- 8- Angústia morte (2,2
- 9- Anorexia (1,5;
- 10- Ansiedade separação (2,2; 2,3; 4,4;
- 11- Apoio comunidade (1,12; 2,2; 2,4; 3,1; 5,2; 5,3; 5,7;
- 12- Apoio Especializado (1,7; 2,4; 3,1; 5,2; 5,3; 5,7;
- 13- Apoio Específico (1,10; 2,5; 2,6; 3,1; 4,7;
- 14- Apoio familiar (1,3; 2,1; 2,1;
- 15- Apoios insuficientes (5,3;
- 16- Aprendizagem (1,7; 1,7; 1,12; 2,6
- 17- Autismo (3,7;
- 18- Avaliação (1,7; 2,5;
- 19- Avó atenta (1,4;
- 20- Bebê normal (1,3;
- 21- Colaboração pais (4,1; 4,6; 5,4; 5,9;

- 22- Colaboração técnica (3,3; 3,7; 3,8; 5,4;
- 23- (In)Competência (1,10; 2,1; 2,2; 2,5; 3,2;
- 24- Competências cognitivas (3,1; 5,8;
- 25- Comunicação (1,4;
- 26- Concreto (3,4;
- 27- Conflito (1,5; 2,5;
- 28- Confronto B. real (1,2;
- 29- Exposição social (1,6; 2,6; 5,1; 5,3;
- 30- Conhecimento (3,1;
- 31- Consciência social (3,2;
- 32- Consultadoria (5,7;
- 33- Contenção emocional (1,1;
- 34- Continuidade (2,4; 3,8; 4,7; 4,8; 5,4;
- 35- Controlo (1,6; 1,6; 1,10; 1,10; 1,12; 1,12;
- 36- Crenças místicas (1,8;
- 37- Crítica relacional (1,8;
- 38- Culpabilização (1,9; 1,12; 2,2;
- 39- Denunciar (2,5;
- 40- Depressão (1,2; 1,3; 2,3;
- 41- Desamparo (1,5; 1,10; 2,4;
- 42- (Des) Confiança (1,4; 1,4; 2,3; 3,5; 3,6;
- 43- Desconforto (3,6;
- 44- Significado (1,7;
- 45- Descrença (2,4;
- 46- Desenvolvimento normal (2,3;
- 47- Desespero (1,5; 1,8; 2,4; 2,5; 2,6;

- 48- Desgosto (1,3; 2,2;
- 49- Desilusão (1,2; 2,1; 2,4;
- 50- Desinteresse (3,3; 3,4; 5,6;
- 51- Despiste (2,4;
- 52- Desvalorização (1,5; 1,5; 2,3; 2,4; 5,4; 5,5; 5,6;
- 53- Diagnóstico (1,11; 2,4; 2,5; 4,8; 5,10; 5,11; 5,11;
- 54- Diálogo (3,6; 4,6;
- 55- Disponibilidade (5,6;
- 56- Distanciamento (4,7;
- 57- Doença (1,11; 2,4; 5,1; 5,7;
- 58- Egocentrismo (3,5;
- 59- Empatia (5,9;
- 60- Encaminhamento (1,6; 2,3; 2,4; 2,5;
- 61- Esperança cura (2,4;
- 62- Evidências (1,8; 2,5;
- 63- Evolução Depressiva (3,5;
- 64- Evolução negativa (1,9;
- 65- Evolução positiva (2,6; 2,7; 3,1; 3,2; 3,4; 4,2; 4,2; 4,5; 4,7;
- 66- Existência (3,5;
- 67- Exp. Traumática (2,2;
- 68- Expectativa pais (5,6;
- 69- Falta técnicos (5,4;
- 70- Família fechada (5,2;
- 71- Figura autoridade (2,7;
- 72- Frustração (1,7; 1,7; 2,3; 2,7; 3,3;
- 73- Funcionalidade (1,3; 1,9; 2,6;

- 74- Futuro (4,7;
- 75- Gravidez = cura (1,2;
- 76- Gravidez normal (1,2; 2,1;
- 77- Identidade (3,3;
- 78- Identificação (2,7;
- 79- Identificação do Problema (1,6; 1,7; 1,11; 2,4; 2,5; 5,5;
- 80- Limites (1,9; 1,10; 3,3; 3,6; 4,2; 4,4; 5,7;
- 81- Impotência (3,8;
- 82- Incómodo (5,8;
- 83- Indiferença (1,2; 1,12; 5,5;
- 84- Individualidade (3,7; 4,2; 4,5;
- 85- Infância pai (1,8;
- 86- Inflexibilidade (2,7; 5,7;
- 87- Informação (1,4; 1,4; 1,6; 4,3; 4,7; 4,8; 5,10;
- 88- Injustiça (4,6;
- 89- (In)Segurança (1,4; 3,3; 3,4; 3,5;
- 90- Insistência (2,4;
- 91- Instabilidade (3,6; 4,2;
- 92- Intervenção em contexto (3,5; 3,8; 5,2;
- 93- Intervenção familiar (3,3; 4,7; 5,9; 5,7;
- 94- Irrequietude (1,6; 3,3;
- 95- Isolamento (1,7; 2,7; 2,7; 3,2; 3,2; 3,5; 4,8; 5,6; 5,10;
- 96- Ausência Linguagem verbal (1,3; 2,3; 3,8; 5,2;
- 97- Mãe gestora (5,2; 5,2
- 98- Mãe presente (1,7; 3,6;
- 99- Mediação (4,5;

- 100- Medo (1,4; 2,2; 3,2; 3,7; 4,1; 4,3;
- 101- Menino desejado (1,2;
- 102- Não deixar cuidar (1,8;
- 103- Resposta social (5,3;
- 104- Negação (1,8; 1,8; 5,7;
- 105- Negociação (1,11;
- 106- Normalização (2,7; 3,2; 5,8;
- 107- Objectivo Intervenção (4,3;
- 108- Observação (3,7; 5,2; 5,6;
- 109- Orientação (1,6; 3,4;
- 110- Origem hereditária (1,8; 2,7;
- 111- Pai ausente (1,9; 2,1; 5,1;
- 112- Pai gratificante (1,9; 2,6; 3,6;
- 113- Pais bloqueantes (1,12;
- 114- Papeis indiferenciados (1,9;
- 115- Parto normal (2,1;
- 116- Pedido socorro (1,12;
- 117- Perturbações fisiológicas (1,5; 5,2
- 118- Preconceito (1,4; 1,11; 2,4; 3,1; 4,3; 4,5; 4,6; 5,2;
- 119- Preocupação (1,2; 1,3; 1,5; 1,8; 1,12; 2,3;
- 120- Previsibilidade (1,10; 3,5; 3,7; 4,4;
- 121- Problema (1,1; 1,1; 3,8; 5,3; 5,5;
- 122- Profissão (1,10; 5,4;
- 123- Prognóstico favorável (1,12;
- 124- Promotor Apoio (1,12;
- 125- Protecção (1,12; 3,7; 4,2; 4,4; 4,5; 5,8;

- 126- Psicológico (3,8;
- 127- Punição (1,6; 1,12; 2,7; 2,7; 3,3; 3,5; 3,6; 4,6;
- 128- Reactividade ao outro (3,5;
- 129- Reanimação (1,3;
- 130- Reconhecimento (3,2;
- 131- Recursos privados (3,1; 5,3;
- 132- Recusa (1,5; 1,6; 1,12;
- 133- Reforço competências (5,10;
- 134- Reforço Negativo (3,6;
- 135- Reforço positivo (1,1; 1,7; 1,8; 1,11; 1,12; 3,4; 3,5; 4,1
- 136- Rejeição (1,3; 1,8; 3,7;
- 137- Relação (3,4; 4,1; 4,2; 4,3;
- 138- Relação mãe-filho (1,8; 2,6;
- 139- Relação terapêutica (5,9;
- 140- Resistência (1,2; 2,4;
- 141- Resistência à mudança (1,5; 1,10; 1,11; 4,1;
- 142- Responsabilidade (1,6; 3,6; 5,4;
- 143- Restrição (1,3; 3,7;
- 144- Revolta (3,6;
- 145- Ritualização (1,6;
- 146- Satisfação (2,5;
- 147- Saúde (1,3; 2,2;
- 148- Sensitividade (1,4;
- 149- Ser pessoa (5,9;
- 150- Silêncio (2,4;
- 151- Sinalização (4,1; 5,2; 5,6;

- 152- Socialização (1,12; 2,7; 3,1; 4,2; 4,4; 5,2;
- 153- Sofrimento (1,3; 1,4; 1,6; 1,10; 3,2; 5,8; 5,10;
- 154- Solidão (2,2;
- 155- Técnica gratificante (1,10; 2,3; 4,2; 4,3;
- 156- Técnica Rejeitante (2,5;
- 157- Tranquilizar (1,11; 1,11; 3,6; 4,1; 4,4; 5,10;
- 158- Tratamento de choque (1,11;
- 159- Urgência (1,7;
- 160- Valorização da criança (1,10; 3,3;
- 161- Valorização sintoma (1,6; 2,4;
- 162- Vazio (3,5;
- 163- Vigilante (3,4;
- 164- Vinculação (3,4; 3,7; 4,3; 5,8;
- 165- Formação especializada (1,10;



ANEXO J

Lista de Memorandos

## Lista de Memorandos

N.º Categoria – Nome (N.º da nota entrevista; N.º página)

### **2-Aceitação (2,2; 3,4; 3,7; 3,8; 4,1; 4,1; 5,6; 5,8)**

**Aceitação:** Na relação que se estabelece entre as pessoas, a aceitação refere-se ao modo como nos adaptamos ao outro e como interagimos com ele. Os técnicos que interagem com crianças com PEA mostram-se preocupados com este aspecto da relação. Será que vamos ser aceites por aquela criança? Será que conseguimos que interaja connosco? O que devo fazer para a conquistar? Esta preocupação com a aceitação/recusa da criança face ao técnico é sentido por estes como um “desafio” o que os leva a investir mais na relação com a criança e a procurar cativá-la constantemente.

### **3-Adaptação difícil (1,9; 2,2; 3,8)**

**Adaptação difícil:** As mudanças mobilizam sempre a necessidade de uma adaptação que, no caso destas mães e crianças, quando não existe um suporte, um amparo são difíceis pois o contornar dos obstáculos é mais trabalhoso. Envolvem muitas vezes sentimentos negativos, mas também podem promover sentimentos positivos à medida que se vai conseguindo gerir sozinha a situação. Nos técnicos esta categoria remete para a dificuldade sentida no apoio específico à criança, quando referem ter alguma dificuldade em inserir o seu trabalho nas actividades de interesse da criança.

### **4-Afectividade (3,2; 4,3; 4,4)**

**Afectividade:** Refere-se à ligação afectiva considerada como “especial” que os técnicos desenvolvem com estas crianças. É com base nestes sentimentos positivos que se constrói a relação entre técnico e criança, sendo esta, o principal factor de evolução positiva.

**5-Agressividade (1,5; 1,6; 1,8; 1,9; 1,10; 1,11; 2,7; 3,2; 3,2; 3,6; 3,7; 4,1; 4,5; 4,8)**

**Agressividade:** Qualquer contrariedade despoletava uma atitude incontida de agressividade face ao próprio e ao outro. Esta pode ser desencadeada por qualquer alteração no meio ambiente devido a uma baixa resistência à frustração. A agressividade surge como uma resposta a um meio que surge como ameaçador e instável. Esta, parece ser o comportamento desajustado que maior dificuldade mobiliza nos técnicos, pela dificuldade de gestão que sentem.

**10-Ansiedade separação (2,2; 2,3; 4,4)**

**Ansiedade de Separação:** Nota-se existir uma ansiedade de separação quando chega a altura de colocar a criança aos cuidados de outro. Esta ansiedade parece ser de tal ordem que afecta a criança levando-a a ficar doente (bronquiolite) e adiar a separação. É uma resposta física a um estado emocional fragilizado. Também o técnico que estabelece com a criança uma forte ligação afectiva, tende a sentir esta ansiedade quando se aproxima o término do apoio à criança.

**11-Apoio comunidade (1,12; 2,2; 2,4; 3,1; 5,2; 5,3; 5,7)**

**Apoio comunidade:** Este apoio refere-se aos recursos (técnicos e materiais) existentes na comunidade, técnicos que diariamente acompanham a criança e a família no sentido de colmatarem as necessidades emergentes. Se para algumas mães este apoio parece chegar para outras não se parece adequar e procuram no exterior um apoio mais especializado.

**12-Apoio Especializado (1,7; 2,4; 3,1; 5,2; 5,3; 5,7)**

**Apoio Especializado:** Parece surgir sempre a necessidade de consultar um técnico especialista que possa diagnosticar a perturbação com maior credibilidade. Parece haver uma procura constante de uma resposta eficaz que acalme e tranquilize os pais e oriente os técnicos.

### **13-Apoio Específico (1,10; 2,5; 2,6; 3,1; 4,7)**

**Apoio específico:** refere-se ao trabalho que é feito no espaço educativo como forma de trabalhar aspectos relacionados com a aquisição/desenvolvimento de determinadas competências. Neste tipo de perturbação o apoio específico visava trabalhar a socialização, a linguagem verbal, a compreensão, no espaço pré-escolar. É neste apoio que são aplicadas estratégias educativas comportamentais de reforço positivo e punição, como forma de trabalhar as competências sociais.

### **14-Apoio familiar (1,3; 2,1; 2,1)**

**Apoio familiar:** É o suporte que os elementos da família dão em situações de crise e de procura de ajuda. Representa para estas mães uma mais-valia na gestão de situações stressantes e difíceis.

### **16-Aprendizagem (1,7; 1,7; 1,12; 2,6)**

**Aprendizagem:** O processo de aprendizagem é comum à criança e aos pais. O apoio técnico visa ensinar à criança e aos pais comportamentos sociais e familiares adequados, as orientações dos técnicos, no apoio especializado, visam diminuir a frequência de comportamentos socialmente condenáveis, como a agressão, e a sua substituição por comportamentos ditos adequados.

### **21-Colaboração pais (4,1; 4,6; 5,4; 5,9)**

**Colaboração de pais:** Os pais são agentes activos do apoio facultado aos filhos. Actuam como transmissores de conhecimento da maneira de ser do filho, assim como das estratégias comportamentais que melhor funcionam com aquela criança. Este aspecto é muito valorizado pelos técnicos, que entendem constituir um factor facilitante da intervenção.

#### **22-Colaboração técnica (3,3; 3,7; 3,8; 5,4)**

**Colaboração técnica:** A partilha de informação dos técnicos que acompanham a criança favorece a continuidade do apoio prestado à mesma. O facto de o apoio ser feito em equipa favorece o suporte mútuo de técnicos e partilhas de sentires face à intervenção delineada.

#### **23-(In)Competência (1,10; 2,1; 2,2; 2,5; 3,2)**

(In) Competência: Os pais colocam em causa a competência do técnico que intervém com a criança. No caso dos técnicos de saúde, é dito que desvalorizaram as suas preocupações e por esse motivo não encaminharam atempadamente a criança. No que respeita aos técnicos de educação é referido pelos pais, que estes não sabem lidar com a criança com perturbação mostrando desinvestimento e desvalorização da mesma.

#### **29-Exposição social (1,6; 2,6; 5,1; 5,3)**

Exposição social: Os pais tendem a evitar situações de exposição social, optando por isolar-se da sociedade por medo do preconceito social que existe. São situações como a entrada na escolaridade obrigatória, pela comparação com a criança sem perturbação, que mais sentimentos negativos desencadeiam nas mães, como o desespero.

#### **34-Continuidade (2,4; 3,8; 4,7; 4,8; 5,4)**

**Continuidade:** A continuidade caracteriza o tipo de apoio que é efectuado pelos técnicos, isto é, é entendido como facilitador da evolução da criança que as actividades desenvolvidas pelos diferentes técnicos sejam efectuadas de forma continuada. Este aspecto favorece a previsibilidade, a confiança e a segurança da criança no meio envolvente tornando menos ameaçador.

### **35-Controlo (1,6; 1,6; 1,10; 1,10; 1,12; 1,12)**

**Controlo:** Parece existir por parte das mães uma tentativa de controlar os comportamentos desajustados, sendo que se vão procurando novas estratégias com esse fim. Sempre que surge algo que destabiliza a criança mobiliza-se na mãe uma necessidade de controlar o ambiente e consequentemente o comportamento da criança.

### **38-Culpabilização (1,9; 1,12; 2,2)**

**Culpabilização:** As mães tendem a culpabiliza-se por qualquer aspecto negativo que surja nos filhos, principalmente em bebés. No caso da amamentação, quando esta não é possível manter, parece existir uma culpa que é construída socialmente.

### **40-Depressão (1,2; 1,3; 2,3)**

**Depressão:** Parece um bebé deprimido, que não solicita a atenção do outro. Será que é o mesmo que a mãe sentia quando engravidou? Ou seria já um resultado da perturbação? Como seria o colo desta mãe? Seria um colo contaminado pela desilusão do bebé imaginário (menina) e com a preocupação de não saber ser mãe de um menino, logo um colo incómodo? Parecem existir condicionantes ambientais que promoveram a depressão materna na altura da gravidez, o que poderá ter condicionado a interacção mãe-bebé aquando do nascimento.

#### **41-Desamparo (1,5; 1,10; 2,4)**

**Desamparo:** Refere-se ao sentimento de impotência e de falta de apoio que esta mãe sente por parte dos técnicos, na desvalorização que fazem das suas preocupações e pelo desinvestimento que fazem na criança.

#### **42-(Des) Confiança (1,4; 1,4; 2,3; 3,5; 3,6)**

**Desconfiança:** Os comportamentos estranhos vão sendo indicadores que aumentam a desconfiança da família e promove a procura de mais informação. Pode-se dizer que as sucessivas desconfianças marcam a passagem de uma fase de negação inicial para a fase de preparação de aceitação da perturbação. Nos técnicos esta categoria aponta para a qualidade da relação estabelecida, quando a criança aceita interagir com o técnico promove-se sentimentos de confiança no outro.

#### **47-Desespero (1,5; 1,8; 2,4; 2,5; 2,6)**

**Desespero:** Dá conta de uma aflição imensa, em que estas mães se sentem quando lhe é dito que a sua criança tem um problema de difícil solução. Mas o que mais incomoda e magoa é a crítica e o preconceito que antecipam para eles próprios enquanto pais e para as crianças que sendo diferentes poderão ser marginalizadas por pares e técnicos em situações de exposição social, como acontece na entrada na escola.

#### **48-Desgosto (1,3; 2,2)**

**Desgosto:** Este sentimento denuncia uma perda maternal, seja pela recusa da proximidade física ou pela perda da capacidade de alimentar o bebé. Á um questionar acerca da capacidade materna que poderá estar muito ligado à construção do papel social materno.

#### **49-Desilusão (1,2; 2,1; 2,4)**

**Desilusão:** Parece que a desilusão que a mãe sentiu quando soube que era um menino, se consolidou num desgosto pela rejeição sentida pela recusa de colo. Talvez estes dois factores se aliassem para aumentar a preocupação de não saber ser mãe de um menino.

#### **52-Desvalorização (1,5; 1,5; 2,3; 2,4; 5,4; 5,5; 5,6)**

**Desvalorização:** As mães sentiram que as suas preocupações não foram valorizadas pelos técnicos e revelam terem-se sentido desapoiadas e desamparadas. A desvalorização e desinvestimento na criança também é factor desencadeante de preocupação nas mães. Também os técnicos sentem que o seu trabalho não é valorizado pelos outros actores intervenientes com a criança, a que atribuem factores de valorização social, como a escolaridade obrigatória em detrimento do ensino pré-escolar.

#### **53-Diagnóstico (1,11; 2,4; 2,5; 4,8; 5,10; 5,11; 5,11)**

**Diagnóstico:** Os pais relutam em aceitar a perturbação da criança muito condicionados ao preconceito a que vão estar sujeitos. A procura de diagnóstico, se por um lado assume grande importância para se conseguir dar uma resposta social, determinante para a valorização da imagem parental, por outro lado perde o valor perante este tipo de perturbação porque é considerada uma doença sem cura, sem remédios que garanta uma evolução favorável. Para os técnicos o diagnóstico apenas ajuda quanto ao estabelecimento das expectativas de evolução da criança, de resto é dito que nada é feito com o diagnóstico na intervenção diária.

#### **60-Encaminhamento (1,6; 2,3; 2,4; 2,5)**

**Encaminhamento:** Parece que de repente acontece uma valorização do sintoma e há uma procura urgente de respostas, que até ai tinham sido desvalorizadas, ou então surge como forma de ouvir uma segunda opinião de um técnico da especialidade; quando feito por outros técnicos visa identificar o problema, ou seja, o diagnóstico e o despiste de outras possíveis causas. No entanto, parece que o técnico tende a encaminhar para técnicos especializados mas do sistema de saúde privado, com vista a um rápido e credível diagnóstico.

### **62-Evidências (1,8; 2,5)**

**Evidências:** As evidências destacam nestes meninos as suas dificuldades e diferenças face ao menino normal. A evidência do adiamento de matrícula é encarada de forma mais negativa do que o comportamento desajustado. O mau comportamento é conotado como falta de educação que pode ser colmatada com a imposição de regras e punição. Já o adiamento de matrícula reenvia para uma dificuldade cognitiva, ou seja, baixa inteligência que é vista como genética, então não parece existir resolução para ela. Tem ainda a agravante de que é tida próxima da deficiência mental, logo discriminada socialmente.

### **65-Evolução positiva (2,6; 2,7; 3,1; 3,2; 3,4; 4,2; 4,2; 4,5; 4,7)**

**Evolução positiva:** A Evolução positiva diz respeito às alterações comportamentais que as crianças com PEA vão sofrendo no decorrer do apoio externo que é dado. Para as mães o apoio e a frequência do ensino pré-escolar contribuíram bastante para desenvolver as competências sociais destas crianças. É referido que as rotinas e a convivência com os pares são factores importantes na promoção da socialização. Para os técnicos esta evolução também é visível em função do trabalho desempenhado, pois todos referem notar sinais de uma melhor adaptação social.

### **72-Frustração (1,7; 1,7; 2,3; 2,7; 3,3)**

**Frustração:** Frustrar é o método de intervenção adoptado, mas também remete para o sentir da mãe face à psicoterapia, quando diz ter tido uma evolução lenta; Parece que também esta mãe se sentiu frustrada na obtenção de resultados visíveis. O meio envolvente é sentido por estas crianças como extremamente frustrante sendo esta a principal característica referida pelos técnicos para descrever a perturbação. A frustração faz parte da maneira como estas crianças se relacionam com o meio envolvente. A sua acentuada resistência surge como determinante no desencadear de situações de crise, sobretudo em crianças com passagens ao acto reactivas (agressividade).

### **73-Funcionalidade (1,3; 1,9; 2,6)**

**Funcionalidade:** Refere-se às tarefas do cuidar sem momentos de partilha emocional reconhecida como gratificante.

### **76-Gravidez normal (1,2; 2,1)**

**Gravidez normal:** A gravidez destas mulheres correu sem a ocorrência de qualquer complicação física.

### **79-Identificação do Problema (1,6; 1,7; 1,11; 2,4; 2,5; 5,5)**

**Identificação do Problema:** O diagnóstico aparece como fundamental para os pais. Existe uma valorização desta etapa. É através dela que se identifica o problema e se consegue aprender a lidar com ele. Parece ser um tranquilizador da ansiedade destes pais e uma esperança que a partir dele se possa efectuar uma cura. É também através dele que é

possível mobilizar apoios para a criança e para os pais, sendo ele promotor de recursos e apoios para os pais e facilitador de acesso aos técnicos.

#### **80-Limites (1,9; 1,10; 3,3; 3,6; 4,2; 4,4; 5,7;)**

**Limites:** É dito por pais e técnicos que estas são crianças que necessitam de regras e de saber com o que podem contar. A falta de limites apontada refere-se à dificuldade de interiorização da regra por parte da criança, o que dificulta a imposição dos limites. Contudo, estes têm uma função de tornar as situações previsíveis para a criança de forma a permitirem-lhe orientar-se no meio envolvente.

#### **83-Indiferença (1,2; 1,12; 5,5)**

**Indiferença:** A indiferença reflecte a incapacidade da mãe para aceitar a realidade, ou seja, esta criança. É referida como uma forma eficaz de eliminar o comportamento de auto-agressão da criança. A indiferença surge como uma punição ao comportamento de auto-agressão da criança.

#### **87-Informação (1,4; 1,4; 1,6; 4,3; 4,7; 4,8; 5,10)**

**Informação:** A informação é um facilitador dos apoios prestados quer à família, quer à criança. O técnico ao facultar informação está a ajudar aquela família a entender a criança, quer ao nível da perturbação, quer nas orientações de consultoria que vai fazendo à família. Também entre técnicos esta partilha é valorizada como facilitadora da intervenção, pois favorece a continuidade.

#### **89-(In)Segurança (1,4; 3,3; 3,4; 3,5)**

**Insegurança:** São crianças que têm dificuldades de autonomia que se começam a verificar desde que começam a explorar o meio ambiente e que mais tarde se traduzem na

dificuldade em realizar tarefas sozinhas. É dito pelos técnicos que é necessário a presença de um adulto para que estas crianças efectuem as actividades que lhes são pedidas. Parece que a presença do adulto lhes transmite a segurança necessária para de forma confiante responderem às solicitações do meio envolvente.

#### **91-Instabilidade (3,6; 4,2)**

**Instabilidade:** os técnicos referem que as crianças com PEA são afectadas pela instabilidade do meio ambiente onde estão inseridas provocando-lhes uma certa desorganização e sofrimento. Parece evidente que estas crianças necessitam que o meio ambiente seja tranquilizador e previsível para que elas se sintam seguras e confiantes naquele espaço.

#### **95-Isolamento (1,7; 2,7; 2,7; 3,2; 3,2; 3,5; 4,8; 5,6; 5,10)**

**Isolamento:** Parecem existir duas situações de isolamento, que na sua essência são iguais. O isolamento social a que os pais se vem forçados por causa da perturbação do filho. E, o isolamento da própria criança que se alheia do mundo, não procurando o outro para se relacionar. Parece-me que a resposta agressiva pode ser uma forma de se defender face à intrusão do outro, resultando numa tentativa de isolamento fracassada.

#### **96-Perturb. Linguagem verbal (1,3; 2,3; 3,8; 5,2)**

**Perturb. Linguagem verbal:** A sua ausência parece ser o desencadeante da desconfiança da perturbação. Sinais anteriores são desvalorizados e entendidos como fazendo parte da personalidade da criança.

#### **100-Medo (1,4; 2,2; 3,2; 3,7; 4,1; 4,3)**

**Medo:** Os técnicos parecem sentir medo das reacções das crianças com PEA. O primeiro sentimento que os assalta quando sabem que vão acompanhar uma criança com este tipo de perturbação é o receio da sua reacção face a eles. Principalmente quando existe relatos de alterações agressivas do comportamento. Parece-nos que muitas vezes este medo é sinónimo de desconhecimento de como se relacionar com estas crianças. A falta de confiança e segurança que estas crianças sentem parece mobilizar nos técnicos sentimentos semelhantes face à interacção entre eles.

#### **104-Negação (1,8; 1,8; 5,7)**

**Negação:** A negação surge como defesa de uma realidade que não conseguimos elaborar mentalmente. Neste sentido, ela parece ser a primeira expressão do comportamento dos pais face a um possível diagnóstico, principalmente no caso do pai, uma vez que as mães parecem aceitar de forma mais célere o problema.

O padrão de relacionamento entre a avó paterna-pai parece estar a ser reproduzido por pai-filho. Embora exista uma concordância quanto à semelhança das vivências, existe também uma negação da perturbação, ou seja, uma desvalorização das evidências.

#### **109-Orientação (1,6; 3,4)**

**Orientação:** É evidente que estas crianças aparentam uma certa desorientação razão pela qual necessitam que lhe apresentem um planeamento do seu dia. A previsibilidade é fundamental pois transmite confiança e segurança no outro e no meio envolvente. O desconhecimento traz medo, alheamento e desinteresse.

#### **111-Pai ausente (1,9; 2,1; 5,1)**

**Pai ausente:** É referido que por questões de trabalho estes pais estão ausentes da dinâmica familiar, o que parece aumentar o sentimento de falta de apoio destas mães.

### **112-Pai gratificante (1,9; 2,6; 3,6)**

**Pai gratificante:** As mães parecem achar que a relação delas com os filhos é mais funcional, no sentido do cuidar, enquanto os pais tem com os filhos uma relação mais afectuosa, de partilha de brincadeiras. De facto, é notório que estas mães parecem ter pouco tempo para a espontaneidade, colocando o seu papel de mãe centrado na regra e na educação. É dito que os pais não contrariam estas crianças, que se demitem do papel educativo centrando-se no papel afectivo. Neste sentido parece que as mães apesar de estarem desapoiadas na tarefa de estabelecer regras e fazer cumpri-las, não se sentem desconfortáveis nesse papel.

Para os técnicos a agressividade permite à criança afastar-se dos outros, ou seja, isolar-se do outro. Parece que mais tarde, como co-terapeuta da criança assume a mesma atitude face ao sofrimento e pedido de socorro da criança, impondo-lhe a permanência junto de um técnico que é visto como “mau” e ameaçador.

### **118-Preconceito (1,4; 1,11; 2,4; 3,1; 4,3; 4,5; 4,6; 5,2)**

**Preconceito:** A entrada na escolaridade, seja ela na pré ou no ensino básico, representa para as mães o confronto daquela criança com o outro, que é visto como normal pela sociedade, enquanto a criança com perturbação traz consigo uma dificuldade. É esta diferença que assusta e inibe as mães, é o medo da discriminação, da diferença que provoca nas mães um desespero, um ansiedade que dificulta a gestão emocional e a dinâmica familiar. Contudo, a entrada na primária, por ser mais valorizada “é uma fase mais exigente” pela sociedade, mobiliza maiores angústias e medo do fracasso. Associado à ideia de preconceito surgem nas mães sentimentos como medo da exposição social e desespero.

Também os técnicos identificam a ideia de preconceito como uma das principais preocupações referidas pelas mães face à exposição social.

#### **119-Preocupação (1,2; 1,3; 1,5; 1,8; 1,12; 2,3)**

**Preocupação:** os pais sentiram desde logo uma preocupação por estas crianças. A preocupação parece estar associada a sentimentos de incompetência materna e problemas de saúde. Este sentir é depois alargado a toda a família e revela um medo de que a criança não desenvolva as competências esperadas. A preocupação dos pais é infligida pelo comportamento da criança, é dito que a auto-agressão tem como objectivo provocar nos pais aflição, isto é, não é entendida como uma expressão do sofrimento da criança.

#### **120-Previsibilidade (1,10; 3,5; 3,7; 4,4)**

**Previsibilidade:** Permite à criança saber com o que pode contar. Promove sentimentos de confiança e segurança. Ajuda-a a interiorizar os limites.

#### **121-Problema (1,1; 1,1; 3,8; 5,3; 5,5;)**

**Problema:** É reconhecido por pais e técnicos que a criança com perturbação constitui um problema que passa a ocupar a dinâmica familiar. Os técnicos referem que a família deixa de fazer vida social, isola-se e centra todas as suas preocupações e vivências naquele problema. Nem sempre a adaptação é fácil.

#### **127-Punição (1,6; 1,12; 2,7; 2,7; 3,3; 3,5; 3,6; 4,6)**

**Punição:** A punição, reforço negativo ou castigo diz respeito à estratégia educativa utilizada para conter os comportamentos considerados desadequados destas crianças. Tanto os pais como os técnicos utilizam a punição para estabelecer limites e fazer cumprir regras, ou seja, para trabalhar a socialização.

### **132-Recusa (1,5; 1,6; 1,12)**

**Recusa:** Os técnicos e instituições tendem a recusar meninos problema, sem diagnóstico. Parece que a questão da previsibilidade também é importante para o técnico. Verifica-se a mesma recusa da criança pelo técnico, pois este parece representar o estranho, o confronto com a criança-problema.

### **135-Reforço positivo (1,1; 1,7; 1,8; 1,11; 1,12; 3,4; 3,5; 4,1)**

**Reforço Positivo:** O método de trabalho utilizado pelos técnicos parece ser semelhante para pais e filho. O foco é colocado no reforço positivo dos comportamentos adequados, aplicando depois a mãe a mesma estratégia para controlar o filho. Também os técnicos estabelecem alianças com os pais através do reforço do papel parental.

### **136-Rejeição (1,3; 1,8; 3,7)**

**Rejeição:** A recusa de contacto com o outro, refere-se tanto à proximidade física como afectiva e emocional. Contudo, parece que em determinadas alturas a rejeição é fomentada pela mãe como forma de controlo. Este sentir é revelado pela crítica relacional avó paterna-neto.

### **137-Relação (3,4; 4,1; 4,2; 4,3)**

**Relação:** Os técnicos referem que a relação inicialmente é muito difícil com estas crianças, contudo quando estabelecida é denominada como uma relação muito gratificante e especial. Sobretudo em crianças “mais difíceis” que testam mais os limites, o que nos

parece ser resultado de um maior investimento dos técnicos para que sejam aceites por estas crianças.

### **138-Relação mãe-filho (1,8; 2,6)**

**Relação mãe-filho:** As mães tendem a achar a relação com os filhos complicada, porque não compreendem as suas atitudes e comportamentos. Parece que estas mães não se vêem como um modelo para os filhos, pois também elas não sabem explicar aos filhos aquilo que eles não entendem. Neste contexto torna-se necessário que estas mães desenvolvam estratégias comportamentais, com recurso à mediação e ao reforço positivo, que as ajudem a relacionar-se com o filho.

### **141-Resistência à mudança (1,5; 1,10; 1,11; 4,1)**

**Resistência à mudança:** Técnicos e pais referem que qualquer mudança no ambiente provoca uma crise de sofrimento e agressividade na criança. Este facto leva-nos a pensar que para uma criança com PEA o meio envolvente surge ameaçador o que coloca em causa o seu sentimento de segurança e confiança no outro. Talvez seja este o motivo porque é tão importante para estas crianças terem rotinas que lhe assegurem, através da previsibilidade, um sentimento de segurança e confiança no meio e no outro, promovendo assim a aquisição de competências sociais.

### **147-Saúde (1,3; 2,2)**

**Saúde:** É referido que as crianças foram recém-nascidos saudáveis, com avaliações médicas dentro dos parâmetros esperados. Contudo, é curioso pensar na percepção que o choro em para as mães. Enquanto para uma o choro é sinal de que alguma coisa não está bem, levanta a desconfiança, para a outra é sinónimo de saúde, de “ter bom pulmão”.

### **152-Socialização (1,12; 2,7; 3,1; 4,2; 4,4; 5,2)**

**Socialização:** Refere-se às competências que a criança precisa desenvolver. Muitas vezes assume-se como o principal motivo de sinalização para intervenção. Pode reunir-se nesta categoria todos os comportamentos sociais considerados desajustados; agressividade; resistência à mudança, baixa resistência à frustração, ausência de limites, etc.

### **153-Sofrimento (1,3; 1,4; 1,6; 1,10; 3,2; 5,8; 5,10)**

**Sofrimento:** Representa uma expressão de angústia maciça que invade a criança e cuja resposta visível é o choro, os gritos, a agressividade. Segundo os técnicos, o que desencadeia este sofrimento são mudanças, que a nosso ver se traduzem em perda de pertença e desorientação face à perda da previsibilidade necessária a todos os seres humanos. O sofrimento silencioso não parece ser notado pelos técnicos, uma vez que não é referido ao longo das entrevistas.

### **155-Técnica gratificante (1,10; 2,3; 4,2; 4,3)**

**Técnica gratificante:** Mostra o reconhecimento da competência da pessoa que fica encarregada de cuidar da criança. É uma pessoa que ouve as mães e que atende às suas preocupações e aceita as suas orientações. As próprias crianças relacionam-se de maneira distinta com uma técnica que se mostre disponível para a relação, estabelecendo uma relação afectiva baseada na confiança e segurança que se traduz em crescimento e aprendizagem social.

### **157-Tranquilizar (1,11; 1,11; 3,6; 4,1; 4,4; 5,10)**

**Tranquilizar:** O ambiente aquático é potenciador de tranquilidade e paz à criança. A mãe inclusive utiliza a água para o controlar a sua descompensação, efectuando um tratamento

de choque com água fria, referindo que este acalma a criança e ela para de chorar e já consegue ouvir. É curioso pensar que quando a mãe desmaiou no momento do nascimento também a reanimaram recorrendo à água e a umas palmadinhas (agressão/punição). A mesma estratégia mostra-se eficaz com os dois para os trazer para a realidade, para a relação com os outros. Poder-se-á falar em padrão relacional que passa de mãe para filho? A tranquilidade diz respeito a um “está tudo bem” depois de uma angústia desencadeada pela realidade.

#### **161-Valorização sintoma (1,6; 2,4)**

**Valorização do sintoma:** As preocupações das mães só são valorizadas pelos técnicos a partir dos 3 anos de idade, fazendo-se então o respectivo encaminhamento. Este facto é verdade para técnicos não especializados como especializados. Parece existir a ideia de que até aos 3 anos ainda podem desenvolver ou melhorar aquisições e/ou comportamentos. Depois desta idade já são encarados como sinais de alerta.