



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação

Yoga e as Perturbações do Espectro do Autismo

Sara Fernandes

Orientadores

Professora Doutora Helena Mesquita

Professor Doutor Marco Batista

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, realizada sob a orientação científica da Professora Adjunta Doutora Maria Helena Ferreira de Pedro Mesquita e do Professor Adjunto Doutor Marco Alexandre da Silva Batista, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Janeiro 2024

Composição do júri

Presidente do júri

Professor Doutor Samuel Alexandre de Almeida Honório

Vogais

Professora Doutora Luzia Lima Rodrigues, arguente

Professora Adjunta Convidada da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal

Professora Doutora Maria Helena Ferreira de Pedro Mesquita, orientadora

Professora Adjunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

A ti, Tiago, meu amor, avança sempre com coragem e voa até onde os teus sonhos te levarem. A mãe estará sempre aqui, para te ajudar a levantar voo.

Agradecimentos

Após este período de esforço e perseverança, são muitos aqueles a quem tenho de agradecer, uns por pequenos momentos, mas de grande importância e outros por momentos impossíveis de classificar.

Em primeiro lugar, é imperativo, agradecer aos meus orientadores, a Professora Doutora Helena Mesquita e o Professor Doutor Marco Batista, pela disponibilidade, orientação e visão crítica, por acreditarem neste projeto e principalmente por acreditarem em mim e me incentivarem a continuar e não esmorecer.

Um agradecimento especial, também à Professora Doutora Luzia Rodrigues e ao Professor Doutor Samuel Honório, por juntamente com os meus orientadores, enaltecem o meu trabalho e me incitarem a não ficar por aqui e a ir mais além. Grata pelas vossas palavras.

Às minhas colegas de mestrado, tenho a agradecer por se mostrarem disponíveis para ouvir, ajudar e incentivar, até ao último segundo.

A ti, Dina Branco, agradeço por me teres incentivado a entrar nesta aventura, por tantas vezes teres ouvido os meus desabafos, por me ajudares quando me senti mais desanimada, por me “emprestares” a tua Rita e por me motivares a levantar a cabeça e seguir em frente, até à meta.

A ti, Paula Moreira, serei eternamente grata, por teres abraçado em pleno este projeto comigo, sem ti não se teria concretizado.

A ti A, à tua mãe e ao Professor C., obrigada por aceitarem fazer parte deste projeto, nada seria possível sem vocês.

Finalmente, as cinco pessoas mais relevantes da minha vida.

Obrigada, Bruno, meu irmão, por me fazeres acreditar que não há impossíveis, mesmo que o caminho até à luz seja negro, basta querermos e lutarmos.

Minha joia, mãe, e meu paizão, meus pilares de sempre e para sempre, não há palavras suficientes para vos descrever. Obrigada por serem os melhores pais e os melhores avós. Obrigada por estarem sempre presentes e disponíveis para ajudar, ouvir, acarinhar, incentivar... Nunca poderei agradecer o suficiente, pela sorte de ter o vosso amor.

E por último, mas não menos importantes, os dois homens da minha vida. A ti, Acácio e a ti, Tiago, obrigada pela paciência, pelos incentivos, por não me deixarem desistir, por me fazerem rir quando só me apetecia chorar, mas principalmente pelo vosso amor e pelos vossos abraços que em tantos momentos foram o meu aconchego e o alento para continuar.

A todos, ficarei eternamente grata, por fazerem parte deste projeto e da minha vida.

Resumo

A perturbação do espectro de autismo, é uma patologia do neurodesenvolvimento com uma prevalência cada vez maior, por todo o mundo e em particular em Portugal e nas suas escolas. Esta perturbação caracteriza-se, de acordo com a American Psychiatric Association (2013) no DSM-5, por dificuldades persistentes na comunicação social recíproca e na interação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, sendo que se pode manifestar apenas através de um destes dois sintomas e em idade precoce.

Assim, este estudo desenvolve-se em torno de um estudo de caso, com uma criança de 10 anos, com o intuito de verificar se a prática regular de yoga, pode potencializar o desenvolvimento de uma criança diagnosticada com esta perturbação, amenizando os sintomas associados à mesma.

A prática do yoga, resulta da união perfeita entre as posturas (*āsanas*), a respiração (*pranayamas*) e a meditação. No entanto, como descreve Goldberg (2013, p. 2), “yoga is more than a series of exercises. Its teachings offer a code of living in harmony among others and within oneself, tools to improve and maintain one’s health, and a system to quiet and focus the mind”.

Começam a surgir variados estudos, desenvolvidos com crianças que apresentam necessidades específicas, como as crianças com perturbação do espectro do autismo, que envolvem a prática de yoga e esses têm mostrado a sua eficácia, bem como a aceitação por parte dessas crianças e os cuidados tidos na inclusão de todas as crianças, com ou sem necessidades específicas, nessa prática.

Para avaliar os efeitos da prática de yoga na criança em estudo, foram aplicadas duas escalas, a escala CARS, utilizada para identificar casos de perturbação do espectro do autismo e a sua intensidade e a escala SDQ, usada para detetar dificuldades associadas à saúde mental infanto-juvenil, relacionadas com problemas de comportamento, hiperatividade, alterações emocionais e dificuldades nas relações com os seus pares. Ambas foram preenchidas pela mãe e um professor do sujeito de estudo, na fase inicial da investigação e na fase final, após nove meses de prática regular, de forma a comparar resultados antes e após a prática de yoga. Foram também realizadas duas entrevistas, uma anamnese com a mãe, na etapa inicial do estudo, de forma a conhecer a criança e a sua história e com a criança, na etapa final, de forma a dar-lhe oportunidade de manifestar o seu parecer. Apesar da avaliação positiva por parte da mãe e da criança, embora pouco significativa, o professor deu um parecer negativo quanto às alterações sentidas na criança, em relação aos sintomas identificados pelo mesmo, no início do estudo.

Palavras-chave

Yoga, Terapia, Perturbação do Espectro do Autismo, Escala CARS, Escala SDQ

Abstract

Autism spectrum disorder is a neurodevelopmental pathology with an increasing prevalence all over the world and in particular in Portugal and its schools. This disorder is characterized, according to the American Psychiatric Association (2013) in the DSM-5, by persistent difficulties in reciprocal social communication and social interaction and by restricted and repetitive patterns of behavior, interests or activities, and can manifest itself only through one of these two symptoms and at an early age. Thus, this study is developed around a case study, with a 10-year-old child, in order to verify if the regular practice of yoga can enhance the development of a child diagnosed with this disorder, alleviating the symptoms associated with it. The practice of yoga results from the perfect union between postures (*āsanas*), breathing (*pranayamas*) and meditation. However, as Goldberg (2013, p. 2) describes, "yoga is more than a series of exercises. Its teachings offer a code of living in harmony among others and within oneself, tools to improve and maintain one's health, and a system to quiet and focus the mind". Various studies are beginning to emerge, developed with children who have specific needs, such as children with autism spectrum disorder, which involve the practice of yoga and these have shown its effectiveness, as well as the acceptance by these children and the care taken in the inclusion of all children, with or without specific needs, in this practice. To evaluate the effects of yoga practice on the child under study, two scales were applied, the CARS scale, used to identify cases of autism spectrum disorder and its intensity, and the SDQ scale, used to detect difficulties associated with child and adolescent mental health, related to behavioral problems, hyperactivity, emotional changes and difficulties in relationships with peers. Both were completed by the mother and a teacher of the study subject, in the initial phase of the investigation and in the final phase, after nine months of regular practice, in order to compare results before and after yoga practice. Two interviews were also conducted, an anamnesis with the mother, in the initial stage of the study, in order to get to know the child and his/her history, and with the child, in the final stage, in order to give him/her the opportunity to express his/her opinion. Despite the positive evaluation by the mother and the child, although not very significant, the professor gave a negative opinion regarding the changes felt in the child, in relation to the symptoms identified by him at the beginning of the study.

Keywords

Yoga, Therapy, Autism Spectrum Disorder, Scale CARS, Scale SDQ

Índice Geral

Resumo	IX
Abstract	XI
Índice Geral	XIII
Índice de Figuras	XV
Índice de Tabelas	XVII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XIX
Lista de Apêndices	XXI
Lista de Anexos	XXIII
Introdução	1
Capítulo I – Revisão da Literatura	5
1. Perturbação do Espectro do Autismo	7
1.1. A História	7
1.2 Causa/Origem	9
1.3. Caracterização	11
1.3.1. Prejuízo Persistente na Comunicação Social Recíproca e na Interação Social	15
1.3.2. Padrões Restritos e Repetitivos de Comportamento, Interesses ou Atividades	19
2. Yoga	21
2.1. A História do Yoga e a sua Prática	21
2.2. A Prática de Yoga com Crianças	26
2.3. O Yoga e a Perturbação do Espectro do Autismo	31
Capítulo II – Estudo Empírico	35
1. Metodologia	37
1.1. Questão de Investigação	37
1.2. Objetivos do Estudo	39
1.3. Caracterização do Tipo de Pesquisa	40
1.4. Caracterização do Sujeito de Estudo	43
1.5. Técnicas/ Instrumentos	44
1.5.1. Escala CARS	48

1.5.2. Escala SDQ	49
2. Procedimentos	51
3. Implementação	52
Capítulo III – Apresentação e Discussão de Resultados	59
1. Análise de Dados e Apresentação dos Resultados	61
2. Discussão dos Resultados	67
Capítulo IV – Conclusões	71
1. Conclusões	73
2. Limitações e Recomendações	74
2.1 Limitações	74
2.2 Recomendações	75
Referências Bibliográficas	77
Apêndices	83
Anexos	117

Índice de Figuras

Figura 1 – Tríade de Wing (Williams, 2019)	8
Figura 2 – Árvore do Yoga (Iyengar, 2001)	24
Figura 3 – Esquema Concetual do Perfil dos Alunos à Saída Obrigatória (Martins et al., 2017)	27
Figura 4 – Sequência de Posturas da Saudação ao Sol (Peres, 2014)	52
Figura 5 – Postura da Árvore	54
Figura 6 – Cartas <i>Yoga Pretzels</i>	57
Figura 7 – Gráfico de comparação dos resultados da Escala CARS	66
Figura 8 – Gráfico de comparação dos resultados da Escala SDQ	66

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Níveis de gravidade para a Perturbação do Espectro do Autismo (American Psychiatric Association, 2013)	12
Tabela 2 – Interpretação das cotações obtidas na escala SDQ versão pais (Goodman, 1997, Fleitlich et al., 2005)	49
Tabela 3 – Interpretação das cotações obtidas na escala SDQ versão professores (Goodman, 1997, Fleitlich et al., 2005)	50
Tabela 4 – Respostas da mãe do sujeito de estudo à escala CARS, no início do estudo	61
Tabela 5 – Respostas da mãe do sujeito de estudo à escala SDQ, no início do estudo	62
Tabela 6 – Respostas da mãe do sujeito de estudo à escala SDQ, no final do estudo	63
Tabela 7 – Respostas do professor do sujeito de estudo à escala CARS, no início do estudo	63
Tabela 8 – Respostas do professor do sujeito de estudo à escala CARS, no final do estudo	64
Tabela 9 – Respostas do professor do sujeito de estudo à escala SDQ, no início do estudo	64
Tabela 10 – Respostas do professor do sujeito de estudo à escala SDQ, no final do estudo	65

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ABC – Autistic Behavior Checklist
ADIR – Autism Diagnostic Interview-Revised
a.E.C. – antes da Era Comum
ASD - Autism spectrum disorder
CARS – Childhood Autism Rating Scale
CRIAP – Crianças e Adolescentes Protegidos
CUF - Companhia União Fabril
DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5
M-CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers
PEA – Perturbação do Espectro do Autismo
PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PNS – Parasympathetic Nervous System (Sistema Nervoso Parasimpático)
Q.I. – Quociente de Inteligência
SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Questionário de Capacidades e de Dificuldades)
SNS – Sympathetic Nervous System (Sistema Nervoso Simpático)
TEA – Transtorno do Espectro do Autismo

Lista de Apêndices

Apêndice A – Autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas Frequentado pelo Sujeito de Estudo	85
Apêndice B – Declaração da Mãe do Sujeito de Estudo	87
Apêndice C – Anamnese	89
Apêndice D – Anamnese Preenchida	99
Apêndice E – Registo das Aulas de Yoga	109
Apêndice F – Guião da Entrevista com o Sujeito de Estudo	113
Apêndice G – Transcrição da Entrevista com o Sujeito de Estudo	115

Lista de Anexos

Anexo A – CARS (Escala de Classificação de Autismo na Infância)	119
Anexo B – SDQ (Questionário de capacidades e dificuldades) versão Pais	129
Anexo C - Documento de orientação para a cotação da escala SDQ (Questionário de Capacidades e Dificuldades)	133
Anexo D – CARS preenchida pela mãe no início do estudo	137
Anexo E – CARS preenchida pela mãe no final do estudo	145
Anexo F – CARS preenchida pelo professor no início do estudo	153
Anexo G – CARS preenchida pelo professor no final do estudo	161
Anexo H – SDQ preenchida pela mãe no início do estudo	169
Anexo I – SDQ preenchida pela mãe no final do estudo	173
Anexo J – SDQ preenchida pelo professor no início do estudo	177
Anexo K – SDQ preenchida pelo professor no final do estudo	181

Introdução

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), no tempo dos primeiros estudos sobre o tema, entre 1960 e 1980, surgia com a definição de autismo e era considerada uma condição muito grave e rara, habitualmente associada a deficiência intelectual (Rasga et al., 2023). No entanto, atualmente é considerada “uma patologia crônica e complexa do neurodesenvolvimento, resultante de disfunção cerebral de etiologia multifatorial desconhecida em cerca de 80% dos casos” (Carter & Scherer, 2013, como citados em Ferreira & Oliveira, 2016, p. 169). Esses primeiros estudos, registavam uma média de 4 a 5 crianças entre 10.000 diagnosticadas com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), identificada como autismo. Já na década de 2000, estudos indicavam que “nos Estados Unidos foi encontrada uma prevalência de 110 a cada 10.000 indivíduos de 3 a 17 anos (Kogon et al., 2009, como citados em Fernandes et al., 2021, p. 29). De acordo com Zeidan et al. (2022, como citados em Rasga et al., 2023, p. 2) “in 2022, a systematic review reported a global prevalence of 1%”, ou seja, 100 casos em cada 10.000, em concordância com os valores apresentados nos estudos da década de 2000 relativamente aos Estados Unidos e representando um aumento de 20% a 25%, dos primeiros estudos para a atualidade. Embora se notem semelhanças, os estudos que têm surgido ao longo do tempo e por todo o planeta não são consistentes, observando-se uma grande discrepância entre os diferentes países, tal como referem Kim et al (2011); Kogan et al. (2018); Xu et al. (2019); Roelfsema et al. (2012); Bachmann et al. (2018); Rudra et al. (2017) como citados em Rasga et al. (2023),

from very high values in South Korea (2.64%) and in the United States of America (2.50%) to lower estimates in the Haarlem (0.84%) and Utrecht (0.57%) regions from the Netherlands, in Germany (0.38%), and in the Kolkata region in India (0.23%) (p. 2).

A razão do aumento de diagnósticos e também a discrepância de valores entre os diversos países não é clara, sendo que uma das justificações possa ser o aumento de novos métodos de diagnóstico, bem como a maior ou menor conscientização da sociedade, dos pais e profissionais (Matson et al., 2017, como citados em Rasga et al., 2023), podendo ainda assim, o aumento ser real e atribuído a fatores que evoluíram nos últimos anos (Blaxill, 2004; Hertz-Picciotto & Delwiche, 2009, citados em Rasga et al., 2023).

A PEA, caracteriza-se de acordo com a American Psychiatric Association (2013) no DSM-5, por dois pontos, podendo verificar-se a manifestação de apenas um deles, ou dos dois, as dificuldades persistentes na comunicação social recíproca e na interação social e os padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Estes indícios surgem precocemente, podendo variar em gravidade, de acordo com a variação de sintomas e funcionalidade, e é possível realizar um diagnóstico essencialmente clínico a partir dos 3 anos, com o recurso a escalas comportamentais, elaboradas e validadas com esse propósito. São várias as escalas, entre elas, a Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), a Autism Behavior Checklist (ABC), a Childhood Autism Rating Scale (CARS) e a Autism Diagnostic Interview Revised (ADIR). Estes instrumentos devem ser aplicados por profissionais, como os neuropediatras, de forma a garantir a sua correta aplicação e análise.

A perturbação em causa, é uma patologia do neurodesenvolvimento cada vez mais frequente, apresentando em Portugal uma prevalência estimada de 10 por 10.000 crianças (Oliveira et al., 2007) e tem uma “grande implicação na funcionalidade diária do indivíduo cujo tratamento atual se baseia na intervenção educativa e comportamental, de forma individualizada, e intensiva” (Oliveira, 2009; Myers & Johnson, 2007, Crowe & Salt, 2014, como citados em Ferreira & Oliveira, 2016).

Essa intervenção é regulamentada pelo decreto-lei n.º 54/2018, de 6 de julho, que veio estabelecer o conceito de Escola Inclusiva, um espaço de todos e para todos, em que se impõe que todas as crianças, cada uma com as suas características e necessidades, se sintam incluídas no ambiente escolar e não apenas integradas. Esta mudança veio,

concretizar o direito de cada aluno a uma educação inclusiva que responda às suas potencialidades, expectativas e necessidades no âmbito de um projeto educativo comum e plural que proporcione a todos a participação e o sentido de pertença em efetivas condições de equidade, contribuindo assim, decisivamente, para maiores níveis de coesão social (Decreto-lei n.º 54/2018, de 6 de julho).

Assim, com diagnóstico ou não, neste momento, todos os alunos têm direito a ter acesso aos apoios necessários, que os levem a alcançar as melhores condições para progredir positivamente ao longo do seu percurso académico. Tal como é descrito, no mesmo decreto-lei, é necessário

cada escola reconhecer a mais-valia da diversidade dos seus alunos, encontrando formas de lidar com essa diferença, adequando os processos de ensino às características e condições individuais de cada aluno, mobilizando os

meios de que dispõe para que todos aprendam e participem na vida da comunidade educativa (Decreto-lei n.º 54/2018, de 6 de julho).

Desta forma, os apoios disponibilizados em ambiente escolar, a crianças e jovens com diagnóstico de PEA, são variados, entre eles, a intervenção precoce na infância, o acompanhamento de um professor de educação especial, de um terapeuta da fala e de um psicólogo, bem como a prioridade no acesso a uma escola de referência, ou quaisquer outros apoios físicos, humanos ou organizacionais, que se verifiquem necessários ao longo do seu percurso escolar.

Ainda assim, observa-se que a aplicação de terapias alternativas ou outras atividades não convencionais, tais como musicoterapia, terapia assistida por animais e yoga, proporcionam benefícios no bem-estar e no desenvolvimento dessas crianças e jovens, mas não são disponibilizadas em contexto escolar. Embora os estudos desenvolvidos ainda não sejam em número significativo, os que existem concluem maioritariamente, que a prática de yoga é benéfica no controle de alguns dos sintomas atribuídos à PEA (e.g., Deorari & Bhardwaj, 2014; Shanker & Pradhan, 2022; Ehleringer, 2010). Quando crianças diagnosticadas com PEA, praticam yoga de forma regular, essa mesma prática “can improve psychiatric symptoms or conditions that are commonly co-morbid in patients diagnosed with ASD” (Ghaziuddin et al., 1998; Mazzone et al., 2012; Simonoff et al., 2008; Whilehouse, 2009, citados em Gwynette et al., 2015, p. 155), como PHDA (presente em 28-44% dos diagnosticados com PEA), ansiedade (presente em 42-56% dos diagnosticados), insónia (presente em 50-80% dos casos), sintomas de depressão (presente em 12-70% dos casos), comportamentos agressivos (presente em 68%) e funcionamento executivo prejudicado (presente em 70%) (Gwynette et al., 2015).

De acordo com Ehleringer (2010, p. 131), “yoga is a powerful tool that can teach children how to connect to their bodies, tap into their own personal strength, better deal with life’s challenges, and build connections with the outside world”. O yoga, não é considerado uma terapia, nem um desporto, mas sim uma forma de estar na vida, uma vez que conjuga *āsanas* (posturas), *pranayamas* (controlo da respiração), meditação e regras e formas de estar em sociedade, mas também com o Eu. O mesmo é reforçado por Deorari e Bhardwaj (2014, p. 82), ao afirmarem que

yogic approach is based not only on promoting health, but also on promoting the well-being and personal fulfillment, and should be used as part of one’s lifestyle” e continuam dizendo, que o yoga “aims for making the person a better contributor toward self, family, society, and nature at large (p. 82).

São inúmeros os benefícios que se podem retirar da prática de yoga, tais como a capacidade de acalmar a mente, o aumento da flexibilidade, melhoria do sono, melhoria generalizada ao nível da saúde física, mas também da saúde psicológica. Particularmente, no que diz respeito a crianças e jovens diagnosticados com PEA, segundo Ehleringer (2010, p. 131), “yoga therapeutic interventions have been successful in addressing each of the core symptoms associated with a diagnosis of autism spectrum disorder”.

A presente dissertação, é redigida com intuito de, através de um estudo de caso, constatar se a prática de yoga auxilia uma criança diagnosticada com PEA, na atenuação dos sintomas manifestados, ligados à perturbação e responder à questão: *Poderá o yoga potencializar o desenvolvimento de uma criança diagnosticada com PEA?*

Num primeiro momento, será realizado um enquadramento teórico, onde se aprofundará o conhecimento sobre a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), a prática de Yoga e os benefícios dessa prática em crianças e jovens com PEA. Posteriormente, será descrita a questão de investigação, bem como os objetivos impostos neste estudo. Segue-se uma contextualização metodológica, onde se poderá encontrar a caracterização do tipo de pesquisa, do sujeito de estudo e dos diversos instrumentos aplicados, bem como a elucidação dos procedimentos e da sua implementação e a análise e comparação dos dados obtidos nos diferentes momentos do estudo, que levam à apresentação e discussão de resultados. Por fim, realizar-se-á uma reflexão quanto às conclusões obtidas no estudo e apresentadas as suas limitações, bem como recomendações futuras.

Capítulo I - Revisão da Literatura

1. Perturbação do Espectro do Autismo

1.1. A História

A história e estudo da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), é recente, no entanto está bem presente na cronologia das doenças mentais e está também, cada vez mais presente na vida da sociedade atual. De acordo com estudos, publicados pelo Centers for Disease Control and Prevention (Maenner et al., 2021), o número de crianças com PEA em 2020 seria de 1 em cada 54, e em 2021 passou para 1 em cada 44, o que representa um aumento de aproximadamente 23%. Para entender a PEA, é fundamental conhecer a sua cronologia, a qual apresentamos de seguida.

Os primeiros registos de PEA, são associados a Leo Kanner, pedopsiquiatra americano, no ano de 1940, no entanto, o termo “autismo”, surge através do psiquiatra austríaco, Eugen Bleuler, em 1911, para identificar o nível mais grave de esquizofrenia, em que os pacientes, atingiam “a forma máxima de desligamento do mundo exterior combinado com a predominância relativa ou absoluta do mundo interior” (Brites & Brites, 2019, p. 18). A primeira publicação dedicada ao autismo, saiu das mãos de Kanner, em 1934, com o seu artigo “*Autistic Disturbances of Affective Contact*”, publicado no jornal *Nervous Child*. De acordo com o pedopsiquiatra (1943, citado em Whitman, 2015),

as principais características do autismo incluíam incapacidade de se relacionar com pessoas; falha no uso da linguagem para fins de comunicação em situações sociais; resistência a mudanças e uma preocupação excessiva com manter tudo igual; orientação para objetos em vez de pessoas; boas capacidades cognitivas-intelectuais; falta de resposta ao ambiente; rígida adesão a rotinas e tumulto emocional quando os rituais eram perturbados; linguagem incomum que incluía tendências para repetir a fala de respostas literais e utilização de pronomes inapropriadamente (p. 27).

Após essa publicação, em 1944, Hans Asperger, pediatra e psiquiatra austríaco, “descreveu uma síndrome semelhante à de Kanner, que também se caracterizava por limitações sociais e interesses obsessivos” (Whitman, 2015, p. 28). Portadores da Síndrome de Asperger, como foi posteriormente chamada, e atualmente agregada à PEA, “mostravam-se mais típicos em seu desenvolvimento da linguagem” (Whitman, 2015, p. 28). Asperger (1944, citado em Whitman, 2015, p. 28) afirmou que a fala dos mesmos, “embora não atrasada, ainda assim era incomum e estereotipada. Os aspectos não verbais de sua comunicação também eram estranhos, envolvendo expressões faciais apáticas e gestos inapropriados”. No entanto, devido ao longo e duro período de

guerra, estes dados só se destacaram através de Lorna Wing, pedopsiquiatra inglesa, já nos anos 1980, na tentativa de “diferenciar uma forma de autismo que não se ajusta ao estereótipo de Kanner de crianças que não se comunicavam” (Whitman, 2015, p. 28). Também os estudos de Wing, se revelaram de grande importância, “estabeleceram a análise do autismo sob a ótica de três grandes pilares de prejuízos principais (conhecidos como ‘tríade de Wing’) presentes nos portadores de transtorno do espectro autista” (Teixeira, 2016, p. 17). A tríade caracterizava-se por “prejuízos da socialização, prejuízos na linguagem verbal e não verbal e comportamentos repetitivos ou estereotipados” (Teixeira, 2016, p. 17) (ver Figura 1).

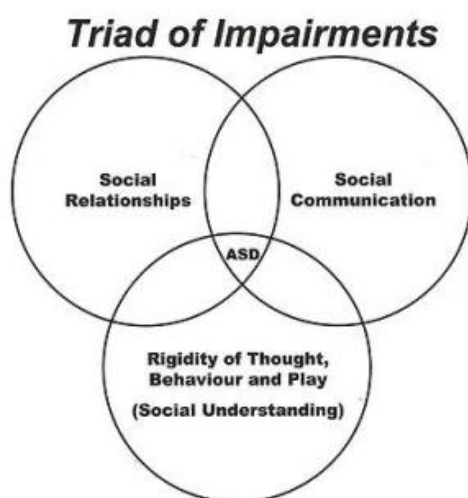


Figura 1: Tríade de Wing (in <https://healthfulmind.blog/2019/04/29/the-evolution-of-autism-part-v-the-woman-behind-the-spectrum/>)

Como é concluído por Teixeira (2016, p. 18), “o artigo ‘Autistic Disturbances of Affective Contact’ [Distúrbios autísticos do contato afetivo], juntamente com os trabalhos de Hans Asperger e Lorna Wing, formam as bases do estudo moderno do transtorno do espectro autista”.

Atualmente, de acordo com a American Psychiatric Association (2013) no DSM-5 as características essenciais da perturbação do espectro do autismo são duas, (1) prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social, e (2) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, “esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário” (American Psychiatric Association, 2013, p. 53).

Como é afirmado por Serra (2020), existe atualmente, um esforço para identificar sinais de alerta precocemente, ainda assim, o

diagnóstico é feito a partir dos três anos, isso porque, como a maioria dos especialistas sugere, não é possível estabelecer o diagnóstico certo antes dessa faixa etária, uma vez que grande parte dos sintomas e sinais observados até os

24 meses está também presente em outras condições e se assemelha a comportamentos característicos do desenvolvimento típico (p. 18).

Também a American Psychiatric Association (2013) refere que no DSM-5, é assumido que a PEA, engloba perturbações anteriormente intituladas por autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger, uma vez que se denotam como um “só conjunto de manifestações com graus e diferentes tonalidades de apresentação clínica” (Brites & Brites, 2019, p. 20) da PEA.

1.2. Causa/Origem

De acordo com Gillberg (1990, citado em Lettieri et al., 2020, p. 45) “o TEA [PEA], é considerado uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas em consequência de um distúrbio de desenvolvimento”. Ainda assim, relativamente, à origem ou causa da PEA, não existe concordância, são várias as teorias apresentadas, que podem complementar-se, numa tentativa de perceber o porquê do surgimento desta perturbação.

Historicamente, Kanner e Bruno Bettelheim acreditavam em teorias socioambientais. Kanner afirmou que a PEA, seria uma consequência de pais frios e distantes, “as chamadas ‘mães geladeira’ seriam as causadoras do autismo infantil” (Teixeira, 2016, p. 24). Kanner considerava que a PEA, seria “uma resposta a um estilo de criação infantil sem valor emocional; uma reação na qual a criança se retrai de uma realidade social desagradável ingressando em um mundo particular interno” (Whitman, 2015, p. 28), chegando a sugerir que crianças com esse diagnóstico, eram difíceis de tratar devido à falta de colaboração dos seus pais e que deveriam ser retiradas aos mesmos, para que se fosse possível observar melhorias. Por outro lado, Bettelheim, “talvez influenciado por sua própria história pessoal como prisioneiro de um campo de concentração nazista” (Whitman, 2015, p. 29), “via crianças com autismo como vítimas de trauma ambiental e, mais especificamente, de negligência materna” (Whitman, 2015, p. 29). No entanto, estas teorias caíram por terra, refutadas por diversos médicos e psicólogos e, hoje sabe-se que não há bases que as suportem e pelo contrário, há evidências de que o envolvimento dos pais, com conhecimento e iniciativa, têm uma influência positiva na diminuição das particularidades da PEA.

O nascimento, é não só para a mãe, mas também para o bebé, um momento de emoções e mudanças. De acordo com Whitman (2015, p. 91), embora o mundo com o qual os bebés se deparam fora da proteção, do seio materno “seja caótico e possa ser estressante, os bebês têm mecanismos protetores” que segundo o mesmo autor (2015, p. 91), “os ajudam a adaptarem-se ao seu ambiente até ao amadurecimento de seus sistemas neurosensorial e neuromotor”. Em contraposição, “o mundo de pessoas com

autismo não apenas começa no caos, mas permanece confuso e assustador“ (Whitman, 2015, p. 91), as mesmas “enfrentam sérios desafios, enquanto tentam se adaptar aos seus ambientes” (Whitman, 2015, p. 92), uma vez que apresentam “anormalidades sensoriais, motoras e cognitivas” (Whitman, 2015, p. 92), “deficiência em recursos de enfrentamento, e que compensam suas limitações desenvolvendo formas incomuns de regular suas emoções e controlar os aspectos físicos e sociais do ambiente à sua volta” (Whitman, 2015, p. 93). De realçar, que tal como as crianças com desenvolvimento típico, também as crianças diagnosticadas com PEA, “são muito diferentes umas das outras; não apenas no modo como o autismo se expressa, mas também em seus temperamentos, personalidades e competências subjacentes” (Whitman, 2015, p. 93).

A American Psychiatric Association (2013) refere que no DSM-5 a PEA é apresentada como “um dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, o que implica compreender o autismo como um transtorno de causa orgânica. Assim sendo, passa a ser entendido como um transtorno cuja causa deve ser genética com associações ambientais” (Sita, 2020, p. 16). No entanto, de acordo com Sita (2020), as questões sobre a PEA continuam a ser muitas e as suas respostas continuam em aberto. Assim, ainda segundo o mesmo autor (2020),

o que podemos afirmar com certeza, até agora, é que não há uma resposta definitiva sobre o que é o autismo e a sua etiologia. O que parece mais provável é que não se trata de uma causa única, mas com várias associações (p.17).

Atualmente, as teorias apresentadas, dividem-se em teorias biológicas e teorias psicológicas, sendo que as biológicas não descartam o que é afirmado pelas psicológicas e vice-versa. Brites e Brites (2019) afirmam que, vários estudos desenvolvidos de 1970 a 1990, foram mostrando que as causas da PEA, seriam bioquímicas, muitos dos pacientes diagnosticados com PEA e presentes nesses estudos, apresentavam “disfunções em determinadas áreas cerebrais, associações de sintomas entre gêmeos monozigóticos (com forte correlação genética), maior incidência de epilepsia, associação com intercorrências pré-perinatais, problemas de inconstância sensorial e a presença de síndromes e malformações cerebrais” (Brites & Brites, 2019, p. 32). Os mesmos autores referem ainda que “muitos pesquisadores começaram a se convencer de que a base do problema estava no cérebro e de que a fagulha era iniciada na genética” (p. 33).

Para que os neurónios apresentem um funcionamento correto, é necessário que o cérebro tenha uma arquitetura perfeita, “bem construída, modelada e conservada (...) as pontes, as ligações e as ramificações entre cada grupo de neurónios que se interligam devem estar bem conectadas” (Brites & Brites, 2019, p. 38). No entanto, essa organização e arquitetura, não é observada no cérebro de uma criança com PEA, pelo contrário, observa-se uma desorganização e modelagem anormal, que impede o funcionamento pleno (Brites & Brites, 2109). Tal como descrevem Brites e Brites (2019,

p. 38), “as pontes, as ligações e as ramificações se encontram incompletas, desviadas, ora ativadas, ora desligadas, com conexões ora perdidas, ora sobrecarregadas”, o que leva ao desequilíbrio no modo de captar e processar informações e resulta num cérebro atípico e inadaptado. Tendo isso como base, surgiram três grandes teorias, que procuram explicar a causa da PEA, a disfunção executiva, a coerência central e a teoria da mente.

A disfunção executiva, tal como Brites e Brites (2019) explicam, “é a incapacidade ou a inabilidade de cumprir tarefas ou combinados sociais de maneira organizada, planejada, percebendo os detalhes importantes, corrigindo imperfeições, analisando-as sempre em sintonia com o contexto, de modo que sejam feitas de forma coerente e agradável” (p. 41). A coerência central, ainda de acordo com os mesmos autores “consiste na capacidade de o cérebro interpretar uma situação toda a partir de uma parte dela, conseguindo, automaticamente, avaliar um processo sem ver todos os detalhes envolvidos” (p. 41). Por sua vez, segundo a teoria da mente, “temos instintiva e intuitivamente a capacidade de perceber, avaliar e concluir as coisas, sempre considerando o que os outros pensam e sentem, colocando-nos no lugar deles, ou seja, sendo empáticos em todo e qualquer momento” (Brites & Brites, 2019, p. 41). As pessoas típicas, têm estes três eixos em perfeito funcionamento, enquanto em pessoas com diagnóstico de PEA, observam-se eixos incompletos ou ausentes.

1.3. Caracterização

Segundo Antunes et al. (2021),

a perturbação do espectro do autismo é uma constelação cujas estrelas principais incluem:

- Dificuldade na interação social.
- Dificuldade na comunicação verbal e não verbal.
- Dificuldade em criar empatia, isto é, pôr-se na pele dos outros.
- Gestos, sons ou atividades repetitivas.
- Fixação por determinados temas, jogos ou objetos.
- Rigidez cognitiva (dificuldade em encontrar estratégias alternativas para a resolução de um problema).
- Marcada ansiedade perante o inesperado ou as circunstâncias que não pode controlar.

- Hipersensibilidade aos estímulos sensoriais, (sons, cheiros, luz ou texturas).
- Desajeitamento motor. (p. 121)

A “presença de um desses sintomas não significa que a criança tenha autismo, mas deve sinalizar para a importância de uma avaliação comportamental detalhada a ser realizada por um médico especialista em desenvolvimento infantil” (Teixeira, 2016, p. 26). Será possível evidenciar apenas algumas destas características, numa criança diagnosticada com PEA, e as mesmas podem variar em termos de gravidade (ver Tabela 1), alterar-se com o avanço da idade, bem como através da aplicação de terapias adequadas.

Tabela 1: Níveis de gravidade para a Perturbação do Espectro do Autismo (American Psychiatric Association, 2013, p. 52)

Nível de gravidade	Comunicação Social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 “Exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

	parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	
--	---	--

Quanto ao cérebro e o seu funcionamento, já descrito, nos primórdios da história da PEA, era frequente associar a deficiência mental a esta perturbação, devido a uma baixa avaliação do Q.I., no entanto através de uma análise mais cuidada, essa conotação foi descartada, uma vez que, avaliando as subescalas dos testes de Q.I., surgiam resultados elevados em determinadas áreas e baixos em outras, assim, conclui-se que “testes de inteligência fornecem informações apenas limitadas sobre muitas das capacidades e deficiências cognitivas, supostamente associadas com o autismo” (Whitman, 2015, p. 195) e, por essa razão é necessário “dar mais atenção ao exame de processos cognitivos específicos, aos possíveis déficits em áreas como processamento de informações, ao funcionamento executivo, cognição social e conhecimento metacognitivo” (Whitman, 2015, p. 195).

Estatisticamente é afirmado por Brites e Brites (2019, p. 98), que “aproximadamente 40-50% dos pacientes com autismo apresentam **deficiência intelectual**.” Ou seja, crianças diagnosticadas com PEA, além desse diagnóstico, “podem ter restrições intelectuais e dificuldades severas em adquirir autonomia e capacidade plena de vencer obstáculos sociais, académicos e rotineiros” (Brites & Brites, 2019, p. 98). No entanto, é declarado pelos mesmos autores, que “mesmo com nível intelectual preservado (em 40% dos casos), a avaliação neuropsicológica pode evidenciar nesses pacientes **deficits executivos**” (p. 98). Por outras palavras, os mesmos autores explicam ainda que, mesmo apresentando um grau de inteligência igual ou superior à dos seus pares típicos,

eles costumam ter problemas de planeamento, de organização, de memória operacional para atividades desinteressantes e que exigem regras e rotinas, de autocontrolo de pensamentos, emoções e comportamentos, levando a prejuízos em atividades que exigem, comprometimento social e sequência de tarefas do dia a dia (p. 98).

Ainda assim, de acordo com Lettieri et al. (2020),

o limite para o aprendizado não está na criança ou em seu diagnóstico, o autismo consiste em um transtorno de origem genética que causa dificuldades ou atrasos

no desenvolvimento verbal e social, bem como da variabilidade de comportamentos. Porém, em tese, este transtorno não envolve nenhuma limitação orgânica que impeça um determinado aprendizado (p. 87).

Cabe àqueles que os rodeiam, que lhes proporcionem as ferramentas adequadas às suas dificuldades e particularidades, para que ocorra o seu desenvolvimento e os necessários momentos de aprendizagem. Tal como afirmam Lettieri et al. (2020), estas crianças (que possuem apenas diagnóstico de autismo leve ou moderado, não associado a outros transtornos ou síndromes) estão aptas a aprender tudo que qualquer criança com desenvolvimento típico aprende, o limite para esta aprendizagem está nas condições de ensino que foram oferecidas a ela (p. 88).

Relativamente aos estímulos sensoriais, crianças diagnosticadas com PEA, podem apresentar insensibilidade à dor e “em contrapartida, podem ter excessiva sensibilidade aos estímulos comuns do ambiente – sons, luzes, abraços, toques, caimento das roupas (...) paladares, texturas de alimentos” (Brites & Brites, 2019, p. 83), Por outro lado, “a tendência ao isolamento social, por exemplo, pode ocorrer não por desinteresse, mas por problemas de hipersensibilidade auditiva” (Brites & Brites, 2019, p. 83).

Após o diagnóstico de PEA, é fundamental procurar a terapia mais adequada, tendo em conta as características da criança. Antunes et al. (2021) reforçam que, cada criança representa um conjunto de particularidades e necessidades. À volta dessa criança existe uma família, uma comunidade, uma escola, um conjunto de recursos. Independentemente das recomendações que vão surgindo na literatura, e da nossa experiência com casos particulares, cada história de autismo guarda os seus segredos. Quanto melhor os conhecermos, melhores serão as respostas (p. 189).

Não existe uma cura, no entanto são vários os métodos de intervenção, que permitem aliviar alguns dos sintomas associados a esta perturbação, desde terapias, com base científica, programas especializados, dietas ou medicação. Esses métodos, sejam quais forem os que se adaptem melhor a cada caso, podem ser apoiados por terapias não convencionais, desporto ou outras atividades, como o yoga. É mencionado por Collins (2015, p. 97) que, o “yoga provides multi-level learning for students with disabilities” e em particular sobre crianças com PEA, “no matter where your child may

fall on the autism spectrum, they all can benefit from yoga therapy” (p. 97). O mesmo autor, ainda refere, dirigindo-se aos terapeutas e familiares, de crianças com PEA, “you can take the yoga sequences, the mindfulness and the movement breaks and incorporate them into your already developed practice” (p. 167). Um método não exclui os restantes, pelo contrário, a combinação entre eles será uma mais-valia, para o bem-estar das crianças e de quem os rodeia, em ambiente familiar, social e escolar. Collins (2015, p. 158) conclui, “i know it can overwhelm a teacher or staff member to think about adding one more thing to their already busy day, but these things can take just a few short minutes in your day and can really change the culture and attitude of the children in the classroom”.

1.3.1. Prejuízo Persistente na Comunicação Social Recíproca e na Interação Social

Na obra de Vigotski é possível perceber que o mesmo se preocupou “com as interações entre as condições sociais em constante mutação e o substrato biológico do comportamento” (Palangana, 2015, p. 170). De acordo com Palangana (2015, p. 170), “as primeiras formas de comportamento humano – às quais Vigotski denominou de estruturas elementares - constituem totalidades psicológicas construídas basicamente por determinantes biológicos, por processos reativos”, por outro lado as estruturas superiores, ou comportamentos mais complexos, “emergem todas do processo de desenvolvimento cultural” (Palangana, 2015, p. 170). Por outras palavras, as respostas apresentadas pelas crianças, nos seus primeiros tempos de existência, são biológicas, são construídas por processos reativos, no entanto, através da interação com o outro, inicialmente o adulto, surgem respostas mais complexas, “assim, é na e pela interação social que as funções cognitivas são elaboradas” (Palangana, 2015, p. 170). Desta forma, o mesmo autor conclui que, “a possibilidade de o homem constituir-se como sujeito e apropriar-se das conquistas efetuadas pela espécie está, de um lado, condicionada ao desenvolvimento de seu sistema nervoso e, de outro, à qualidade das trocas que ocorrem entre os indivíduos” (p. 170), tendo em conta a história, as condições e oportunidades do mesmo.

Como foi referido anteriormente, a American Psychiatric Association (2013) no DSM-5 identifica os critérios diagnósticos, considerados atualmente, na identificação da PEA e a mesma menciona que, o prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social é caracterizado por:

1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.

2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares (p. 50).

Para Vigotski (Palangana, 2015, p. 187), “a natureza humana é, desde o início, essencialmente social: é na relação com o próximo, numa atividade prática comum mediada pelos signos e instrumentos, que os homens se constituem e se desenvolvem como tais”, dando relevo à “linguagem como instrumento que promove a formação do psiquismo” (p. 187). Segundo Palangana (2015, p. 189), “o ambiente social em que a criança está inserida constitui, de fato, uma zona de desenvolvimento, na medida em que as pessoas experientes colocam-se como uma consciência indireta que ajuda a criança a discernir melhor sua experiência” e posteriormente,

com a internalização da fala social, a criança adquire a capacidade de planejar sua própria ação e de se autorregular. Juntamente com a linguagem, são internalizados valores, significados, regras de conduta, enfim, formas culturais de comportamento (ou de papéis) que possibilitam atribuir novo sentido ao real, criar novos símbolos e ampliar o conhecimento (p. 189).

Denota-se assim, a importância da interação e comunicação social, para um desenvolvimento correto de uma criança, ao longo do seu crescimento, e do processo de se tornar um sujeito capaz. Não decorrendo naturalmente este processo, a criança apresentará déficits associados ao mesmo, nas relações interpessoais e intrapessoais e na sua capacidade de adaptação às regras do mundo em que se insere.

Um ponto relevante, na interação e comunicação social, identificado por Vigotski, que deve ser tido em conta no decorrer do desenvolvimento de uma criança, é a brincadeira. Um processo, ao qual nem sempre foi dada a importância devida, mas fulcral para o crescimento e amadurecimento, da criança e do conhecimento do outro e do Eu. Tal como Vigotski realça, “a criança projeta-se no brinquedo, realizando as

atividades dos adultos, ensaiando atitudes, valores, hábitos, significados que se encontram muito além de suas possibilidades efetivas e, no entanto, serão posteriormente incorporados à sua forma de agir e pensar” (Palangana, 2015, p. 193). O imaginário, o faz-de-conta, que crianças com PEA têm dificuldade em entender, leva ao conhecimento e aprofundamento de conceitos reais e regras essenciais à sua existência, como sujeito e elemento de uma sociedade, uma vez que, “enquanto brinca, a criança reproduz regras, vivencia princípios que percebe na realidade” (Palangana, 2015, p. 193), e por essa razão se realça a sua importância no correto desenvolvimento das capacidades de comunicação social recíproca e na interação social.

Segundo Neto (2020) o brincar é fundamental para o desenvolvimento da relação com os outros como aqui o descreve, “brincar é adaptar-se a situações incertas, é treinar para o inesperado e imprevisível, é a vivência do instante, através de ações diversas na utilização do corpo em espaços físicos (naturais e construídos) e na relação com os outros” (p. 37). As formas de brincar e jogar são várias, cada uma com as suas características, objetivos e relevância, para o correto desenvolvimento das crianças típicas e atípicas. Neto (2020), dividi-as em quatro grupos,

- O jogo simbólico (*pretend play*), entendido como a forma de extensão da imaginação em representações de vários papéis (faz-de-conta), através da expressão verbal e não-verbal, sons, linguagem e objetos e numa imensa variedade de relações entre o real e a fantasia, em situações de jogo dramático ou sociodramático (...).
- O jogo com objetos (*play material*), definido como a capacidade de manusear ou manipular objetos diversos (naturais, didáticos, tradicionais, etc.), movido pela curiosidade e com progressiva complexidade, de acordo com a idade, o sexo, a crença, a situação geográfica e a cultura em diversos contextos de ação. São disso exemplo as construções, brincar com materiais soltos («tralha»), brinquedos previamente construídos ou criados pelo sujeito (...).
- O jogo social (*social play*), através do uso de regras simples ou complexas e com definição de critérios na interação social, em que aquelas podem ser reveladas, exploradas e alteradas. São usualmente observadas formas de jogo isolado,

observador, paralelo, cooperativo e de oposição (como jogar à macaca ou ao mata, ou com pião, berlinde, elásticos ou bola, etc.).

- O jogo de atividade física (*physical activity play*), relacionado com o dispêndio de energia através de várias formas de atividade motora (movimentos posturais, locomotores e manipulativos, gestuais e interativos), incluindo as estereotípias rítmicas, o jogo de exercício e de luta e perseguição, que vai aumentando de complexidade ao longo da idade (p. 38).

As crianças diagnosticadas com PEA, apresentam défices relativamente a alguns dos desempenhos, indicados por Neto (2020) como elementos de brincadeira, que proporcionam momentos de evolução e aprendizado, tais como o faz de conta, a exploração de materiais e brinquedos como um todo, o entendimento do jogo social, quanto às suas regras e à partilha de interesses com os seus pares e nem sempre, mas por vezes inadequação a atividade física. Existe assim a ausência de um dos recursos cruciais na infância, para a evolução da criança, de forma a alcançar a maturidade física, psicológica e intelectual adequada e necessária à adaptação à vivência em ambiente social, tanto em idade precoce, como posteriormente na fase adulta. Neto (2020) afirma que, “os benefícios [de brincar] são muito significativos em termos de capacidade adaptativa (motora, cognitiva, emocional e social), cultura de sobrevivência, confronto com a adversidade, regulação emocional, autoconfiança, relação social e de ganhos significativos de competências motoras, cognitivas e sociais” (p. 39). Sabe-se também, como é reforçado por Neto (2020),

que o brincar e ser ativo melhora as funções executivas, a linguagem, a integração e discriminação inter e intrassensorial, o pensamento criativo, as habilidades lógico-matemáticas, a execução de tarefas complexas, etc., contribuindo para a formação de adultos mais saudáveis ao longo da vida e com um potencial cerebral bem desenvolvido (p. 41).

Assim, relativamente a crianças diagnosticadas com PEA, Gillberg (2005, citado em Lettieri et al., 2020, p. 73), “aponta o atraso ou não desenvolvimento da linguagem falada e, também dos demais comportamentos que compõem a comunicação, como as expressões faciais, os gestos, a postura corporal”, e o mesmo autor, ainda refere “a presença de um discurso repetitivo, incluindo a ecolalia (...) a ausência de brincadeiras sociais, que são totalmente fundamentadas na comunicação” (p. 73). Lettieri et al. (2005), afiançam que

muitos autistas que desenvolveram bem a linguagem falada ainda têm problemas na aquisição da comunicação funcional, afinal falam bem e com boa dicção, mas só falam sobre seus temas de interesse e não ficam sob controle do ouvinte, ou seja, não percebem quando o assunto não interessa ou não está sendo compreendido pelo outro (p. 73).

1.3.2. Padrões Restritos e Repetitivos de Comportamento, Interesses ou Atividades

Também de acordo, com o que é indicado no DSM-5 pela American Psychiatric Association (2013), no que diz respeito a padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades, para se obter um diagnóstico de PEA devem-se identificar algumas das seguintes características:

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).
4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou

tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento) (p. 50).

Relativamente a estes comportamentos, Lettieri et al. (2005, p. 73), salientam que crianças com PEA, “apresentam preocupação circunscrita a um interesse especial, demonstrado por meio da busca frequente por imagens, textos, vídeos e objetos sempre do mesmo tema, além de verbalizações repetitivas sobre este tema”, o que condiciona as relações interpessoais, uma vez que não partilham interesses com os seus pares e induzem à incompreensão dos mesmos, levando ao seu isolamento. Os mesmos autores realçam também, que estas crianças apresentam, na sua maioria, uma “dependência compulsiva de rotinas” (p. 74), o que lhes causa um grande desconforto, quando surgem mudanças na rotina, por muito insignificante que possam parecer às restantes pessoas, por exemplo, o fato de não ver alguém que via com regularidade, de mudar o percurso habitualmente percorrido ou não poder vestir uma peça de roupa pela qual tem uma fixação. Essas alterações, causam “muita angústia, irritação e agitação por parte dos autistas” (p. 74), o que pode levar à realização de estereotípias motoras e obsessão por objetos ou partes dos mesmos, na busca de bem-estar, e também “pode resultar em ataques violentos de raiva” (Teixeira, 2016, p. 28).

Os comportamentos repetitivos, “na maior parte das vezes, possuem função auto estimulatória, ou seja, visam apenas o prazer físico, o que atrapalha muito as interações sociais e o aprendizado” (Lettieri et al., 2005, p. 74). Estas crianças e jovens “tendem a não considerar o objeto como um todo, mas lidar com uma parte específica do objeto que, geralmente, causa alguma estimulação sensorial (visual, tátil, olfativa, auditiva ou gustativa)” (Lettieri et al., 2005, p. 74) e, desta forma, ao contrário do que é habitual presenciar, os brinquedos, não são utilizados em contexto social, em brincadeiras com os seus pares ou mesmo em momentos de descoberta pessoal, através do faz de conta, os objetos são utilizados, apenas para atingir uma sensação prazerosa e alcançar tranquilidade e conforto. Existe assim, um prejuízo, quanto a uma das fases mais cruciais, para o crescimento e aprendizado de uma criança, o brincar, como foi descrito no ponto anterior, que representa prejuízo para o bem-estar e crescimento saudável, tal como conclui Neto (2020), quando refere que da “redução ou ausência [do brincar] resultam problemas relacionados com comportamentos negativos ou inadequados (agressividade, tristeza, melancolia, perturbações e desordens mentais, indisciplina), relações sociais entre pares comprometida, delinquência, dificuldades de transição da infância para a adolescência e idade adulta” (p. 40). No entanto, tal como Teixeira (2016, p. 27) afirma, crianças com diagnóstico de PEA, “não se interessam em brincar com familiares e há indiferença por jogos ou atividades em grupo. Suas ações podem se limitar a atos repetitivos e estereotipados”.

2. Yoga

2.1. A História do Yoga e a sua Prática

Yoga, é “o caminho que cultiva o corpo e os sentidos, que refina a mente, civiliza a inteligência e repousa na alma, cerne de nosso ser” (Iyengar, 2001, p.11). Muito mais que uma simples atividade física, “yoga’ deriva da raiz ‘yuj’, que significa ‘juntar, religar’, e o yoga é explicado tradicionalmente como a junção, a unificação da alma individual (*jivātman*) e do ‘Si’ supremo (*paramātman*)” (Oliveira, 2013, p. 53), devido à sua natureza “celular, mental e espiritual, envolvendo o homem na totalidade de seu ser” (Iyengar, 2001, p. 12). Embora existam documentos mais antigos, que façam referência ao yoga, “as primeiras alusões explícitas ao yoga encontram-se no *Upanishad* [grupo de textos dedicados à metafísica, em prosa e em verso] mais antigos, também conhecidos como *Upanishad* védicos, que datam de cerca de 1500-1000 a.E.C. [antes da Era Comum]” (Oliveira, 2013a, p. 54). De acordo com alguns textos, tal como indica Oliveira (2013a),

a alma, *ātman*, sofre na viagem que empreende dentro deste veículo [corpo humano], e o yoga é apresentado como disciplina espiritual que vai permitir ou habilitar a mente a dominar os sentidos e, assim, sair da roda incessante de nascimento e morte, portadora de sofrimento (p. 54).

Posteriormente, entre os séculos III e V, surgem aqueles que são considerados os textos mais importantes do yoga, o *Yoga-sūtra* de Patañjali (Oliveira, 2013a), o primeiro a definir Yoga.

Tal como Flynn (2013, p. 14) menciona, “the 5,000-year-old discipline was designed to empower health, happiness, and a greater sense of self. Originating in ancient India, yoga is one of the longest surviving practices of holistic health care in the world”. Esta forma de estar na vida, passou de geração em geração e de país em país, sendo neste momento, conhecida e praticada no mundo inteiro, independentemente de idade, género, classe social, crenças ou possíveis dificuldades físicas. Todos, desde que o sintam, podem e devem praticar yoga, respeitando o seu corpo e a sua essência. Flynn (2013, p. 14) afirma que, “scientific research has confirmed what ancient yogis learned through personal observation thousands of years ago – that yoga is good for the body, mind, and soul”.

O mundo atual, exige cada vez mais de cada um de nós, não só na idade adulta, mas já na infância e adolescência. É frequente, ouvir-se relatos de depressão, esgotamento, *burnout*, doenças psicológicas, mas também físicas, associadas à exigência que nos é imposta e que nos impomos. Yoga é uma ferramenta a ser usada, no caminho para o reequilíbrio físico e mental, segundo Peck et al. (2005, citados em Collins, 2015, p. 101), sabemos “that yoga movements increase blood and oxygen levels throughout the body positively affect both the central and autonomic nervous systems, which are crucial in

helping us calm our bodies in highly aroused or anxious states”. Aliás, estudos verificaram alterações no cérebro, após uma prática regular de yoga, de acordo com Collins (2015), em

areas of the left hippocampus (associated with learning, cognitive, memory and emotional regulation), the amygdala (associated with managing anxiety, fear and stress), temporal parietal junction (associated with perspective taking, empathy and compassion) and gray matter (associated with working memory and executive functioning skills) (p. 101).

A prática do yoga, resulta da união perfeita entre as posturas (parte física), a concentração (respiração) e a meditação, “quando a consciência e o corpo são levados a unir-se, a energia da consciência se aquieta. Quando isso ocorre, a consciência se aquieta também, e a alma, então, ocupa o corpo todo” (Iyengar, 2001, p. 29). Assim, o yoga é dividido em oito domínios: *yama*, *niyama*, *āsana*, *prāṇāyāma*, *pratyāhāra*, *dhāranā*, *dhyāna* e *samādhi*; e em três camadas, externa (física), interna (mental) e íntima (espiritual) (Iyengar, 2001).

Os oito estádios, são subdivididos em três grupos e levam a três níveis da prática do yoga. Os dois primeiros estádios, *yama* e *niyama*, são as disciplinas social e individual, regras éticas presentes na humanidade. O praticante neste primeiro nível do yoga é chamado a respeitar e cumprir essas regras morais. *Niyama* mostra o que deve ser feito pelo bem do ser e da sociedade, e *yama* o que deve ser evitado (Iyengar, 2001). Só através da compreensão e respeito por esses preceitos, é possível passar ao nível dois, *Sādhana* (prática), onde é realizado “o trabalho de desenvolvimento individual, por meio da interpretação de corpo e mente, de mente e alma” (Iyengar, 2001, p. 31). “*Āsana*, *prāṇāyāma* e *pratyāhāra* [terceiro, quarto e quinto estádios] levam à evolução do indivíduo, ao entendimento de sua natureza” (Iyengar, 2001, p. 30), afastando a mente do que a rodeia, sendo que as *āsanas* são as posturas realizadas com o corpo e a *prāṇāyāma* é a capacidade de entender e aplicar corretamente a ciência da respiração. De acordo com Oliveira (2013b, p. 113), “a *āsana* desenvolve a consciência do corpo, preparando-o para etapas de maior interioridade”. O *prāṇāyāma*, ainda segundo o mesmo autor (p. 113), “visa a purificação do corpo sutil (...) É também considerado um veículo de acesso às camadas mais interiores da consciência”. Por último, a *pratyāhāra* é a aptidão para “silenciar os sentidos e mantê-los passivamente em suas posições, ou direcioná-los para o interior da individualidade, para que possam assentar na essência do ser” (Iyengar, 2001, p. 31). O mesmo autor clarifica ainda que,

a mente pode seguir incontáveis direções, numa fração de segundo. Mas a respiração, não. Ela só tem um percurso: inspiração e expiração. (...) Ao

controlar a respiração, você está controlando a consciência, e, ao controlar a consciência, você dá ritmo à respiração (p. 29).

Finalmente, o terceiro grupo que leva ao terceiro nível, que não é alcançável a todos os praticantes de yoga, mas sim àqueles, que o praticam com todo o seu ser, sem desconfianças, sem esperar nada em troca, livres de quaisquer pretensões. Tal como é descrito por Iyengar (2001, p. 30), “dhāranā, dhyāna e samādhi [sexto, sétimo e oitavo estágios] são os efeitos do ioga que criam condições para vislumbrar a alma”. O Mestre Patañjali descreveu este nível “como o tesouro do ioga” (Iyengar, 2001, p. 31). Iyengar (2001, p. 32) explica, “dhāranā é a concentração ou a atenção completa. Dhyāna é meditação. Samādhi é o ápice do ioga. É o estado de graça e união com o Espírito Universal”. Na *dhāranā*, o *yogui* trabalha a concentração, através da redução progressiva do desassossego mental. Mesmo que surjam pensamentos desestabilizadores, o *yogui* deve afastá-los, retomando a sua atenção e gradualmente atingir a concentração plena sem distrações, a *dhyāna*. Assim, “nesta etapa, o conteúdo da mente, ou a consciência, une-se ao objecto de meditação, realizando, assim, um conhecimento mais profundo, de onde surge um sentimento de êxtase, que resulta do prolongamento do estado” (Oliveira, 2013c, p. 156). Este estado de atenção contínua, encaminha então o *yogui*, ao último estado, a *samādhi*. Oliveira (2013c) descreve que,

nesta última parte, a concentração é tão perfeita que só o objeto meditado fica presente no espírito, o qual perde toda a consciência reflexiva. Há uma quebra do funcionamento comum da mente, surgindo uma outra forma de consciência, como Patañjali indica: ‘A luz do Conhecimento (ou intuição, lucidez espiritual-*prajñā*) releva-se’ (p. 156).

De que forma, os oito domínios do yoga, afetam o nosso corpo e que mudanças originam?

Iyengar (2001) explica através da Árvore do Yoga, apresentada na Figura 2. Existe um processo com regras a seguir, desde que uma semente é plantada, até se poder observar uma bonita árvore de grandes dimensões, com folhas verdejantes e lindas flores. Também com o Ser é necessário seguir um protocolo, até se conseguir observar toda a sua grandiosidade.

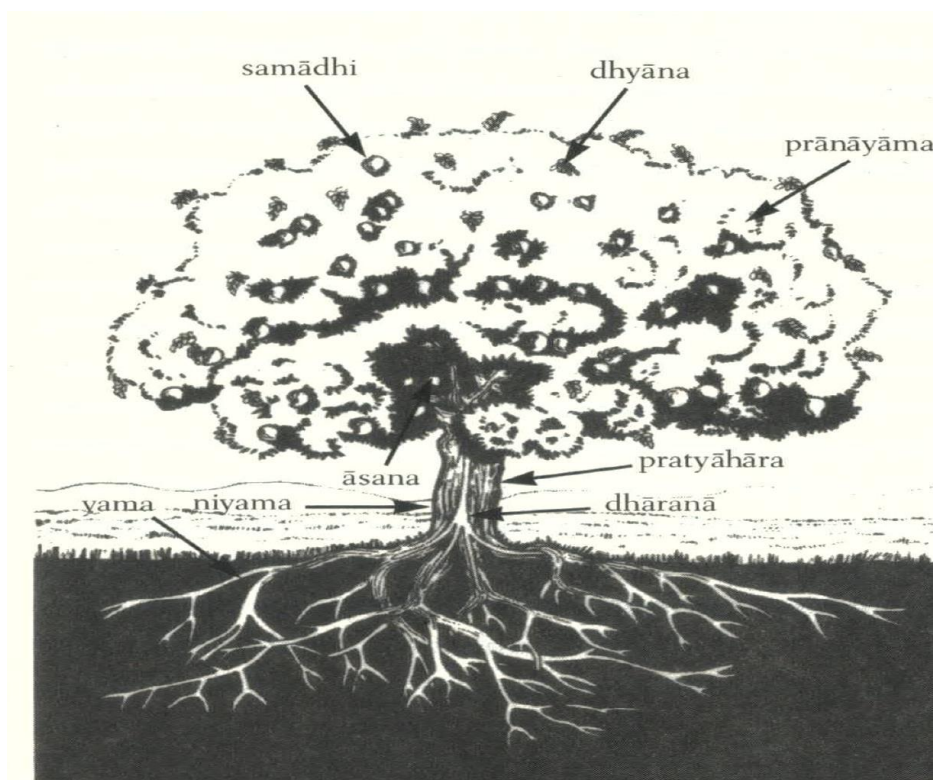


Figura 2: Árvore do Yoga (Iyengar, 2001, p. 86)

A semente semeada, é formada por oito segmentos que dão origem aos oito domínios do yoga (Iyengar, 2001). *Yama*, é a raiz da árvore, que contém cinco princípios, *ahimsā* (não à violência), *asteya* (não à avaréza), *aparigraha* (não cobiçar nem ambicionar o desnecessário), *brahmacharya* (controlar o prazer sensorial) e *satya* (ser verdadeiro) (Iyengar, 2001). O cumprimento destes cinco princípios, educa os cinco órgãos da ação, “os braços, as pernas, a boca, os órgãos reprodutores e os órgãos excretores. Naturalmente, os órgãos de ação controlam os órgãos da percepção e a mente – alguém pensa em fazer mal, mas os órgãos da ação se recusam” (Iyengar, 2001, p. 34), levando o praticante de yoga a respeitar-se e também a respeitar o outro.

Niyama é o tronco da árvore, que tem como base, cinco princípios, *saucha* (pureza), *santosa* (contentamento), *tapas* (autoexigência), *svādhayāya* (autoconhecimento) e *isvara-pranidhana* (desapego das consequências dos atos) (Iyengar, 2010), que “controlam os órgãos da percepção: os olhos, os ouvidos, o nariz, a língua e a pele” (Iyengar, 2001, p. 34). Os diferentes galhos que rebentam do tronco, representam as *āsanas*, são inúmeras as posturas, todas diferentes e cada uma com sua intenção e “levam as funções físicas e fisiológicas do corpo a entrar em harmonia com o padrão psicológico da disciplina iogue” (Iyengar, 2001, p. 34). Tal como é descrito por Flynn (2013)

by practicing yoga postures, bones are brought into alignment and muscles are strengthened, stretched, and relaxed. In turn, blood is oxygenated, helping to

tone the nervous system, improve circulation and other bodily functions, promote flexibility, and release tension. Focusing on the breath on its own or while doing yoga-based stretches and balancing postures brings the physical body into balance with the mind (p. 14).

A descrição de Iyengar (2001) prossegue com o *prānāyāma* identificado como as folhas que fornecem energia a toda a árvore, segundo o autor, “as folhas absorvem o ar, colocando-o em contato com as partes internas da árvore. (...) Por meio dos *prānāyāmas*, os sistemas respiratório e circulatório são levados a uma condição harmoniosa” (p. 34). Através do domínio das *āsanas* e das *prānāyāmas*, o praticante de yoga alcança as capacidades de concentração e meditação, ao libertar a mente do corpo. No entanto, para que a energia da árvore se mantenha e circule com espontaneidade, tem de ser protegida e é essa a função da casca, a *pratyāhāra*, “que é a viagem interna dos sentidos, os quais se desligam da pele e se voltam para o âmago do ser” (Iyengar, 2001, p. 35). *Dhāranā*, é representada pela seiva, que faz a união de todos os elementos que constituem a árvore, desde a raiz até às folhas, no seu ponto mais alto e consiste, na “concentração, é focalizar a atenção no cerne do ser” (Iyengar, 2001, p. 35). *Dhyāna*, a meditação, de acordo com Iyengar (2001, p. 35), “é a flor do ioga”, que nasce quando se observa uma árvore saudável. Por fim, tal como descreve o mesmo autor,

quando a flor se transforma em fruto, tem-se o samādhi. A essência da árvore está no fruto, e a essência da prática do ioga está na liberdade, na elegância natural, na paz e na beatitude do samādhi, em que corpo, mente e alma se unem e se fundem com o Espírito Universal (p. 35).

Na resolução de um exercício de matemática, percorrem-se vários passos e nesses passos, várias questões são resolvidas, no entanto o objetivo final é chegar à resolução da questão inicial. Da mesma forma, os diferentes níveis do yoga proporcionam saúde, felicidade e paz, equilibrando cada um deles a mente, o corpo e a alma, com o objetivo de alcançar a integração dos três.

Assim, de acordo com Iyengar (2001),

a ciência do ioga ajuda-nos a manter o corpo como se fosse um templo, para que fique tão limpo quanto a alma. O corpo é indolente, a mente é vibrante e a alma luminosa. Os exercícios de ioga desenvolvem o corpo até o nível da mente vibrante, para que corpo e mente, tendo ambos se tornado vibrantes, sejam atraídos pela luz da alma (p. 27).

2.2. A Prática de Yoga com Crianças

As crianças, apresentam sinais preocupantes, cada vez mais cedo. Desde tenra idade, mostram sinais de stress, baixa autoestima, cansaço físico, emocional e psicológico, falta de concentração, falta de empatia, entre outros. Isso deve-se a uma vida exigente, que os puxa em vários sentidos, a vida académica, cada vez mais exigente e competitiva, a vida social, nem sempre fácil de gerir devido às diferentes perspetivas de cada criança, acerca dos diversos temas que vão surgindo, a vida familiar, também ela por vezes complexa e atribulada e ainda as atividades extracurriculares, que deveriam representar momentos de descontração, de libertação de energia, frustrações e stress, mas que devido, mais uma vez, à competitividade muitas vezes imposta, acabam por também eles se tornarem momentos desagradáveis. Esse tema é abordado por Flynn (2013) que refere,

many children today are suffering from a lack of connection to their bodies, to the environment, and to themselves. Our information-saturated, hectic, and stimulus-rich culture pulls kids in many directions, splitting their attention. For many children, it has become too much for their young, developing minds to absorb and process (p. 20).

O yoga, pode representar um apoio para toda a comunidade escolar, estudantes, professores, agentes educativos e encarregados de educação. Todos podem ganhar com os benefícios da prática de yoga, as crianças, pois de acordo com Figueiredo (2013, p. 201) com a prática regular, “devemos notar que as crianças vão melhorando a postura do corpo, a coordenação de movimentos, a atenção e capacidade de concentração nas aulas, o enriquecimento muscular e a flexibilidade, bem como o fortalecimento do sistema imunológico” e quem os rodeia, uma vez que lucram com um melhor ambiente escolar, relações baseadas no respeito e na empatia, e saúde psicológica.

O hábito de uma prática regular e prolongada, nas nossas escolas, poderá conduzir a um ambiente escolar mais harmonioso, com respeito e compreensão para com todos os intervenientes, e uma melhoria a nível académico, uma vez que se proporciona o aumento da concentração e a diminuição de momentos de ansiedade e respeito e contribui para a aplicação dos princípios de orientação ao Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória.



Figura 3: Esquema Conceitual do Perfil dos Alunos à Saída Obrigatória (Martins et al., 2017, p.12)

Como se pode observar na Figura 3, um dos princípios do Perfil dos Alunos à saída da Escolaridade Obrigatória, é a Base Humanista, segundo o qual, “a escola habilita os jovens com saberes e valores para a construção de uma sociedade mais justa, centrada na pessoa, na dignidade humana e na ação sobre o mundo enquanto bem comum a preservar” (Martins et al., 2017, p. 13). Também o yoga tem uma base humanista e se centra no respeito pelo Eu, pelo outro e pelo mundo e incute esse respeito, bem como o princípio da Sustentabilidade fundamentado no “estabelecimento, através da inovação política, ética e científica, de relações de sinergia e simbiose duradouras e seguras entre os sistemas social, económico e tecnológico e o Sistema Terra, de cujo frágil e complexo equilíbrio depende a continuidade histórica da civilização humana” (Martins et al., 2017, p. 14). O Saber e a Aprendizagem, são dois princípios nos quais, de acordo com Martins et al. (2017), se atesta que a escola deve disponibilizar as condições, para que todo o aluno possa “compreender, tomar decisões e intervir sobre as realidades naturais e sociais no mundo. Toda a ação deve ser sustentada por um conhecimento sólido e robusto” (p. 13) e também, deve promover “intencionalmente o desenvolvimento da capacidade de aprender, base da educação e formação ao longo da vida” (p. 13).

Mais uma vez, podemos observar que o yoga se relaciona com estes princípios, uma vez que para além da sua vertente prática, tem uma vertente holística, que busca a

compreensão, o saber e a aprendizagem, do funcionamento do Ser, do corpo e do mundo, com fundamento, sem julgamentos ou preconceitos, a ser praticada ao longo de toda a vida. De seguida, surgem a Inclusão, a Coerência e Flexibilidade e a Adaptabilidade e Ousadia, princípios presentes na escola e na prática de yoga, uma vez que são “de e para todos”, promotoras “da equidade e democracia” (Martins et al., 2017, p. 13), com “gestão flexível” e “trabalho conjunto” de todos os intervenientes, explorando “temas diferenciados, trazendo a realidade para o centro das aprendizagens visadas” (Martins et al, 2017, p.13) e com capacidade de adaptação a novos desafios ou necessidades.

Quanto ao último princípio, a Estabilidade, a prática de yoga, não só proporciona estabilidade, como necessidade de estabilidade, tal como na escola “Educar para um perfil de competências alargado requer tempo e persistência” (Martins et al. 2017, p.14) e assim poderão observar-se grandes resultados.

Assim, o yoga poderá ser um aliado, no auxílio às nossas crianças, em contexto escolar e familiar, tal como menciona Flynn (2013, p. 20), “through the use of yoga tools, stories, and play, we can provide children with opportunities to grow physically, mentally, emotionally, and spiritually, helping them connect with themselves and others with compassion, understanding and clarity”.

Contudo, a aprendizagem das crianças, é um processo distinto do dos adultos, por essa razão, a prática de yoga, também se processa de forma diferenciada, respeitando os tempos e os interesses das crianças. Figueiredo (2013, p. 189) refere, “uma criança tem a sua própria forma de evolução natural, e não devemos nós mesmos impor-nos a ela. Uma criança não é um adulto em ponto pequeno”. Elas não gostam de monotonia, gostam de aprender coisas diferentes e não de repetir o que já foi ensinado anteriormente, por outro lado, não gostam de ouvir explicações, preferem fazer, mexer. De acordo com Iyengar (2001),

as crianças observam os seus olhos, assim os seus olhos devem ser tão observados quanto os delas. As crianças são controladas pelos olhos, não por palavras. Você deve expressar as palavras com os olhos. Isso as atrai e a concentração acontece naturalmente (p. 53).

Assim, a prática de yoga, deve respeitar os tempos e as preferências das crianças, tal como explica Figueiredo (2013, p. 189), “até aos 2 anos, o yoga deve ser feito com a mãe, mantendo a ligação que foi criada ao longo da gestação. Dos 2 aos 6 ou 8 anos, a abordagem ao yoga deve ser feita através de jogos”. Só a partir dos 8 anos, o yoga pode ser praticado com a colaboração de um professor, só com essa idade existe maturidade para assimilar o que lhe é transmitido e respeitar os tempos que a prática exige, bem como as condições físicas e psicológicas ideias. Assim, tal como Figueiredo (2013, p. 189) descreve, “na Índia, desde os tempos antigos que as crianças, ao fazer 8 anos, têm

uma cerimónia própria chamada *upanayanvidhi*. Este termo é composto por *upanayana*, que significa 'cerimónia de investura, iniciação', e *vidhi*: 'ritual, conhecimento"', e este evento marcava o final da infância.

Então, a partir dos 8 anos, a prática com crianças, deve ter uma duração de aproximadamente 45 minutos, de forma a não as saturar e a respeitar os seus corpos. Para a tornar mais aliciante e mais fácil de executar, em idade tão precoce, é fundamental torná-la lúdica, para tal, podem ser utilizadas histórias, músicas e associar cada postura, a um animal, de forma que facilmente a recordem. Tal como Collins (2015, p. 26) reforça, o "yoga for kids can be fun and even a little silly. Yes, we want them to be safe and learn how to move through poses/asanas effectively, but we call certain poses silly names that make it more child-friendly". É também crucial, que o espaço físico, apresente um ambiente seguro, confortável e calmo, com luz natural, sempre que possível, e com o mínimo de ruído, que cause uma sensação de confiança e bem-estar.

Primeiramente, deve haver uma exploração desse espaço e a criança deve identificar o seu domínio, através do seu tapete de yoga. É natural, que inicialmente, predomine alguma agitação normal da idade, por isso, após a Saudação ao Sol, a postura inicial que prepara o corpo para a prática, através do aquecimento das articulações e músculos, é crucial concentrar a atenção na respiração. Após esse momento, o avançar para a práticas das *āsanas* (posturas) surge naturalmente. Através de contos, de acordo com as suas origens, introduzem-se gradualmente cada uma das posturas escolhidas para a sequência a realizar, devendo permanecer-se em cada uma, o tempo que a atenção permitir, idealmente cerca de um minuto (Figueiredo, 2013).

São inúmeros os benefícios de uma prática regular, tanto a nível físico como psicológico. A prática de yoga, possibilita que a criança conheça o seu verdadeiro interior, a sua beleza e luz interior, elevando a sua autoestima e o conforto com o seu corpo e conseqüentemente dá-se a aceitação do outro e a conexão com o outro e com o mundo, de uma forma positiva e pacífica (Flynn, 2013). Durante a prática, ocorre uma conjugação de *āsanas* ativas, *āsanas* passivas e respiração, cada uma com a sua intenção. As *āsanas* ativas, espalham a energia por todo o corpo, ao ativar o cérebro e o sistema nervoso, e ajudam a fortalecer o corpo e a aumentar a flexibilidade, por sua vez, as *āsanas* passivas, realizadas, habitualmente, na parte final da prática, têm a função de induzir a meditação e o relaxamento, que leva a ouvir o corpo e a tomar consciência do mesmo. Sempre presente, deve estar a atenção prestada à respiração, crucial para a nossa sobrevivência, mas pouco valorizada e respeitada. Uma respiração correta, deve ser diafragmática, dessa forma conseguir-se-á uma redução do stress e ansiedade (Collins, 2015). Tal como descreve Collins (2015, p. 17), "deep breathing helps us relax by de-activating the sympathetic nervous system (SNS), which produces stress hormones and activates our parasympathetic nervous system (PNS) instead, which then helps lower blood pressure, decrease heart rate and relaxes us".

Desta forma, uma prática correta e regular origina vários benefícios, a nível físico e psicológico. A nível físico, Flynn (2013) enuncia os seguintes:

- Assists neuromuscular development
- Promotes development of the vestibular system
- Increases circulation, uptake of oxygen, and functioning of hormones
- Encourages motor development on both sides of the body
- Increases balance, coordination, and overall body awareness
- Develops core strength, essential for posture and alignment
- Reduces the risk of injury; improves performance in sports
- Improves digestion and elimination
- Strengthens the immune system
- Helps manage chronic illness
- Relaxes the body, promoting better sleep
- Improves brainpower (p. 21).

Quanto a nível psicológico/mental, Flynn (2013) enumera:

- Calms and clears the mind
- Brings your child into the present moment
- Relieves tension and stress
- Increases concentration, focus, and attention span
- Promotes thinking and boosts memory
- Simulates auditory processing and responsiveness
- Expands imagination and creativity
- Improves ability to be less reactive, more mindful of thoughts, speech and action
- Reduces stress and anxiety
- Balances low/high energy levels

- Improves attention and emotional control
- Positively influences neurotransmitter function (p. 22).

Ainda assim, Figueiredo (2013) salvaguarda que, certos de que a prática regular que se pretende incutir nas crianças seja uma referência para um suporte forte na sua vida (conforme o foi e ainda é para os adultos que, tendo começado jovens, nunca deixaram a prática), temos de ter em atenção as influências que surgirão ao longo da vida: a) da própria pessoa, b) da sociedade/mundo, c) do meio ambiente, e que não estão sob o nosso controle (p. 189).

Porque, é importante relembrar, o yoga não se resume à aplicação de posturas e exercícios de respiração. O yoga tem por base, princípios que têm obrigatoriamente de estar sempre presentes, para que se possa experienciar e beneficiar na sua plenitude. Estes princípios são, pratica a paz; sê honesto; sê generoso; pratica a moderação; mantém-te limpo (corpo e mente); sê feliz contigo; trabalha arduamente, dando sempre o teu melhor; passa tempo sozinho, para te ouvires e acredita em algo superior a ti (Flynn, 2013).

2.3. O Yoga e a Perturbação do Espectro do Autismo

Tal como já foi referido, os benefícios da prática de yoga, tanto por adultos como por crianças, são infinitos. Corpo e mente, beneficiam não só com posturas e exercícios de respiração, os elementos da prática mais visíveis, mas também com os mandamentos, nos quais o yoga se apoia, uma vez que fazem pensar na forma de estar na vida, connosco, com os outros e com o mundo. Com crianças que apresentam dificuldades, não é diferente. Em particular, crianças diagnosticadas com PEA, também obtêm resultados positivos, quando praticam yoga com regularidade, sempre com as adaptações necessárias, tal como ocorre com qualquer outra criança ou adulto. O yoga não é uma prática, apenas para aquele que apresenta boa aptidão física, é para todo aquele a quem faça sentido e que o queira praticar, sem crítica ou julgamento. Todos são convidados a praticar yoga, e a adaptar, ainda que com regras, a prática às suas capacidades e necessidades.

Estudos sobre yoga, têm mostrado a eficácia em diferentes ambientes, tanto em centros de terapia como escolas, por outro lado, mostram que o yoga tem incorporado a inclusão, através de reforços visuais, auditivos, táteis e cinestésicos, fornecendo múltiplas entradas sensoriais e atendendo às diversas necessidades das crianças (Shanker & Pradhan, 2022). De acordo com Gwynette et al. (2015),

the current research concludes that continuous practice of yoga for at least a year may gradually and significantly improve the symptoms of ASD, so that children suffering from autism can develop the skills as well as understanding required to live a less chaotic life and have an improved sense of self. (p. 84).

De que forma, para além do que já foi referido, para as crianças em geral, uma criança com PEA, pode beneficiar da prática de yoga?

Abraham (2022) começa por identificar, melhorias a nível da comunicação e interação social, de acordo com o autor as habilidades adquiridas "may be a great tool to help them self-regulate in social circumstances. This helps to enhance their self-esteem and confidence which in return assists them with interacting with other children and adults" (p. 21). É possível registar uma melhoria nas capacidades de imitar, comunicação não-verbal, comunicação recetiva, entender o seu corpo e as suas ações, bem como na consciencialização do outro, tolerância ao contato visual e ao sentar (Abraham, 2022).

Relativamente ao reconhecimento e manifestação de emoções, também são registadas melhorias, na identificação de emoções manifestadas por outros e no controle de manifestação das emoções do próprio. É importante, perceberem que é normal manifestarem os seus sentimentos e que o devem fazer, apenas tem de ser feito de forma mais saudável e adequada (Abraham, 2022). Assim, o mesmo autor salienta que, "not only can the practice of yoga provide greater awareness of social signals such as facial expressions, actions, and social behaviors but it may also offer more awareness of children's emotions and how they are feeling" (p. 24). Por outro lado, Goldberg (2013) descreve, que num grupo de estudo de crianças com PEA que praticavam yoga, surgiam sinais de preocupação pelos seus pares e pelas suas emoções, "'Try this', said a child to his friend when he was upset, handing him a visual relaxation cue" (p. 58).

O terceiro ponto referido por Abraham (2022) é a redução de ansiedade. Por vezes, são percecionados elevados níveis de ansiedade, devido a algumas dificuldades sentidas, tal como a de manifestar as suas emoções, mencionada no ponto anterior, ou de se expressar verbalmente, o que pode levar a hiperventilação. Também relativamente a este sintoma, a prática de yoga, pode trazer benefícios, através do relaxamento do sistema nervoso, com posturas e técnicas que levam a uma correta respiração (Abraham, 2022). Tal como Ehleringer (2010) afirma, a maioria das crianças,

breathe in opposition to how we naturally breathe at birth; over time, they have learned to suck in their belly as they inhale and to let their belly relax on the

exhale. By re-teaching proper relaxed breathing technique, students can significantly decrease the levels of anxiety (p. 135).

Assim, com o auxílio do yoga, desenvolvem "self-regulation skills, and more effective reactions to stress, both emotionally and physically. Calming their nervous system and releasing tension in their minds and bodies supports better sleep, digestion, mood, behavior, and overall health and well-being" (Abraham, 2022, p. 25).

O próximo ponto, mencionado por Abraham (2022), é a redução de comportamentos desafiadores. Também devido à dificuldade em explicar as suas emoções, entender as emoções do outro, de, por vezes, expressar-se oralmente, entre outras, a criança com diagnóstico de PEA, pode apresentar comportamentos desafiadores. Para Ehleringer (2010, p. 134), "it is important to see all behavior as communication. These behaviors are not malicious or done out of spite. When children with ASD exhibit such behaviors, they are communicating to us that their needs are not being met". Ainda, segundo o mesmo autor (2010),

Yoga can help children with ASD learn to regulate their nervous systems by providing them the sensory input they need, whether that is deep pressure and movement, or a calm sterile environment offering a break from the chaos found in the outside world (p. 134).

Passando ao quinto ponto, Abraham (2022), identifica a capacidade de maior consciência corporal. Ehleringer (2010) também refere este ponto, afirmando que crianças com PEA apresentam dificuldades com a propriocepção e, de forma que as mesmas sejam ultrapassadas, "throughout the Yoga practice, verbal cues are used to help children being associating with their bodies. Practitioners can talk to particular parts of the body, instructing them as to what to do (Ehleringer, 2010, p. 136). Por sua vez, Abraham (2022, p. 27) reforça, que "by educating and recognizing body parts via yoga and movement of the body, children may acquire a deeper sense of body awareness".

Para finalizar, Abraham (2022), identifica o sexto ponto, o senso positivo de si mesmo. Uma vez que não há competição, ou certo e errado, dado que a prática é adaptada a quem a pratica, de acordo com as suas capacidades físicas e as suas intenções, "the practice of yoga can also support children with ASD in developing self-confidence and self-esteem" (Abraham, 2022, p. 27), à medida que vão ultrapassando as dificuldades iniciais e conseguindo realizar as diversas posturas e exercícios de respiração, propostos.

Quanto às habilidades motoras, o mesmo autor refere que as posturas, "helps enhance muscular tone, promotes balance and stability, and improves overall body awareness and sel-control" (p. 22) e também refere melhorias quanto aos sinais de

hiperatividade, segundo ele "children may utilize the strategies to calm themselves and self-regulate in circumstances outside of the yoga lesson" (p. 22).

Naseem Rashedi (s.d., citado em Collins, 2015) reforça que,

the yoga practice is a 'practice for a life', a tool that the child can turn to on the playground, in the classroom or in any stressful situation. In this sense, practicing on the yoga mat becomes a symbolic space for a child to explore, challenge, and better acquire learning strategies, not only for the yoga shapes, but also for all the kinds of shapes and situations that the child will encounter off the mat and in life (p. 25).

No entanto, apesar de todos os pontos positivos descritos, nem sempre é tudo tão fácil e positivo, e está tudo bem. Poderão ser vários os desafios na implementação desta prática, com crianças com PEA, respeitando as suas necessidades específicas, no entanto o yoga é adaptável às necessidades de qualquer um de nós, com ou sem perturbações, com ou sem dificuldades físicas, com ou sem dificuldades psicológicas. Tal com afirma Ehlering (2010),

working with children with ASD is challenging. It requires a strong understanding of the children's needs, as well as a connection with the children's community and families. Each session demands significant time and thoughtfulness to prepare, and once the practice begins, it requires mental, emotional, and physical energy to sustain and adapt (p. 132).

Ainda segundo o mesmo autor, "there will be days when the practice you design works perfectly, and other days when you do the same thing, and it fails miserably. It is important to stay positive, persistent, and adaptable" (p. 136).

Capítulo II - Estudo Empírico

1. Metodologia

1.1. Questão de Investigação

Segundo Menegat e Ramos (2022),

para a realização de uma pesquisa é exigido do pesquisador a consciência do ponto onde se encontra e onde almeja chegar, ou seja, o pesquisador precisa estabelecer um problema, normalmente em formato de pergunta, e buscar resposta a esse problema (p. 23).

Os mesmos autores consideram também, que “o pesquisador precisa escolher um tema de seu interesse para a sua pesquisa, pois esta exige tempo, dedicação, empenho e realização” (p. 53) mas também que se obtenham “soluções viáveis e que sejam uma contribuição social” (p. 53). Por outro lado, de acordo com Ehleringer (2010, p. 131) “there are many clinical reports on the positive results of Yoga with autistic children with autism”. Assim, tendo em mente o que foi descrito e o interesse da investigadora pela prática de yoga e pela perturbação do espectro do autismo, este estudo tem a finalidade de responder à seguinte questão de investigação: ***A prática de Yoga, pode potencializar o desenvolvimento de uma criança com perturbação do espectro do autismo?***

Esta questão suscita-nos interesse, pelo aparente aumento do número de crianças diagnosticadas com PEA, e conseqüentemente o aumento do seu predomínio em ambiente escolar, que transporta a novos desafios, todos os profissionais da educação. Em Portugal, foi realizado um estudo em 2021, que estimou uma prevalência de PEA de 0,92%, através do rastreamento de 67795 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 9 anos, residentes em Portugal continental e no arquipélago dos Açores (Oliveira et al., 2007, citados em Rasga et al., 2023). Essa mesma equipa, realizou um estudo semelhante em 2023, na zona centro de Portugal, zona onde reside a criança analisada nesta investigação, com crianças dos 7 aos 9 anos, tendo-se estimado uma prevalência de 0,5% na região (Rasga et al., 2023). Comparando os resultados que obtiveram em ambos os trabalhos, os investigadores concluíram que “the prevalence estimates for the Centro region obtained by Oliveira et al. [estudo desenvolvido em 2001] (...) were approximately four times lower than de present estimates” (Rasga et al., 2023, p. 8).

No início do seu percurso profissional, a investigadora, interagiu com várias crianças e jovens com PEA e, devido à inexperiência, no primeiro contato com essa perturbação, não foi evidente o porquê de certas atitudes dos seus alunos, de que forma os afetava e como os poderia apoiar. Hoje mais sensibilizada para o tema e com mais conhecimento, viu a oportunidade de, através desta investigação, contribuir, para o bem-estar das crianças com PEA e de quem as acompanha, dando a conhecer a prática de yoga, ainda desconhecida por muitos e evitada por tantos outros, mas que acredita

ser uma grande aliada, para essas crianças e para o seu desenvolvimento e também para os que os apoiam em ambiente familiar e escolar.

A escolha da prática de yoga, tem fundamento na história familiar da investigadora. A mesma praticou yoga, durante uma época mais desafiante a nível físico e psicológico, tendo observado mudanças positivamente significativas aos dois níveis. Por outro lado, o seu filho, atualmente com 12 anos, foi diagnosticado aos 5 anos com Transtorno de Ansiedade de Separação, exibindo algumas das suas competências a nível social e emocional comprometidas, tal como é usual observar-se em crianças com PEA, causando sofrimento ao mesmo e a quem o rodeia. Assim, também ele iniciou a prática de yoga e, passados dois anos, embora demorados, os resultados dessa prática têm vindo a revelar-se positivos, em momentos de ansiedade e de interação social.

De acordo com Saraswati (2005), “Yoga is a science and like all other sciences it has a benevolent role to play for the well-being of mankind” e “Yoga is a definite means of physical, mental, emotional and spiritual development, as it improves, strengthens and develops both the physical and mental personality”. Não se deve considerar, o yoga, como apenas uma atividade física. Yoga é muito mais que isso, embora envolva exercício físico, essa não é a sua base, nem a sua essência. Tal como descreve Saraswati (2005),

Yoga offers a remedy for the reconstruction of our personality. Withdraw the senses from their objective and go within to the middle chamber, the subconscious of psychology. When you contact your subconscious through regular meditation, your deep-rooted samskaras [influências de experiências passadas] come to the surface one by one and slowly depart.

Tal como Ehleringer (2010) conclui,

Autism is on the rise. These children are in our communities and schools, and there has never been a more important time to figure out ways to reach and connect with these unique children. As instructors of Yoga [ou professores, de Educação Especial ou não, com formação específica de yoga para crianças], we have an amazing opportunity to change individual lives, not just for this particular moment, but also for years to come (p. 137).

1.2. Objetivos do Estudo

De acordo com Menegat e Ramos (2022, p. 53), “além do problema é importante definir o objetivo geral e os objetivos específicos, e que os mesmos fiquem bem explícitos e com facilidade para cumpri-los no decorrer da pesquisa”. Desta forma, o objetivo geral do estudo é, verificar se a prática de yoga, pode potencializar o desenvolvimento saudável de uma criança com perturbação do espectro do autismo, auxiliando a ultrapassar ou pelo menos amenizar, alguns dos sintomas característicos dessa perturbação. A prática de yoga, fornece inúmeros benefícios para a nossa saúde, tanto física como psicológica, entre eles a regularização do sono, da hipertensão e da pressão sanguínea, e a remoção de impurezas do corpo que favorece o correto funcionamento do coração e do pâncreas. Segundo, Sharma et al. (2015); Asha et al. (2015); Kiran et al. (2014) e Pan et al. (2015) como citados em Gwynette et al. (2015, p. 2), “yoga has been successfully applied to patients with a wide variety of medical conditions, including Parkinson’s disease, coronary artery disease, chronic pain, cancer, and many others”. Uma vez que “Yoga é um sistema integral de Educação, educando e desenvolvendo o praticante na íntegra, cabeça, corpo e coração. Trabalha assim o indivíduo de forma completa e harmoniosa, independentemente da sua idade” (Saraswati, 2007 citado em Neves, 2018, p. 21).

Assim, em concordância com Shanker e Prandhan (2022, p. 88), “yoga is perceived as a holistic movement therapy that teaches children with ASD to quieten their minds, foster focus, and build balance, flexibility, and strength”, fomos impulsionados a escolher a prática de yoga, para este estudo, com uma criança diagnosticada com PEA, com intuito de observar se os sintomas manifestados pela mesma se alteravam, beneficiando o seu bem-estar.

Nesse caso, o objetivo geral do estudo é o de verificar se a prática de Yoga pode potencializar o desenvolvimento saudável de uma criança com perturbação do espectro do autismo. Dentro do objetivo geral, podem identificar-se dois objetivos específicos, sendo eles:

- Verificar se ocorrem mudanças relativamente às características associadas à perturbação do espectro do autismo, mais concretamente, dificuldades em relacionamento interpessoal, imitação, resposta emocional, uso do corpo e de objetos, adaptação a mudanças, resposta a estímulos relacionados com os cinco sentidos, visão, audição, paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal e não verbal, atividade e resposta intelectual.
- Analisar as alterações quanto às relações interpessoais e intrapessoais, através da análise de sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social.

1.3. Caracterização do Tipo de Pesquisa

O trabalho desenvolvido trata-se de um estudo de caso, de carácter qualitativo, com dois momentos de avaliação inicial e final, face a um período experimental de prática de yoga.

Historicamente, o estudo de caso, foi encarado erradamente, como parte integrante de outros tipos de pesquisa, como a observação participante, ou como uma técnica de recolha de dados, a ser utilizada nos mesmos (Yin, 2003). No entanto, Yin (2003, p. 31) afirma que, Jennifer Platt, na década de 1990, “encontra a origem das práticas de realização de estudos de caso na condução de histórias de vida, no trabalho da escola Chicago de sociologia e nos estudos das circunstâncias pessoais de famílias e indivíduos no trabalho social”, realçando que a observação participante seria uma técnica de recolha de dados e não o estudo de caso.

Assim, a mesma autora, apresenta duas partes necessárias para a definição de estudo de caso, a primeira quanto ao seu propósito e a segunda quanto às características técnicas:

“1. Um estudo de caso é uma investigação empírica que

- investiga um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando
- os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos” (p. 32).

e ainda que

2. A investigação de estudo de caso

- enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado,
- baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo, e, como outro resultado,
- beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise de dados (p. 32).

Por outro lado, de acordo com Stake (2007),

estudamos un caso cuando tiene un interés muy especial en sí mismo.

Buscamos el detalle de interacción com sus contextos. El estudio de casos es el

estúdio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes (p. 11).

Por essa razão, se seleccionou este tipo de pesquisa. A PEA, suscita cada vez mais interesse, tanto na tentativa de perceber as suas causas e características, como de encontrar terapias que possam minorar os seus sintomas, de forma a ajudar aqueles que recebem esse diagnóstico e quem os acompanha. Tem-se também que, um estudo de caso, na educação, pode ser uma única criança, um grupo de alunos, uma escola, um professor, ou um grupo de professores. É um caso, entre muitos, e no estudo devemos concentrar-nos nesse um (Stake, 2007), tal como acontece no estudo em causa. É retratada a situação de uma criança com as suas peculiaridades, com as quais se trabalhou, não só para o desenvolvimento deste estudo, mas também na tentativa de favorecer o bem-estar dessa criança e daqueles que o acompanham no seu dia-a-dia. Segundo Stake (2007, p. 16), “Louis Smith, (...) definía el caso como un ‘sistema acotado’, com lo que insistia en su condición de objeto más que de proceso”. É crucial ter em consideração, tal como afirma o mesmo autor,

que Θ [o objeto de estudo] tiene unos límites y unas partes constituyentes.

Cuando trabajamos en ciencias sociales y en servicios humanos, es probable que

Θ constituya un objetivo que tenga incluso una ‘personalidade’. El caso es un sistema integrado. No es necesario que las partes funcionen bien, los objetivos pueden ser irracionales, pero es un sistema (p. 16).

O que leva a considerar, a criança estudada, apta a participar no estudo de caso, com as suas particularidades, limites e capacidades.

A decisão de optar por uma investigação qualitativa, foi tomada em plena consciência da sua aplicabilidade, tendo em conta a opinião de vários autores. Segundo Stake (2007), existem três diferenças entre a avaliação qualitativa e a quantitativa, a distinção entre explicação e compreensão, a ação pessoal e impessoal do investigador e o conhecimento descoberto ou construído.

Quanto ao primeiro ponto, a distinção faz-se de acordo com o tipo de conhecimento que se pretende alcançar. A diferença, está entre a procura de uma causa e a procura de acontecimentos (Stake, 2007). Stake (2007, p. 42) faz a distinção, afirmando que “los investigadores cuantitativos destacan la explicación y el control; los investigadores cualitativos destacan la comprensión de las complejas relaciones entre todo lo que existe”. O mesmo autor, realça que “la investigación cualitativa intenta establecer una comprensión empática para el lector aquello que la experiencia misma transmite” (p. 43) e também que “para los investigadores cualitativos la unicidad de los casos y de los contextos individuales es importante para la comprensión. La particularización es un

objetivo importante, llegar a entender la particularidad del caso” (p. 44), reforçando a importância de uma avaliação qualitativa num estudo de caso.

O segundo ponto, destacado por Stake, conduz à importância da influência do investigador. Num estudo de carácter quantitativo, a intuição e opinião pessoal deve ser mantida de fora, quanto ao qualitativo, essa intuição, pode auxiliar no encaminhamento do estudo. Segundo Kublikowski (2022, p. 152) “o investigador é o instrumento primário na coleta e análise de informações, e enquanto tal, pode responder à situação maximizando oportunidades para produzir material com significado”, o mesmo autor afirma que “tempo e paciência são requeridos para buscar pistas e encontrar as peças que faltam e montar o quebra-cabeça, uma aventura plena de possibilidades” (p. 153).

Por sua vez, Stake (2007) declara,

toda investigación depende de la interpretación, pero en los modelos cuantitativos habituales se produce un esfuerzo por limitar la función de la interpretación personal del período que media entre el momento en que se diseña la investigación y el momento en que se recogen los datos y se analizan estadísticamente -un período que a veces se considera “libre de valores”. Los modelos cualitativos habituales requieren que las personas más responsables de las interpretaciones estén en el trabajo de campo, haciendo observaciones, emitiendo juicios subjetivos, analizando y resumiendo, a la vez que se dan cuenta de su propia conciencia (p. 45).

Também Erickson destacava, que o foco da investigação qualitativa é a interpretação (Stake, 2007), levando Stake (2007, p. 46) a afirmar que “después de una intensa interacción del investigador con las personas, objeto del estudio o no, después de una aproximación constructivista en la búsqueda del conocimiento (...) en última instancia el investigador termina por dar una visión personal”.

Relativamente à última diferença, de acordo com Stake (2007, p. 47), “la epistemología del investigador cualitativo es existencial (no determinista) y constructivista”. A avaliação qualitativa, leva-nos a um conhecimento construído, uma vez que exige uma atenção constante, a vários contextos, temporais, espaciais, históricos, económicos, sociais e pessoais, difícil de manter, quando se utilizam instrumentos com várias listas de controlo (Stake, 2007), “la función de la investigación no es necesariamente la de trazar el mapa y conquistar el mundo, sino la de ilustrar su contemplación” (Stake, 2007, p. 46).

Também, Aires (2011, p. 13) assevera que, a investigação qualitativa, “é considerada um processo interactivo configurado pela história pessoal, biografia, género, classe social, etnia das pessoas que descreve e pela sua própria história. E os produtos da investigação são criações ricas, densas e reflexivas dos fenómenos em análise”. Sendo assim, o tipo de investigação mais adequado, para o estudo de caso que se apresenta, uma vez que se considera a história de uma criança, a sua presença em meio social, o seu bem-estar a todos os níveis e a sua inclusão.

Antes da recolha de dados, foram transmitidas as informações pertinentes, quanto ao estudo, a todos os intervenientes e pedidas as devidas autorizações, à encarregada de educação, para a participação do seu educando, nos diferentes momentos do estudo (ver Apêndice B), e ao agrupamento de escolas frequentado pelo sujeito em estudo, apenas para a participação do diretor da turma do mesmo (ver Apêndice A), uma vez que as aulas de yoga, decorreram fora do ambiente escolar. Tal como descreve Stake (2007, p. 58) “es fundamental obtener un permiso escrito especial de los padres cuando se trate de atender personalmente a niños concretos. Los distritos escolares suelen tener unos procedimientos para la obtención de permisos que hay que seguir”. Foi também garantido, o sigilo a todos os participantes, declarando que, em momento algum, seria disponibilizada informação que levasse à sua identificação. Desta forma, foi respeitada “a relação entre a validade de uma investigação e o respeito por princípios de ordem ética (...): informar correctamente os indivíduos dos objetivos da investigação e proteger as fontes (Lessard-Herbert et al., 1997, citados em Guerra, 2006, p. 52).

1.4. Caracterização do Sujeito de Estudo

A criança em estudo, é do sexo masculino, de nacionalidade portuguesa, natural e residente no concelho de Castelo Branco. O estudo foi iniciado quando a criança tinha 10 anos, no entanto, completou os 11 anos após 3 meses (dezembro) e frequenta o 5º ano do 2º ciclo do ensino básico. Embora, tenha duas irmãs mais velhas, com formação na área da saúde, o seu agregado familiar é constituído pelo próprio, a mãe e um irmão mais novo, com 8 anos, a frequentar o 3º ano do 1º ciclo do ensino básico. Os três residem numa moradia, na qual a criança divide um quarto com o irmão. A sua progenitora, atualmente com 45 anos, concebeu a criança em causa, com 35 anos e o progenitor com 24 anos. Tratou-se de uma gravidez planeada e com acompanhamento médico, no entanto decorreu com algumas complicações. A progenitora desenvolveu diabetes gestacional e houve suspeita de rubéola, com testes negativos, o que levou a que o recém-nascido também fosse testado, logo após o seu nascimento, no entanto com resultado negativo. O parto ocorreu em hospital, às 38 semanas, sem complicações, tendo o trabalho de parto uma duração de apenas 3 horas e após esse período o bebé nasceu por parto eutócico, com assistência de uma enfermeira parteira. O bebé, apresentava à nascença 3300g de peso, 49 cm de comprimento e uma pontuação de 9 no teste de Apgar ao 1º minuto e 10 ao 5º minuto, sendo que quanto maior a pontuação

numa escala de 0 a 10, melhor a condição fisiológica do bebé (CUF, 2021) e por isso, sem sinais de preocupação.

O desenvolvimento da criança, decorreu com normalidade, há exceção de dois pontos, a articulação das primeiras palavras, que ocorreu apenas com 1 ano e o controlo dos esfíncteres, que apenas se deu aos 4 anos, tanto a nível urinário como fecal, no horário diurno e noturno, não apresentando patologias relevantes, apenas viroses comuns nas crianças e alergia ao pólen, que o levou a ser internado para tratamento. Não demonstrou dificuldade a nível alimentar ou de sono.

O sujeito de estudo, ingressou na creche com seis meses, sem sinais de resistência, mostrando-se bem-adaptado. Frequentou a instituição também na vertente de jardim de infância, até aos 6 anos, altura em que transitou para o 1º ciclo do ensino básico. Os primeiros sinais de dificuldades, foram registados aos 2 anos, pela educadora que o acompanhava, sendo posteriormente, aos 3 anos, realizado o diagnóstico de PEA de nível 2, de acordo com o DSM-5, pela pediatra do neurodesenvolvimento e também coordenadora da Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo do Serviço do Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Instituto CRIAP, s. d.), tendo acompanhamento médico deste então. Os principais sintomas apresentados, que levaram à necessidade de um diagnóstico, foram o isolamento, preferia estar sozinho a estar com outras crianças, a ausência de comunicação verbal, brincadeiras repetitivas e falta de compreensão das emoções.

Após o diagnóstico, foi alvo de intervenção precoce, a partir dos 3 anos, idade em que foi diagnosticado, e passou a usufruir de apoio por parte da docente de educação especial, quatro tempos semanais, da terapeuta da fala e da terapeuta ocupacional, uma vez por semana cada uma e da psicóloga, uma vez por ano. A estes apoios foi adicionada a fisioterapia, aos 9 anos, uma vez por semana. Atualmente, continua a contar com o apoio da professora de educação especial, quatro tempos semanais, de ambas as terapeutas e da psicóloga, quinzenalmente. Todos os apoios, foram e são cedidos nos estabelecimentos de ensino que frequentou e frequenta.

Neste momento, de acordo com as respostas da mãe na anamnese, a criança aprecia a interação com outras pessoas, gostando especialmente de dar abraços, apenas sente desconforto com crianças mais novas, quando estas choram. As suas atividades preferidas são, ver televisão, estar no sofá e jogar *Playstation*. A mãe destaca que reage mal a mudanças, gosta de rotinas e tem de ser avisado antecipadamente sobre alguma alteração das mesmas, descreve-o como sendo feliz, simpático, distraído, curioso, meigo, hiperativo e tímido embora sociável.

1.5. Técnicas/Instrumentos

Como foi mencionado, quando se realiza um estudo de caso, com carácter qualitativo, são variados os elementos a considerar e para tal são vários os instrumentos

disponíveis, entre os quais, “documentos, registros [sic] em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefactos físicos” (Yin, 2003, p. 105).

Tendo isso em conta, este estudo desenvolveu-se com recurso a inquéritos, na forma de entrevistas semiestruturadas e escalas validadas para a população portuguesa: CARS (Childhood Autism Rating Scale, em português Escala de Pontuação para Autismo na Infância) (ver Anexo A) e SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire, em português, Questionário de Capacidades e de Dificuldades) (ver Anexo B).

Alguns princípios, devem ser tidos em conta, na recolha de dados num estudo de caso, que são, de acordo com Yin (2003), o emprego de

- a) várias fontes de evidências, ou seja, evidências provenientes de duas ou mais fontes, mas que convergem em relação ao mesmo conjunto de fatos ou descobertas;
- b) um banco de dados para o estudo de caso, isto é, uma reunião formal de evidências distintas a partir do relatório final do estudo de caso;
- c) um encadeamento de evidências, isto é, ligações explícitas entre as questões feitas, os dados coletados e as conclusões a que se chegou (p. 105).

Assim, foi realizada uma entrevista semiestruturada com a mãe da criança (ver Apêndices C e D) no período inicial do estudo, de forma a conhecer a criança e a sua história, juntamente com a aplicação de duas escalas, validadas para a população portuguesa, na qual se insere o objeto de estudo. Essas escalas foram também aplicadas, após o término das aulas de yoga. Para além da mãe, foi pedida a colaboração, do professor de português e inglês da turma do menino, também ele diretor de turma. O professor preencheu as duas escalas referidas, também em dois momentos, no começo e na conclusão das aulas de yoga. Desta forma, obtiveram-se informações através de três instrumentos provenientes de duas figuras de relevo. De forma, a considerar a opinião do sujeito em estudo, ainda foi realizada uma entrevista semiestruturada (ver Apêndices F e G) com o mesmo, no período final da investigação.

A seleção destes instrumentos de recolha de dados, foi efetuada tendo em conta, também as regras apresentadas por Bardin (1977),

- *Regra da exaustividade*: uma vez definido o campo do corpus (...) é preciso terem-se em conta todos os elementos desse corpus. Por outras palavras, não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por esta

ou aquela razão (...) que não possa ser justificável no plano do rigor. Esta regra é completada pela de *não-selectividade*. (...)

- *Regra da representatividade*. A análise pode efectuar-se numa *amostra* desde que o material a isso se preste. (...)
- *Regra da homogeneidade*: os documentos retidos devem ser homogéneos, quer dizer, devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora destes critérios de escolha. (...)
- *Regra de pertinência*: os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise (p. 97).

No que concerne à entrevista, trata-se de um diálogo, com o intuito de recolha de informação crucial para o desenvolvimento da investigação, um diálogo “assimétrico, pois o investigador dirige a interação, conforme seus objetivos, ao passo que o investigado é a fonte das informações. Por meio da entrevista, pode-se obter dados relevantes e compreender tanto as perspectivas quanto as experiências dos entrevistados” (Marconi & Lakatos, 2019; Gil, 2008, como citados em Moreira, 2022, p. 293). No caso das entrevistas aplicadas no estudo, sendo as mesmas semiestruturadas, “as perguntas são apresentadas com base em um formulário com questões previamente estruturadas” (Costa & Costa, 2015, como citados em Moreira, 2022, p. 294), no entanto sem descuidar a parte humana, implicada no estudo, uma vez que envolve o passado, presente e futuro de uma criança e daqueles que a rodeiam, dando espaço aos intervenientes para acrescentarem informações relevantes para a investigação. Assim, em todos os momentos, foram assegurados “princípios de estabelecimento de uma relação de confiança, como a clareza de ideias para poder transmitir os objetivos do trabalho, a neutralidade face a juízos de valor, o envolvimento dos próprios na pesquisa” (Guerra, 2006, p. 52), com empatia e respeito pelos intervenientes.

Relativamente às escalas, foram selecionadas respeitando o que é afirmado por Silva Junior e Costa (2014, como citados em Bermudes et al., 2016),

na tomada de decisão por qual escala utilizar, deve-se observar o objetivo da pesquisa e os possíveis entrevistados, sendo que essa escolha deve ser

feita impreterivelmente pelo pesquisador e antes da realização da pesquisa, ou seja, na fase de planejamento (p. 8).

Essas escalas, são amplamente utilizadas na área da investigação da PEA e das ciências sociais e estão, como já foi mencionado, validadas para a população portuguesa. Desta forma, acredita-se que estiveram envolvidos na sua construção, tal como descreve Cunha (2007, citado em Bermudes et al., 2016)

vários conhecimentos que se entrecruzam, como por exemplo: a psicologia que define os construtos, que são traços, aptidões ou características supostamente existentes e abstraídos de uma variedade de comportamentos, e analisa a relação entre os processos mentais e as amostras comportamentais que são susceptíveis de medição; a teoria da medição, dando fundamento à existência de uma escala, isto é, analisando as relações entre os processos mentais, de forma a corroborar as correlações com sistemas numéricos, por vezes, pouco ou menos complexos; a estatística que dá embasamento matemático aos instrumentos de medida e a computação, dessa forma, admitindo que se possam elaborar cálculos cada vez mais complexos e direcionados (p. 8).

Após a análise de cada um dos instrumentos de investigação aplicados, os dados recolhidos foram sujeitos a triangulação, para a obtenção de informações mais autênticas e precisas, que permitiram apresentar conclusões mais válidas e próximas da realidade. Tal como descreve Aires (2011, p. 55), “a *triangulação* é uma das técnicas mais comuns da metodologia qualitativa. O seu princípio consiste em recolher e analisar os dados a partir de diferentes perspectivas para os contratar e interpretar”. Assim, segundo Yin (2003), “o uso de várias fontes de evidências nos estudos de caso permite que o pesquisador dedique-se a uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes” (p. 121) e ainda de acordo com o mesmo autor, “qualquer descoberta ou conclusão em um estudo de caso provavelmente será muito mais convincente e acurada se se basear em várias fontes distintas de informação, obedecendo a um estilo corroborativo de pesquisa” (p. 121). Por outro lado, Patton (1978, como citado em Yin, 2003, p. 121), identifica quatro tipos de triangulação: “1. de fontes de dados (triangulação de dados); 2. entre avaliadores diferentes (triangulação de pesquisadores); 3. de perspectivas sobre o mesmo conjunto de dados (triangulação da teoria); 4. de métodos (triangulação metodológica)”. Neste estudo, recorreu-se a

duas destas tipologias, a triangulação de dados, uma vez que foram três os intervenientes na recolha de dados, a mãe, o professor e a criança e a triangulação metodológica, dado que se usaram entrevistas e duas escalas distintas, que se descrevem a seguir.

1.5.1. Escala CARS

A escala CARS (ver Anexo A) denominada em português por Escala de Pontuação para Autismo na Infância, elaborada por Reichler e Renner, em 1988, foi adaptada e validada para a população portuguesa, pelo Hospital Pediátrico de Coimbra, Unidade de Desenvolvimento da Criança, local onde foi diagnosticada a criança em estudo. É a escala mais usual no diagnóstico de PEA, em crianças a partir dos 2 anos, em conjunto com o diagnóstico de um profissional qualificado, como um neuropediatra.

A CARS é dividida em 15 subescalas: I. Relacionamento interpessoal; II. Imitação; III. Resposta emocional; IV. Uso do corpo; V. Uso de objetos; VI. Adaptação a mudanças; VII. Resposta visual; VIII. Resposta auditiva; IX. Resposta ao paladar, olfato e tato; X. Medo ou nervosismo; XI. Comunicação verbal; XII. Comunicação não verbal; XIII. Nível de atividade; XIV. Nível de coerência da resposta intelectual; XV. Impressões gerais. A cada subescala, é atribuída uma pontuação entre 1 e 4, fazendo a comparação entre o comportamento manifestado pela criança em estudo e uma criança considerada típica, da mesma idade, da seguinte forma:

1. Está entre os parâmetros da normalidade;
2. Apresenta uma pequena anormalidade;
3. Apresenta um grau moderado de anormalidade;
4. Apresenta um comportamento severamente anormal.

No entanto, os valores a atribuir, não se limitam aos valores inteiros, podendo atribuir-se valores intermédios, 1,5; 2,5 ou 3,5, se se identificar que a criança em avaliação, se encontra entre dois níveis. É então possível obter, através da soma da pontuação dada a cada subescala, um mínimo de 15 pontos e um máximo de 60 pontos, sendo que um total inferior a 30 identifica um *não autismo*, entre 30 e 36,5 um *autismo ligeiro* e entre 37 e 60 um *autismo grave*. Sendo das escalas mais utilizadas, verifica-se que apresenta boa consistência interna e boa estabilidade entre observadores.

Esta escala é amplamente usada, por todo o mundo, encontrando-se inúmeros estudos com a sua referência (e.g., Flores-Rodríguez et al., 2022; Fernandes et al., 2021; Ferreira & Oliveira, 2016) e onde é confirmada a sua aplicabilidade. Tal como afirmam Flores-Rodríguez et al. (2022),

the original study published in 1980 (Schopler et al., 1980) reported internal consistency of $\alpha = .94$ for the instrument's total. Inter-rater

reliability demonstrated a concordance of .71. Concurrent validity between the instrument and the clinical judgment were between $r = .84$, $p < .001$ and $r = .80$, $p < .001$ (p. 5).

Neste estudo, a escala CARS não foi aplicada para identificar uma criança com PEA, uma vez que a mesma já está diagnosticada, mas com o intuito de perceber se ocorrem mudanças nas características registadas através da mesma, antes e após a prática de yoga, segundo a perspectiva de dois observadores que mantêm uma relação de proximidade com a criança, a sua mãe e o seu diretor de turma, que lhe leciona duas disciplinas.

1.5.2. Escala SDQ

A escala SDQ (ver Anexo B), designada de Strengths and Difficulties Questionnaire, em português, Questionário de Capacidades e de Dificuldades, foi desenvolvida por Goodman em 1997 e posteriormente, traduzida e validada para a população portuguesa por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2005).

Segundo Ignachewski et al. (2019, p. 115), este questionário “deteta problemas relacionados à saúde mental infanto-juvenil de crianças e adolescentes”, que podem ser associados a problemas de conduta, hiperatividade, alterações emocionais e dificuldades nas relações com os seus pares e é frequentemente aplicada, a nível nacional e internacional (e. g., Ignachewski et al., 2019; Santos et al., 2017).

Esta escala, é constituída por 25 itens organizados em 5 subescalas: sintomas emocionais; problemas de comportamento; hiperatividade; problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social, e cada uma dessas subescalas é formada por 5 itens (ver Tabela 2). Trata-se de uma escala tipo Likert, com três níveis de resposta, não é verdade; é um pouco verdade e é muito verdade, cotados com 0, 1 ou 2 pontos, respetivamente.

Tabela 2: Interpretação das cotações obtidas na escala SDQ versão pais (Goodman, 1997, Fleitlich et al., 2005)

<u>Preenchido pelos Pais</u>	Normal	Limitrofe	Anormal
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Bermudes et al. (2016) afirmam que, “mais evoluída e precisa, a escala de Likert pode ser conceituada como um tipo de escala de atitude na qual o indivíduo respondente indica seu grau de concordância ou discordância em relação a determinado objeto” (p. 18) e ainda que “apresenta o grau de intensidade das respostas, fornecendo direções sobre a posição do entrevistado em relação a cada afirmação” (p. 18). A escala de Likert, criada por Rensis Likert em 1932, apresentava uma cotação de 1 a 5 pontos, como meio de medir atitudes (Bermudes et al., 2016). A escala SDQ apresenta 3 níveis de intensidade, por essa razão, não pode ser considerada escala de Likert mas sim, escala tipo Likert, de acordo com Silva Junior e Costa (2014, citados em Bermudes et al., 2016, p. 16), “com o passar do tempo, os pesquisadores foram alterando o número de pontos no seu questionário denominando assim a escala como do tipo Likert”.

Através desta escala é possível obter a pontuação total e também a pontuação atribuída às cinco subescalas, sendo que, a pontuação de cada subescala varia entre 0 e 10 pontos, somando as pontuações atribuídas a cada item e a pontuação total de dificuldades é obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas, com exceção da escala pró-social, podendo então variar entre 0 e 40 (ver Tabela 3).

Tabela 3: Interpretação das cotações obtidas na escala SDQ versão professores (Goodman, 1997, Fleitlich et al., 2005)

Preenchido pelo Professor

Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Existem duas versões da escala SDQ, tendo em conta a idade dos avaliados, uma dos 2 aos 4 anos e outra dos 4 aos 17 anos, dentro das quais se apresentam três versões, idênticas entre elas, tendo em conta os entrevistados, para pais/cuidadores, professores e autorrelato, esta última apenas disponível para jovens dos 11 aos 17 anos e ainda dentro destas, são duas as versões, uma a aplicar no início da investigação e outra no final. Neste estudo, considerando o diagnóstico e a idade do sujeito de estudo, aplicaram-se as versões destinadas a pais/cuidadores e professores, de crianças entre os 4 e os 17 anos. É também disponibilizado o “Suplemento de Impacto” que o investigador pode ou não usar, e foi aplicado neste estudo, com ambos os intervenientes. Este suplemento avalia o impacto dos sintomas da criança e é cotado que forma diferente tendo em conta quem o preenche, de 0 a 6 para professores e de 0 a 10 para pais/cuidadores, sendo que uma pontuação total do impacto com uma cotação maior ou igual a 2 é anormal (atípico), igual a 1 é limítrofe e 0 é normal (típico)

(ver Anexo C). No entanto, este resultado não deve ser considerado, se ao se questionar se há registo de dificuldades nas áreas das emoções, concentração, comportamento ou no relacionamento com os outros, a resposta for negativa.

2. Procedimentos

Como foi referido, a criança em estudo, já beneficia há vários anos, de terapia da fala, terapia ocupacional e fisioterapia, disponibilizadas pela escola, assim, além da mudança necessária de ciclo a nível escolar e a inclusão numa nova turma, a única mudança na sua rotina foi a introdução da prática de yoga.

Esta atividade iniciou-se no mês de outubro de 2022, após o começo do ano letivo, para dar tempo à criança de se ambientar à nova rotina escolar, a qual decorreu sem dificuldades. As aulas individuais de yoga foram desenvolvidas em ambiente externo à escola, num estúdio próprio para o efeito, em ambiente controlado, sem objetos que perturbassem a prática, com um ambiente sereno, cores neutras e luz natural, uma vez que, tal como é descrito por Collins (2015, p. 27), “it’s nice to have a clear, clean space with yoga mats to practice with your child. You want to make sure the lights are not too bright; natural light from windows might be best”. A criança possuía o seu próprio tapete de yoga, no qual realizou a prática, dado que é importante ter “something to define the space for a child” (Collins, 2015, p. 25).

As aulas decorreram semanalmente, durante um período de 45 min, e embora a professora tenha elaborado antecipadamente, as planificações das aulas, as mesmas foram sendo adaptadas, à aceitação e às necessidades da criança, pois “each child is diferente and you need to know your audience” (Collins, 2015, p. 28) (ver Apêndice E).

A professora que facilitou as aulas, para além de formação base na área da educação, obteve formação própria para a instrução de yoga, inicialmente, em 2013, para adultos, certificada pelo Centro de Ioga Solar de Castelo Branco e posteriormente, no mesmo ano, para crianças dos 2 meses aos 12 anos, certificada pela *Yoga Alliance International – European Division*, e mantém-se em formação contínua, até ao momento. Assim, desempenha a função de instrutora de yoga há dez anos, tanto com adultos como com crianças, a acrescentar aos anos de prática como aluna.

No período inicial do estudo, foi realizada uma entrevista semiestruturada (anamnese) com a mãe do sujeito de estudo (ver Apêndices C e D), de forma a conhecer a sua história, os seus gostos, as suas particularidades, dificuldades e capacidades, e preenchidas as escalas, CARS e SDQ, pela mãe e também pelo diretor de turma da criança em estudo, que acumula a função de professor de português e de inglês (Anexos D, F, H e J). Estas mesmas escalas voltaram a ser preenchidas pela mãe e pelo professor, no final do ano letivo, que coincidiu com o final da prática de yoga (ver Anexos E, G, I e K), de forma a comparar com os resultados obtidos no primeiro momento e assim observar se ocorreram alterações, em relação aos sintomas iniciais. Para se ter em conta, o importante ponto de vista da criança em estudo, também na etapa final do

estudo, foi-lhe efetuada uma entrevista, no término do ano letivo, que coincidiu com a última aula de yoga (ver Apêndices F e G).

3. Implementação

Após um primeiro contato entre a criança em estudo e a professora de yoga, na companhia da mãe e da investigadora, de forma que a criança se familiarizasse com o espaço e a professora, as aulas de yoga foram iniciadas. O programa decorreu entre 6 de outubro de 2022 e 14 de junho de 2023, num total de **37 sessões individuais** (ver Apêndice E). Cada sessão teve uma duração de 45 minutos, apenas na presença da instrutora, sempre com a mãe no exterior do estúdio, mas visível, para que a criança a visse atrás da janela, sempre que sentisse essa necessidade. Na **primeira aula**, a professora proporcionou ao sujeito em estudo, a oportunidade de explorar melhor o espaço físico e de a conhecer melhor, para que se sentisse à-vontade para iniciar a exploração do yoga. Ainda assim, a criança mostrou-se, ao longo da aula, preocupado com a possibilidade de a mãe se poder ausentar das imediações do estúdio, onde a mesma, permanecia no decorrer das aulas. Devido a essa preocupação/exaltação, nessa aula apenas foi possível realizar as *āsanas*, com as quais se costuma iniciar a prática, que constituem a Saudação ao Sol (*Surya Namaskar*) (ver Figura 4).



Figura 4 - Sequência de Posturas da Saudação ao Sol (Peres, 2014)

Como descreve Goldberg (2013),

without the sun, our earth would be cold and barren. Its heat and light are essential to all the plant and animal life we know. So, it seems only fitting to greet the sun each day. Whether it's bright in the sky or hidden from view (p. 257).

As diferentes saudações, têm o papel de preparar para a prática de uma sequência de posturas de yoga. Embora também elas, se componham por *āsanas*, a sua execução difere da prática que lhes sucede, devido ao ritmo mais rápido e ao encadeamento das *āsanas*. No caso da saudação ao Sol, são doze as posturas que a constituem, tal como se pode observar na Figura 4, que devem ser conjugadas com os movimentos respiratórios adequados a cada um desses movimentos (Oliveira, 2013d). De acordo com Oliveira (2013d, p. 242), “este exercício produz um efeito em todo o organismo. Toda a musculatura é tonificada, assim como o sistema digestivo, pois os movimentos desta saudação estiram e comprimem sucessivamente o abdómen, proporcionando também uma acção de ‘massajar’ as vísceras”. O mesmo autor, afirma que esta saudação “ventila os pulmões, aumenta a actividade cardíaca e a irrigação sanguínea de todo o organismo, tonifica o sistema nervoso (...) e as funções do sistema simpático e do parassimpático são regularizadas” (p. 242). Por outro lado, com crianças com PEA, Schaeffer (2012, como citada em Goldberg, 2013, p. 257) observou que, “as the children’s movements become smoother, their ability to speak becomes smoother” e que esta saudação, “balances things out so that students can more effectively process thoughts and pay attention” (p. 257).

Após a realização da saudação ao Sol, e uma vez que a criança se mantinha inquieta, devido à ausência física da mãe, a professora optou por passar diretamente ao relaxamento (*Savasana*). Segundo Goldberg (2013, p. 75), “whether or not a child has the facility to regulate his thoughts, you can help him change how he feels and thinks by changing his posture and his breathing”. O mesmo autor ainda afirma, que o relaxamento “includes progressively scanning the body, tensing and releasing muscles from the tips of the toes to the crown of the head” (p. 80). Esta atividade encerra a prática, com o relaxamento total do corpo e da mente, à medida que o corpo relaxa, integra os benefícios da prática realizada, e com o abrandamento das ondas cerebrais, o sistema nervoso encontra o caminho para o equilíbrio (Flynn, 2013). Assim, “these quiet moments bring the body and mind to the present moment to experience peace, calm, and self-awareness (Flynn, 2013, p. 244). Para este momento, a professora de yoga recorreu ao *Santhi*, um instrumento musical, também conhecido por sino de vento, com uma melodia delicada e harmoniosa, que ecoa boas vibrações, de forma a ajudar a criança, a acalmar a sua mente e a concentrar-se no aqui e agora, e conseguir aproveitar o exercício de relaxamento na sua plenitude. Isto porque, tal como descreve Keedle (2012, como citado em Goldberg, 2013)

music resonates through the limbic system, where memories are stored, and in the amygdala, which governs emotions... Just as two pendulums will ultimately swing together, our heart rate and movements will speed up or down to keep time with the beat (p. 87).

Na segunda aula, o sujeito de estudo, referiu que se sentiu triste durante a semana, e que se auxiliou do que tinha aprendido na primeira aula, para mandar a tristeza embora. Desta forma, essa aula já decorreu com maior dedicação e concentração por parte da criança, e assim, para além das posturas praticadas na primeira aula, a professora introduziu o Jogo de Espelho, que foi repetido em outros momentos da prática, de forma a trabalhar a comunicação não-verbal e a imitação, uma dificuldade inerente a crianças com diagnóstico de PEA, crucial no processo de aprendizagem e de um crescimento saudável, “learning process begins when children copy or repeat our behaviors, expression, and language” (Goldberg, 2013, p. 103). Logo, como descreve Goldberg (2013, p. 269), “imitation is an important skill for triggering mirror neurons and motor skills. These games are recommended for sensory processing and motor planning”.

Nas aulas que se sucederam, a professora foi acrescentando novas *āsanas* e *pranayamas*, tendo sempre em consideração a aceitação da criança e as suas necessidades, como o aumento de posturas de equilíbrio, que para além da dificuldade de concentração, foi uma das maiores dificuldades sentidas, ao longo das práticas. Assim, realizaram a postura da árvore (*Vrikshasana*) (ver Figura 5), sendo esta de equilíbrio, a do guerreiro (*Virabhadrasana*), também de equilíbrio e a da pinça (*Paschimottanasana*), postura de flexão sentada.



Figura 5 - Postura da Árvore (in <https://br.freepik.com/>)

Posturas de equilíbrio, tal como o nome sugere, melhoram e exigem equilíbrio, “they require awareness in all parts of the body, increasing proprioception, balance, and bilateral coordination. They increase muscle tone in the legs, pélvis, abdómen, and back” (Goldberg, 2013, p. 191). Quanto aos benefícios não físicos, a postura da árvore promove a atenção plena (*mindfulness*), a autorregulação, a concentração e a capacidade de brincar, a postura do guerreiro promove a energia, a resistência mental,

a auto-estima e também a capacidade de brincar (Goldberg, 2013). Por sua vez, as posturas de flexão, como a pinça, são variadas e podem ser realizadas, sentadas, deitadas ou em pé, com flexão atrás, à frente e lateral, por essa razão, também os benefícios são inúmeros, tais como fortalecimento das costas, estimulação dos órgãos abdominais, aumento da energia, do equilíbrio e da concentração e diminuição do stress. Em particular, a postura da pinça, promove o alongamento profundo das costas, dos calcanhares à cabeça, a atenção plena e a respiração profunda (Goldberg, 2013).

Segundo Robin (2009, como citado em Goldberg, 2013, p. 48), “every time you breathe, your body makes a slight adjustment via the autonomic nervous system. The inhalation is ‘energizing and sympathetic,’ whereas the exhalation ‘is calming and parasympathetic’”. Mas com o crescimento, o aumento de responsabilidades e stress, deixamos de respirar corretamente, passando de uma respiração longa, calma e purificante, a uma respiração rápida e curta, “however, respiration is an autonomic function that can be altered voluntarily. What’s more, changing the rate of your breathing, independente of any other activity, can change how you feel” (Goldberg, 2013, p. 48). Assim foram introduzidos os *pranayamas*, inicialmente a respiração da abelha (*Bhramari Pranayama*) e posteriormente a respiração da cobra, uma vez que incentivam o foco interior e a conexão ao eu interior, promovem o desenvolvimento da fala, acalmam e promovem novas perspectivas (Flynn, 2013). Com o avançar da prática, foram introduzidos outros *pranayamas* e outras *āsanas*, entre elas algumas posturas de flexão, como a postura da criança (*Balasana*) que serve como postura de descanso ajudando a relaxar durante a prática, é calmante, introspectiva, alivia o stress, alonga as coxas, a anca, os tornozelos e os joelhos e alivia a tensão nas costas (Goldberg, 2013, Flynn, 2013), e a postura Diamante (*Vajrasana*), que acalma o corpo e encoraja a respiração profunda, bem como alonga a anca e os quadríceps e ajuda a aliviar problemas de estômago (Flynn, 2013), a Nuvem (*Savana*), apresentada também como Flutuando numa Nuvem, é uma postura de relaxamento, com o intuito de relaxar e alcançar a atenção plena, utilizada no período final da prática.

Por vezes, o sujeito de estudo apresentava-se mais exaltado e desmotivado para a prática, o que levou a professora a adotar diferentes estratégias para o acalmar e conseguir prosseguir com a aula. Assim, foram introduzidas algumas técnicas de *Chi Kung* (exercício de energia interna), uma arte milenar, de origem chinesa. Tal como descreve Chuen (1950),

the cultivation of human energy is one of the great achievements of the world's oldest surviving civilization. In the legacy of Chinese culture, the human being is understood to be a field of energy. Natural scientists and medical specialists have worked over the centuries to determine how

best to sustain, replenish and enhance this vital energy, known as Chi (p. 9).

Assim, Chi Kung, foi desenvolvida para trabalhar a nossa energia, através de um trabalho energético desenvolvido por movimentos pausados, facilitando mudanças energéticas, de forma a promover saúde e vitalidade (Chuen, 1950). Essas alterações, foram visíveis no sujeito de estudo, que após o contato com *Chi Kung*, passou a ter uma postura mais positiva e a realizar o que era pedido pela professora.

Esta atividade, os jogos, tanto o do Espelho, como posteriormente, o das Estátuas e o recurso a fantoches de dedo, serviram para quebrar comportamentos e alterar a postura da criança, que nem sempre favorecia a prática de yoga. Como afirma Goldberg (2013), “having fun with physical activity is an important element of yoga” (p. 269), então, “adapt, adjust, and find the most comfortable, enjoyable, rewarding way for children to practice, and they will reward you with their enthusiasm” (p. 98). Se a criança não se sentir motivada, os benefícios da prática não serão assimilados, por essa razão é necessário ajustar as estratégias de forma a proporcionar momentos de prazer, que quebrem as manifestações de frustração. Ao ensinar yoga a uma criança com diferentes necessidades, como o sujeito em estudo, é necessário colocar de lado o que deveria ser e alimentar a intenção com conhecimento e prática, mas sem julgamento ou expectativa (Goldberg, 2013), tal como a professora fez e que levou à alteração do humor da criança, acabando por disfrutar da prática e sair feliz das aulas.

Ao longo do segundo mês de prática, foi introduzida a automassagem, à qual a criança reagiu com agrado e que se manteve ao longo das práticas. Trata-se de uma automassagem simples, que uma criança pode dominar e aplicar em qualquer momento e local, com facilidade, com intuito de libertar stress e tensão, melhorar a concentração e incentivar o autocuidado (Flynn, 2013). De acordo com a descrição de Flynn (2013),

self-massage sequence stimulates blood flow to the brain and other areas where we typically hold tension, such as neck and shoulders. The increased blood flow helps improve concentration skills required for reading and writing, while the muscle massage soothes and releases tension (p. 63).

No decorrer da investigação, a saturação da criança, perante as aulas de yoga, tornou-se evidente, manifestando cada vez menos vontade de praticar e mantendo sempre a ansiedade associada à ausência da mãe. Assim, mais uma vez a professora de yoga, teve de se adaptar com vista a alcançar o nosso propósito. Desta forma, introduziu um apoio visual, as cartas de yoga, *Yoga Pretzels*, apresentadas na Figura 6,

que consiste num baralho de cartas que ilustram os diferentes tipos de posturas, entre eles equilíbrio, força e flexões.

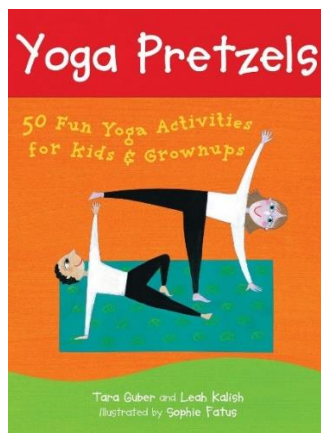


Figura 6 - Cartas *Yoga Pretzels* (in https://m.media-amazon.com/images/I/81aM99SwQpL._SL1500_.jpg)

A professora, após selecionar algumas cartas, de acordo com as capacidades, dificuldades e necessidades do aluno, permitiu que a criança escolhesse uma postura de cada grupo, de forma a elaborar a sequência de posturas a serem praticadas. Desta forma, a criança foi incluída na preparação da aula, o que lhe deu motivação adicional para continuar a prática de yoga, e beneficiou de um estímulo visual, que o auxiliou na concretização das posturas, uma vez que “viewing the cue card images rather than having to focus on a human instructor may be less confrontational for these special students” (Goldberg, 2013, p. 113).

Capítulo III - Apresentação e Discussão de Resultados

1. Análise de Dados e Apresentação dos Resultados

De seguida, são analisados os resultados das escalas CARS e SDQ, para cada entrevistado, mãe e professor do sujeito em estudo, antes e após a prática regular de yoga. Posteriormente é realizada uma comparação entre os dados obtidos através dos dois intervenientes e por fim, é dada a conhecer a perspetiva do sujeito em estudo, sobre a prática de yoga e os seus benefícios, obtida através de entrevista semiestruturada.

a) Mãe

Quanto à escala CARS, no primeiro instante, a cotação total conferida pela mãe foi 31,5, à qual se atribui uma classificação de autismo leve/moderado. Verifica-se que os níveis em que é dada uma cotação mais baixa (1 e 1,5 de 1 a 4), são os de relacionamento interpessoal, imitação, resposta emocional, expressão corporal, comunicação verbal, comunicação não-verbal e atividade, sendo que uma cotação baixa, representa uma avaliação positiva, no desenvolvimento destas capacidades, ou seja, a criança, comparada com uma criança típica, apresenta características de normalidade. Quanto às cotações mais elevadas, observam-se no uso de objeto, adaptação a mudanças, uso da audição, uso do paladar, olfato e do tato, medo e nervosismo, grau e consistência das respostas da inteligência (3 de 1 a 4), que identificam anormalidades moderadas quando se realiza comparação com crianças típicas. No uso do olhar e na impressão geral, a mãe cotou com 2, reconhecendo um grau leve de anormalidade no sentido da visão e a nível geral, que corresponde a autismo de grau leve. De reforçar que nenhum dos níveis foi cotado com a cotação máxima, como se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4: Respostas da mãe do sujeito de estudo, à escala CARS, no início do estudo

Nível	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Cotação	1,5	1	1,5	1,5	3	3	2	3	3	3	1,5	1	1,5	3	2
Total	31,5														

Legenda: 1. Relacionamento interpessoal; 2. Imitação; 3. Resposta emocional; 4. Expressão corporal; 5. Uso do objeto; 6. Adaptação a mudanças; 7. Uso do olhar; 8. Uso da audição; 9. Uso do paladar, olfato e do tato; 10. Medo e nervosismo; 11. Comunicação verbal; 12. Comunicação não-verbal; 13. Atividade; 14. Grau e consistência das respostas da inteligência; 15. Impressão geral

No segundo instante, as respostas da mãe não sofreram qualquer alteração, sendo rigorosamente iguais às que foram dadas no primeiro momento da investigação. Desta forma, de acordo com a escala CARS e a visão da mãe, os sintomas da criança, associados à PEA, não sofreram qualquer alteração, após a prática regular de yoga.

A escala SDQ, apresenta 5 subescalas, avaliadas através de 25 questões apresentadas de forma alternada e não ordenadas por subescalas. Após avaliação das

respostas dadas, conclui-se que a mãe atribuiu aos sintomas emocionais uma cotação 3 (0 a 10) considerado normal (típico), aos problemas de comportamento 1 (0 a 10) também considerado normal (típico), à hiperatividade atribuiu 6 (0 a 10), considerado limítrofe, os problemas de relacionamento com os colegas foram cotados com 4 (0 a 10) que se considera anormal (atípico) e o comportamento pró-social obteve 9 (0 a 10) considerado normal (típico), obtendo um total de dificuldades igual a 14, uma vez que não se contabiliza o comportamento pró-social, que é tido como limítrofe, em comparação com crianças típicas, como se pode observar na Tabela 5.

Tabela 5: Respostas da mãe do sujeito de estudo à escala SDQ, no início do estudo

Nível	Sintomas Emocionais	Problemas de Comportamento	Hiperatividade	Problemas de Relacionamento com os Colegas	Comportamento Pró-social
Cotação	3	1	6	4	9
Total de Dificuldades	$3 + 1 + 6 + 4 = 14$				
Total de Impacto	1				

Analisando as respostas da mãe da criança em estudo, à escala SDQ, no final do estudo, podemos verificar, que ao contrário do que sucedeu com a escala CARS, se registam algumas mudanças, embora pouco significativas. Quanto aos sintomas emocionais, passou de 3 para 2, ambos considerados normais (típicos), mas é importante realçar que houve uma melhoria, relativamente aos problemas de comportamento, manteve-se a cotação registada no primeiro momento, a hiperatividade cotada inicialmente com 6 desceu um ponto, apresentando no segundo momento uma cotação igual a 5, passando de limítrofe a normal (típico), logo registou-se uma melhoria. Analogamente, nos problemas de relacionamento com os colegas, observou-se uma diminuição na cotação, passando de 4 a 2, e assim passando de uma classificação anormal (atípica) a normal (típica), no comportamento pró-social registou-se um aumento de um ponto, passando de 9 a 10, no entanto, ao contrário das outras subescalas, o aumento identifica uma melhoria, dado que é considerado normal (típico) de 6 a 10, limítrofe com 5 e anormal (atípico) de 0 a 4, logo 10, é a melhor pontuação possível para a subescala comportamento pró-social, constatando-se que não são apresentadas dificuldades.

Assim, de acordo com a avaliação da mãe, no geral quanto às dificuldades apresentadas inicialmente, pode considerar-se que se regista uma diferença positiva, uma vez que se obteve um total de 10 pontos, menos quatro que o valor obtido na primeira fase, passando de um estado limítrofe a normal(típico), como se pode constatar através da Tabela 6. Desta forma, embora através da escala CARS não se tenham registado melhorias quanto aos sintomas associados à PEA, através da análise da escala SDQ, é possível afirmar, que a prática de yoga levou a alterações positivas,

quanto às relações interpessoais e intrapessoais, avaliadas através de sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social, tal como no impacto desses sintomas, na criança e em quem o rodeia (de 1 para 0).

Tabela 6: Respostas da mãe do sujeito de estudo à escala SDQ, no final do estudo

Nível	Sintomas Emocionais	Problemas de Comportamento	Hiperatividade	Problemas de Relacionamento com os Colegas	Comportamento Pró-social
Cotação	2	1	5	2	10
Total de Dificuldades	$2 + 1 + 5 + 2 = 10$				
Total de Impacto	0				

b) Professor

Passamos de seguida à análise das respostas do professor e posteriormente à comparação entre os dados obtidos através dos dois intervenientes.

Assim, através da análise realizada às respostas dadas à escala CARS, no primeiro instante, verificamos que o professor atribuiu o valor mais baixo, 1 (1 – 4), ao nível de uso do objeto, uso da audição e uso do paladar, olfato e do tato, evidenciando que a criança não apresentava dificuldades a estes níveis. Os restantes níveis são cotados com valores entre 2 e 3 dos 4 possíveis, registando-se algumas dificuldades, mas em nenhum deles, dificuldades extremas, uma vez que nunca foi atribuída a cotação máxima. No total foram contabilizados 28,5 pontos, que correspondem a uma avaliação normal (15-29,5), ou seja, uma criança típica, como se pode consultar na Tabela 7.

Tabela 7: Respostas do professor do sujeito de estudo à escala CARS, no início do estudo

Nível	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Cotação	3	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2,5
Total	28,5														

Legenda: 1. Relacionamento interpessoal; 2. Imitação; 3. Resposta emocional; 4. Expressão corporal; 5. Uso do objeto; 6. Adaptação a mudanças; 7. Uso do olhar; 8. Uso da audição; 9. Uso do paladar, olfato e do tato; 10. Medo e nervosismo; 11. Comunicação verbal; 12. Comunicação não-verbal; 13. Atividade; 14. Grau e consistência das respostas da inteligência; 15. Impressão geral

No segundo momento do estudo, a avaliação do professor, através da escala CARS, sofreu algumas alterações significativas, como se pode constatar na Tabela 8, sendo que a avaliação total, passou de 28,5 a 36, que corresponde a um autismo

leve/moderado (30-36,5). Desta forma, de acordo com o ponto de vista do professor, durante o período em que se realizou a prática de yoga, ocorreu um agravamento dos sintomas associados à PEA. Os principais agravos foram observados, na adaptação à mudança, em que se registou o maior aumento, 2 pontos, na resposta emocional, com um aumento de 1,5 pontos, na expressão corporal e na atividade deu-se um aumento de 0,5 pontos e nas restantes áreas ocorreu um aumento de 1 ponto, com a exceção das comunicações verbal e não-verbal, grau de consistência das respostas de inteligência e a impressão geral, que não apresentaram alterações, mantendo a avaliação 1 (1 – 4), a mais baixa disponibilizada, que corresponde a características típicas. No geral, segundo a apreciação do professor através da escala CARS, é constatado no momento final da investigação, um aumento aproximado a 26%, relativamente aos sintomas manifestados pela criança inicialmente. Desta forma, de acordo com o ponto de vista do professor, a prática de yoga, não se mostrou benéfica no amenizar dos sintomas associados à PEA, principalmente em relação à resposta emocional, ao uso do corpo, à adaptação a mudanças e à atividade, nos quais se constata um claro agravamento.

Tabela 8: Respostas do professor do sujeito de estudo à escala CARS, no final do estudo

Nível	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
Cotação	2	1	3,5	2,5	2	4	3	2	2	3	2	2	2,5	2	2,5
Total	36														

Legenda: 1. Relacionamento interpessoal; 2. Imitação; 3. Resposta emocional; 4. Expressão corporal; 5. Uso do objeto; 6. Adaptação a mudanças; 7. Uso do olhar; 8. Uso da audição; 9. Uso do paladar, olfato e do tato; 10. Medo e nervosismo; 11. Comunicação verbal; 12. Comunicação não-verbal; 13. Atividade; 14. Grau e consistência das respostas da inteligência; 15. Impressão geral

Também na escala SDQ, se pode observar um aumento na avaliação realizada pelo professor, que leva a identificar um agravamento nos sintomas avaliados.

Tabela 9: Respostas do professor do sujeito de estudo à escala SDQ, no início do estudo

Nível	Sintomas Emocionais	Problemas de Comportamento	Hiperatividade	Problemas de Relacionamento com os Colegas	Comportamento Pró-social
Cotação	3	1	7	5	8
Total de Dificuldades	3 + 1 + 7 + 5 = 16				
Total de Impacto	3				

Através das Tabelas 9 e 10, é possível observar um aumento na cotação de três das cinco subescalas. Nos problemas de comportamento, observa-se uma diferença de 3

pontos da fase inicial (1 de 0 a 10) para a fase final (4 de 0 a 10), passando de uma avaliação normal (típica) a limítrofe, nas outras duas, deu-se um aumento de 2 pontos, nos sintomas emocionais passou de 3 a 5 (0 a 10), tendo deixado de ser considerado normal (típico) para ser considerado anormal (atípico) e na hiperatividade de 7 a 9 (0 a 10), anormal (atípico) nos dois momentos de estudo, sendo esta a subescala onde se regista a maior pontuação e por isso aquela onde se podem identificar mais dificuldades. Na subescala de problemas de relacionamento com os colegas constata-se uma melhoria, dado que a avaliação diminuiu de 5 para 3 (0 a 10), uma diferença de 2 pontos, passando de anormal (atípico) a limítrofe. Também quanto ao comportamento pró-social, se apresenta um decréscimo, neste caso de 1 ponto, de 8 para 7 (0 a 10), ambos considerados normais (típicos), mas ao contrário das restantes escalas, esta diminuição representa uma alteração negativa, uma vez que se considera normal (típico) de 6 a 10, limítrofe para 5 e anormal (atípico) de 0 a 4, logo nesta subescala não se registou melhorias.

Tabela 10: Respostas do professor do sujeito de estudo à escala SDQ, no final do estudo

Nível	Sintomas Emocionais	Problemas de Comportamento	Hiperatividade	Problemas de Relacionamento com os Colegas	Comportamento Pró-social
Cotação	5	4	9	3	7
Total de Dificuldades	$5 + 4 + 9 + 3 = 21$				
Total de Impacto	4				

Então, de acordo com a perspetiva do professor, do momento inicial do estudo para o momento final, deu-se um agravamento das relações interpessoais e intrapessoais, sendo que se constata um aumento aproximado de 31% (de 16 para 21), da avaliação inicial, para a avaliação final, através da escala SDQ, bem como a acentuação do impacto das dificuldades apresentadas, na criança e em quem o acompanha. No entanto, embora o aumento das dificuldades registado através da escala SDQ e de acordo com a perspetiva do professor, seja óbvio, é importante reforçar as melhorias assentes, em relação aos problemas de relacionamento com os colegas.

Assim, de acordo com as avaliações da mãe e do professor, da criança em estudo, não se verificaram mudanças positivas relativamente às características associadas à perturbação do espectro do autismo, mais concretamente, dificuldades em relacionamento interpessoal, imitação, resposta emocional, uso do corpo e de objetos, adaptação a mudanças, resposta a estímulos relacionados com os cinco sentidos, visão, audição, paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal e não verbal, atividade e resposta intelectual, através da prática regular de yoga. Aliás, como se pode

observar na Figura 7, embora de acordo com a mãe os sintomas se tenham mantido inalteráveis, segundo o professor, agravaram de forma acentuada.



Figura 7: Gráfico de comparação dos resultados da Escala CARS

Quanto às relações interpessoais e intrapessoais, através da análise de sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social, embora o professor tenha registado um prejuízo das mesmas, tendo ocorrido um aumento de dificuldades e de impacto das mesmas, como se pode observar na Figura 8, de acordo com a mãe, conclui-se que se deram melhorias, tanto nas dificuldades apresentadas pela criança, como no impacto que as mesmas têm sobre ela e quem a acompanhada, podendo afirmar-se, com base na opinião da mãe, que a prática de yoga trouxe benefícios para o entendimento do Eu e do outro, dando origem a um relacionamento mais positivo consigo e a melhores interações com os outros.



Figura 8: Gráfico de comparação dos resultados da Escala SDQ

c) Sujeito do estudo

O sujeito em estudo, através de entrevista, também deu a sua opinião, quando à prática de yoga e os seus benefícios. De acordo com as suas respostas sinceras e inocentes, quando num primeiro momento lhe foi colocada a hipótese de praticar yoga, ele pensou em viajar e a manhã seguinte foi iniciada com alongamentos, no entanto não sabia o que esperar e se lhe faria bem. Ainda assim, afirma que se sentiu ótimo durante as aulas e muito feliz e que considera que o yoga o ajudou com algumas coisas, referindo que aprendeu a brincar. Algo tão importante para o correto desenvolvimento de uma criança, como foi referido ao longo do estudo e tão difícil de entender e praticar, por uma criança com diagnóstico de PEA. O sujeito ainda reforça que o yoga, o ajuda a relaxar, em momentos de lazer, como em casa no sofá e a jogar Nintendo. Ainda assim, ele afirma que não considera estas mudanças positivas, mas gostaria de continuar a praticar yoga, de preferência com outros meninos, ao contrário do que aconteceu durante a investigação, por uma questão de controle de variáveis.

2. Discussão dos Resultado

De seguida, será efetuada a discussão dos resultados encontrados nesta investigação, cujo objetivo se prende em compreender se a prática de yoga pode potencializar o desenvolvimento de uma criança com PEA.

Como foi referido anteriormente, os estudos que relacionam a prática de yoga e os sintomas associados à PEA, não são vastos, “while there are a number of reasons why yoga could potentially benefit patients with ASD including the direct and indirect treatment pathways, there are few published reports in this area” (Gwynette et al., 2015, 4), o que dificulta a confrontação dos resultados obtidos com estudos de referência sobre o tema abordado.

No que concerne, às mudanças das características associadas à perturbação do espectro do autismo, mais concretamente, dificuldades em relacionamento interpessoal, imitação, resposta emocional, uso do corpo e de objetos, adaptação a mudanças, resposta a estímulos relacionados com os cinco sentidos, visão, audição, paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal e não verbal, atividade e resposta intelectual, quanto ao professor deu-se um prejuízo das mesmas e na opinião da mãe não se observaram quaisquer alterações. Estes resultados não vão ao encontro do que é comprovado nos estudos analisados. Apenas Deorari e Bhardwaj (2014) referem resultados pouco positivos:

the results of the study indicate that though there was statistically significant reduction in the symptoms of autism in children after a period of 3 months at 0.01 level of confidence, yet the effect size was very small to draw an assertive conclusion because the change in the score was by

a magnitude of 1/40 only. The results conclude that continuous practice of yogic disciplines may be helpful and significantly improves the symptoms of ASD in children in the long run (p. 83).

Assim, segundo estes autores, após 3 meses de prática, foi possível observar melhorias quanto aos sintomas associados à PEA, mas o seu impacto foi pequeno e assim se manteve. O estudo realizado em 2014, tal como o presente, teve a duração de 9 meses e tal como referem Deorari e Bhardwaj (2014, p. 84) “the review of literature also suggests that longer practice time is required to have a positive effect. (...) The study may show more progress on implementing Yoga practices for at least a year”.

Por sua vez, Shanker e Pradhan (2022) referem que após 45 minutos de prática semanal de yoga, durante doze semanas, ocorreu uma redução significativa na intensidade da PEA, relatada pelos pais de 23 crianças integradas no seu estudo, em contradição ao que se constatou no estudo atual. Também Radhakrishna et al. (2010) afirmam que, “teachers reported increased alertness after sessions” (p. 122) e que “significant changes occurred in communication, language, play, and joint attention. Patterns of eye contact steadily improved” (p. 123).

Similarmente Joshi e Rathi (2019), obtiveram resultados análogos aos últimos dois estudos mencionados. Segundo os autores, na “Indian scale of assessment of autism scores was decreased in yoga group with significance (p=0.01) and in a control group without significance. Percentage of decrement was more in the yoga group than that of the control group” (p. 169) e também na “Aberrant Behavior Checklist scores were decreased in the yoga group (5.06%) without significance but that of the control group has been increased (0.27%) with significance (p=0.03)” (p. 169), realçando uma melhoria dos sintomas associados à PEA, registada através de duas escalas distintas. Por outro lado, quanto à comunicação social, os mesmos autores constataam que “Social communication questionnaire scores were decreased in both groups without significance. Percentage of decrement was more in the yoga group than that of the control group with significance (p=0.02)” (p. 169) verificando-se uma melhoria mais significativa no grupo das crianças que praticaram yoga. E assim, como conclusão afirmam, “our observations confirm that yoga has a significant influence on physical, behavioral changes in ASD children” (p. 170), em paradoxo com o que se constatou neste estudo.

Quanto às relações interpessoais e intrapessoais, investigadas através da análise de sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social, embora pequenas e apenas identificadas por dois dos intervenientes, a mãe e o sujeito em estudo, foram observadas algumas melhorias, tal como nos estudos examinados.

A mãe do sujeito refere melhorias quanto aos sintomas emocionais, à hiperatividade, aos problemas de relacionamento com os colegas e ao comportamento pró-social e o sujeito de estudo menciona que o yoga o ajudou a relaxar e a aprender a brincar, o que está de acordo com Koenig et al. (2012) que “concluded that students

diagnosed with ASD, receiving yoga intervention showed a reduction in behaviours including irritability, lethargy, social withdrawal, hyperactivity, and noncompliance” (como citados em Ramanathan e Bhavanani, 2018, p. 6) e Artchoudane et al. (2019, p. 11) que afirmam que, “the reviewed literature suggests that yoga enhances children’s emotional balance, cognitive power, and attention and decrease negative thought patterns, negative behavior, emotional and physical arousal, anxiety, and reactivity”. Também segundo Radhakrishna et al. (2010), após dois anos escolares de prática de yoga, os pais de 6 crianças com PEA, entre os 8 e os 14 anos, “reported improvement in ability to interact with other children and family members” (p. 123), e ainda de acordo com os mesmos autores,

hypothesize that reinforcing this experience slowly brought the children a greater sense of their felt self, or identity, enabling them to learn to relate better to others. Thus, the children slowly progressed to the stage of being able to interact with others as more normal people (p. 123).

Assim, embora não se possam considerar as melhorias identificadas pela mãe e pelo sujeito em estudo, como significativas, as mesmas confirmam o que se constata em estudos anteriormente referidos.

Apesar dos resultados deste estudo, acreditamos que, numa escola ideal e verdadeiramente inclusiva, a prática de yoga seria uma prática diária, a aplicar antes de se iniciar qualquer momento letivo, respeitando a criança e as suas necessidades, sem competitividade e ansiedade. Na prática de yoga, é obrigatório olhar com atenção para a criança, observar o que a ajuda a relaxar e a ser bem-sucedida, e perpetuar a sua aplicação, assim que se descobrir o que é. Sabemos que não é fácil implementar esta prática nas nossas escolas, tendo em conta todos os desafios que já enfrentam, ainda assim acreditamos, que se existir vontade, será possível e benéfico para todos, que a prática de yoga seja implementada e normalizada. Tal como menciona Stake (1999, citado em Meirinhos & Osório, 2010),

dos casos particulares, as pessoas, podem aprender muitas coisas que são gerais. Fazem-no, em parte, porque estão familiarizadas com outros casos, aos quais acrescentam o novo e, assim, formam um conjunto que permite a generalização, uma oportunidade nova de poder modificar antigas generalizações (p. 54).

E assim, almejamos que este estudo possa ser um grão de areia, que faça a diferença, e contribua para uma nova oportunidade, para as crianças que sofrem com a PEA e todos os que as acompanham.

Capítulo IV - Conclusões

1. Conclusões

Conforme descrevemos anteriormente, pretende-se com este trabalho de investigação verificar se a prática de yoga pode potencializar o desenvolvimento saudável de uma criança com perturbação do espectro do autismo.

Por conseguinte, formulámos os seguintes objetivos específicos:

- Verificar se ocorrem mudanças relativamente às características associadas à perturbação do espectro do autismo, mais concretamente, dificuldades em relacionamento interpessoal, imitação, resposta emocional, uso do corpo e de objetos, adaptação a mudanças, resposta a estímulos relacionados com os cinco sentidos, visão, audição, paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal e não verbal, atividade e resposta intelectual.
- Analisar as alterações quanto às relações interpessoais e intrapessoais, através da análise de sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social.

Para que tal fosse possível, foram planeadas e disponibilizadas aulas de yoga individualizadas, a uma criança com PEA, com o intuito de favorecer o seu desenvolvimento e amenizar os seus sintomas. Após a análise das escalas CARS e SDQ, aplicadas à mãe e ao professor do sujeito em estudo, antes e depois da prática de yoga, com a duração de nove meses, e da entrevista com o sujeito de estudo, podemos asseverar que:

Quanto ao primeiro objetivo, como foi analisado, segundo a mãe não se observaram quaisquer alterações, por outro lado, tendo em conta a avaliação do professor, após a prática de yoga, ocorreu um agravamento dos sintomas associados à PEA, tendo-se amplificado as dificuldades em relacionamento interpessoal, embora se tenham observado melhorias nos problemas de relacionamento com os colegas, dificuldades quanto à imitação, resposta emocional, uso do corpo e de objetos, adaptação a mudanças, resposta a estímulos relacionados com os cinco sentidos, visão, audição, paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo e atividade. Quanto à comunicação verbal e não-verbal e à resposta intelectual, a prática de yoga não desempenhou nenhuma influência, uma vez que perdurou a avaliação inicial.

Assim, observamos que da prática de yoga aparentemente não decorreu nenhuma mudança positiva, relativamente às características associadas à PEA, podendo mesmo tê-las acentuado.

No que concerne ao segundo objetivo, de acordo com a avaliação do professor, como já foi referido verificou-se um prejuízo nas relações interpessoais, apesar de uma melhoria quanto aos problemas com os colegas, e nas relações intrapessoais, uma vez que se observaram dificuldades associadas a sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade e comportamento pró-social. No entanto, segundo a avaliação da mãe, embora pequenas, ocorreram mudanças positivas, quanto às relações interpessoais e intrapessoais, uma vez que se notaram, melhorias quanto aos

sintomas emocionais, à hiperatividade, aos problemas de relacionamento com os colegas e ao comportamento pró-social, mantendo-se inalterável os problemas de comportamento. Também segundo o sujeito de estudo, o yoga ajudou-o a relaxar e a aprender a brincar, o que permite identificar benefícios da prática de yoga, nas relações intrapessoais. Constatamos então, que a prática de yoga manifestou uma influência positiva no sujeito de estudo, conduzindo a benefícios nas relações interpessoais e intrapessoais, no entanto não se mostram significativos.

Respondendo à questão de investigação: ***A prática de Yoga, pode potencializar o desenvolvimento de uma criança com perturbação do espectro do autismo?***

No presente estudo, com a prática regular de yoga, não se notaram alterações no desenvolvimento da criança em estudo. Observaram-se melhorias nas relações interpessoais e intrapessoais, no entanto as mesmas são insuficientes para nos levar a concluir que a prática de yoga, é benéfica para o desenvolvimento de uma criança com PEA. Assim, concluímos que a prática de yoga, neste estudo, não potencializa o desenvolvimento da criança com perturbação do espectro do autismo, não podendo ser considerada uma mais-valia, ou um apoio para esta criança.

2. Limitações e Recomendações

2.1 Limitações

Tendo em consideração, tudo o que foi afirmado ao longo deste trabalho e os resultados obtidos, de seguida apresentam-se algumas limitações deste estudo e sugerem-se algumas recomendações a ter em conta em futuras investigações.

Começando pelas limitações, acreditamos que a apreciação negativa, por parte do professor, se deva a várias situações que limitaram as suas respostas. No primeiro instante, a sua análise foi realizada, tendo em conta os primeiros meses de contato com o aluno. Uma vez que a criança transitou de ciclo, o professor não tinha contato anterior com a mesma. A sua perspetiva prendeu-se com o convívio no ano letivo em que se realizou a experiência, o que o levou a fazer uma avaliação mais positiva, que inclusive indicava ser uma criança típica. Consequentemente, qualquer avaliação realizada posteriormente, ou manteria a avaliação de uma criança típica ou daria a indicação de uma criança com PEA, não sendo possível registar melhorias quanto aos sintomas associados a PEA.

Por outro lado, esse primeiro momento, ocorreu no primeiro período, de três que constituem o ano letivo, numa fase em que tanto alunos como professores, se encontram mais descontraídos e animados, após as férias letivas e com o início de uma nova fase, com o rever de algumas caras conhecidas e o conhecer de outras. O segundo momento do preenchimento das escalas, deu-se no término do período escolar, altura em que professores e alunos se encontram mais cansados e saturados, devido a um longo e trabalhoso ano letivo, e às temperaturas elevadas que se fazem sentir no

distrito onde se realizou a experiência, o que poderá ter influenciado, a perspetiva final do professor.

A avaliação da mãe, também não identificou melhorias de relevo, o que se pode dever a duas questões limitativas, o curto período de investigação, sendo que o ideal seria uma prática de pelo menos doze meses e o facto de a adaptação do sujeito em estudo, à prática de yoga, não ter sido alcançada na totalidade. A criança apresentou-se diversas vezes desmotivado e exaltado, sempre preocupado com a possibilidade de a mãe se ausentar das proximidades do estúdio e com um aumento de sinais de insatisfação por ter de realizar a prática, o que terá afetado os resultados obtidos.

O reduzido número de intervenientes, no preenchimento das escalas, também é um ponto negativo, uma vez que os mesmos tiveram apreciações dispares, seria positivo ter mais opiniões.

Por último, o facto de nos estudos analisados e comparados com este projeto, a prática de yoga se ter realizado em grupo ao invés do que ocorreu nesta investigação.

2.2 Recomendações

Desta forma, de seguida apresentamos algumas recomendações, a ter em conta em futuros estudos. Em primeiro lugar, a escolha do sujeito de estudo é crucial, se possível, deve optar-se por uma criança que não esteja em mudança de ciclo e assim, embora nem sempre se verifique, se encontre numa situação escolar estável com professores que o acompanhem na transição de ano letivo. Sendo uma criança/jovem nessa situação escolar, também se aconselha que o período de investigação, se prolongue ao longo de mais meses, uma vez que quanto maior o período de prática de yoga melhores e mais visíveis, serão os benefícios. Por outro lado, poderá ser benéfico um maior número de intervenientes, como por exemplo, o/a professor(a) de educação especial, o/a terapeuta ocupacional e/ou o/a psicólogo(a). Quanto maior o número de intervenientes e as diferentes formas de interpretação, maior rigor se observará nos resultados obtidos. Se possível, a prática com outras crianças, embora se torne mais difícil de controlar as variáveis, poderia ser benéfico, uma vez que de acordo com a professora de yoga, o sujeito em estudo, maioritariamente, se apresentava sem vontade de praticar, mas de acordo com o mesmo, gostaria de continuar a praticar, mas com outras crianças. Essa companhia, poderia tornar a prática mais aliciante e não um momento de obrigatoriedade, como tantos outros que já fazem parte da vida das crianças/jovens, e assim, conseguir abstrair-se da ausência física da mãe e focar-se no *aqui* e no *agora*, crucial para alcançar os benefícios dessa prática.

Por último, realçar a necessidade de atualização das escalas quanto às terminologias usadas, passando por exemplo a aplicar típico em vez de normal e atípico no lugar de anormal.

Referências Bibliográficas

- Abraham, T. (2022). *Yoga for children with autism: Best yoga poses and their benefits*. Independently published.
- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Universidade Aberta. ISBN 978-98-9975-821-6
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed). Artmed.
- Antunes, N. L. e a equipa técnica do PIN (2021). *Sentidos: o grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento, do autismo, à hiperatividade, da adição à Internet à dislexia* (5ª ed). Lua de papel.
- Artchoudane, S., Bhavanani, A. B., Ramanathan M., Mariangela, A. (2019). Yoga as a therapeutic tool in autism: A detailed review. *Yoga-Mīmāṃsā*, 51, 3–16.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70
- Bermudes, W. L., Santana, B. T., Braga, J. H. O. e Souza, P. H. (2016). Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações. *Revista Vértices*, (18, 2), 7-20. DOI: 10.19180/1809-2667.v18n216-01
- Brites, L. e Brites, C. (2019). *Mentes únicas*. Editora Gente. ISBN 978-85-4520-308-7
- Cartas Yoga Pretzels*. (s. d.). Amazon. Retirado a 21 de novembro de 2023 de https://m.media-amazon.com/images/I/81aM99SwQpL._SL1500_.jpg
- Chuen, L. K. (1950). *Chi Kung: way of power*. Human Kinetics. ISBN 0-7360-4480-9
- Collins, B. (2015). *Sensory yoga for kids: therapeutic movement for children of all abilities*. Sensory World. ISBN 978-19-3556-748-6
- Decreto-Lei n.º 54/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: I Série n.º 129/2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>
- Deorari, M. e Bhardwaj, I. (2014). Effect of yogic intervention on Autism Spectrum Disorder. *Yoga-Mīmāṃsā*, (46, 3 e 4), 81-84.
- Ehleringer, J. (2010). Yoga therapy in practice: Yoga for children on the autism spectrum. *International Journal of Yoga Therapy*, 20, 131-139.
- Fernandes, C. S., Charchat-Fichman, H., Barros, P.S., Silva, F. M. B. N., Bethlem, F. E. S. (2021). Perfil neuropsicológico em crianças com transtorno do espectro autista. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*. (13, 3), 27-38. ISSN 2075-9479
- Ferreira, X., Oliveira, G. (2016, março). Autismo e Marcadores Precoces do Neurodesenvolvimento. In *Acta Médica Portuguesa*. Revista Científica da Ordem dos Médicos, (29, 3), (pp. 168-175).

- Figueiredo, A. (2013). Parte V – Prática do yoga: Yoga para crianças. In: Correia, A. (2013). *Manual de Yoga*. Edições FMH. 189-201. ISBN: 978-972-735-168-8
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., Gaspar, F. (2005). *Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese Version]*. Youthmind. Retirado a 15 de setembro de 2022 de www.sdqinfo.org
- Flores-Rodríguez, Y., Ceballos, O. R., Albores-Gallo, L. (2022). Assessing autism with DSM-IV and DSM-5 criteria using the Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Salud Mental*, (45, 1), 3–10. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2022.002
- Flynn, L. (2013). *Yoga for children: 200+ Yoga Poses, Breathing Exercises, and Meditations for Healthier, Happier, More Resilient Children*. Adams Media.
- Goldberg, L. (2013). *Yoga Therapy for Children with Autism and Special Needs*. W. W. Norton & Company
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. Principia
- Guiomar Oliveira. (s. d.). CRIAP Instituto. Retirado a 4 de setembro de 2023 de <https://www.institutocriap.com/docentes/guiomar-oliveira>
- Gwynette, M. F., Warren, N. J., Warthen, J., Truleove, J. S., Ross, C. P., Snook, C. A. (2015). Yoga as an Intervention for Patients with Autism Spectrum Disorder: A Review of the Evidence and Future Directions. *Autism Open Access*, (5, 3), 1-7. DOI:10.4172/2165-7890.1000155
- Ignachewski, C. L., Batista, A. P., Toni, C. G. S., Pavoski, G. T. T. (2019, setembro/dezembro). Capacidades e Dificuldades Socioemocionais de Crianças Antes e Após a Participação no Método FRIENDS. *Revista Psicologia e Saúde*, (11, 3), 111-123. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i3.701>
- Iyengar, B. K. S. (2001). *A árvore do Ioga*. Globo
- Joshi, R. R., Rathi, S. S. (2019). Effect of IAYT on Physical, Behavioral and Social Communicative Functions in Autism. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, (8, 3), 168-172. ISSN: 2319-5886
- Kublikowski, I. (2022). A pesquisa qualitativa. In: Moreira, L. V. C. e Menegat, J. (Ed.s). *Métodos e técnicas de pesquisas científicas*. (pp. 140-163). Dialético. ISBN 978-65-2522-424-4
- Lettieri, D., Alencar, I. C. e Lobo, D. F. V. (2020). *Análise do comportamento e suas aplicações: desafios e possibilidades* (1ª ed., Vol. 2). Imagine Publicações.
- Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Esler, A., Furnier, S. M., Hallas, L., Hall-Lande, J., Hudson, A., Hughes, M. M., Patrick, M., Pierce, K., Poynter, J. N., Salinas, A., Shenouda, J., Vehorn, A., Warren, Z., Constantino, J. N., ... Cogswell, M. E. (2021). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years: Autism and Developmental Disabilities

- Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report, Surveillance Summaries*, 70(11), 1–16. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss/ss7011a1.htm>
- Martins, G. O., Gomes, C. A. S., Brocardo, J. M. L., Pedroso, J. V., Carrillo, J. L. A., Silva, L. M. U., Encarnação, M. M. G. A., Horta, M. J. V. C., Calçada, M. T. C. S., Nery, R. F. V., Rodrigues, S. M. C. V. (2017). *Perfil do Aluno à Saída da Escolaridade Obrigatória*. Ministério da Educação
- Meirinhos, M. e Osório, A. (2010). O Estudo de Caso Como Estratégia de Investigação em Educação. *EDUSER: Revista de Educação*, (2, 2), 49-65. <https://doi.org/10.34620/eduser.v2i2.24>
- Menegat, J. e Ramos, R. C. (2022). Introdução à metodologia da pesquisa. In: Moreira, L. V. C. e Menegat, J. (Ed.s). *Métodos e técnicas de pesquisas científicas*. (pp. 19-59).
- Moreira, L. V. C. (2022). Entrevista no contexto da pesquisa científica. In: Moreira, L. V. C. e Menegat, J. (Ed.s). *Métodos e técnicas de pesquisas científicas*. (pp. 290-307). Dialético. ISBN 978-65-2522-424-4
- Neto, C. (2020). *Libertem as crianças – A urgência de brincar e ser ativo*. Contraponto.
- Neves, M. J. O. (2018). *A prática de Yoga Sámkhya nas unidades de ensino especializado e estruturado da Ilha da Madeira*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa. (Coleções FCHS (DCPC) - Dissertações de Mestrado). Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/6919>
- Oliveira, A. (2013a). Parte I – Contextos: O yoga hindu. In: Correia, A. (Ed.). *Manual de Yoga*. (pp. 53-75). Edições FMH. ISBN 978-972-735-168-8
- Oliveira, A. (2013b). Parte III – Prânâyâma: Prânâyâma (domínio da energia vital). In: Correia, A. (Ed.). *Manual de Yoga*. (pp. 113-150). Edições FMH. ISBN 978-972-735-168-8
- Oliveira, A. (2013c). Parte IV – Dhyâna: Dhyâna (meditação). In: Correia, A. (Ed.). *Manual de Yoga*. (pp. 153-166). Edições FMH. ISBN 978-972-735-168-8
- Oliveira, A. (2013d). Séries de saudações. In: Correia, A. (Ed.). *Manual de Yoga*. (pp. 241-248). Edições FMH. ISBN 978-972-735-168-8
- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T. S., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., Gonçalves, E., Lopes, N. M., Rodrigues, V., Mota, H. C., Vicente, A. M. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, (49), 726–733.
- O que é o índice de Apgar?* (2021). CUF. Retirado a 4 de setembro de 2023 de <https://www.cuf.pt/mais-saude/o-que-e-o-indice-de-apgar>
- Palangana, I. C. (2015). *Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vigotski: a*

relevância do social (6ª ed.). Summus.

Peres, C. (2014). Cacao Peres Yoga. *Surya Namaskar, a saudação ao sol*. Retirado a 20 de novembro de 2023 de

<https://cacauperesyoga.wordpress.com/2014/07/08/surya-namaskar-a-saudacao-ao-sol/>

Postura da Árvore. (s.d.). Freepik. Retirado a 20 de novembro de 2023 de <https://br.freepik.com/>

Radhakrishna, S., Nagarathnal, R. e Nagendral, H. R. (2010). Integrated approach to yoga therapy and autism spectrum disorders. *Journal of Ayurveda & Integrative Medicine*, (1, 2), 120-124.

Ramanathan, M. e Bhavanani, A. B. (2018). Addressing Autism Spectrum Disorder through Yoga as a Complementary Therapy. *SBV Journal of Basic, Clinical and Applied Health Science*, (2, 2), 3-7. DOI: 10.5005/jp-journals-10082-01123

Rasga, C., Santos, J. X., Café, C., Oliveira, A., Duque, F., Posada, M., Nunes, A., Oliveira, G., Vicente, A. M. (2023). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in the Centro region of Portugal: a population based study of school age children within the ASDEU project. *Frontiers in Psychiatry*. 1-11. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1148184

Santos, R. G. H e Celeri, E. H. R. V. (2018). Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares no contexto da atenção básica à saúde. *Revista Paulista de Pediatria*, (36, 1), 82-90. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;1;00009>

Saraswati, S. S. (2005, novembro/dezembro). Yoga Therapy. *First International Yoga Convention*. Bihar School of Yoga <http://www.yogamag.net/archives/2000s/2005/0511/0511ygh.html>

Serra, T. (2020). *Autismo: um olhar a 360º*. Literare Books International. ISBN 978-85-9455-277-8

Shanker, S. e Pradhan, B. (2022). Yoga for children with autism spectrum disorder: A descriptive review. *Yoga-Mīmāṃsā*, 54, 83-91. DOI: 10.4103/ym.ym_62_22

Sita, M. (2020). *Autismo: um olhar por inteiro*. SP: Literare Books International. ISBN 978-85-9455-280-8

Stake, R. E. (2007). *Investigación con estudio de casos* (4ª ed.). Ediciones Morato, S. L. ISBN 978-84-7112-422-7

Teixeira, G. (2016). *Manual do autismo*. Best Seller. ISBN 978-85-7684-973-5

Whitman, T. L. (2015). *O desenvolvimento do autismo: social, cognitivo, linguístico, sensório-motor e perspectivas biológicas*. M. Books do Brasil Editora Ltda. ISBN 978-85-7680-316-4

Williams, K. F. (2019). *The Evolution of Autism – Part V: The Woman Behind the ‘Spectrum’*. Healthfulmind. Retirado a 3 de outubro de 2023 de <https://healthfulmind.blog/2019/04/29/the-evolution-of-autism-part-v-the-woman-behind-the-spectrum/>

Yin, R. K. (2003). *Estudo de caso: planeamento e métodos* (2^a ed). Bookman

Apêndices

Apêndice A - Autorização do Diretor do Agrupamento de Escolas Frequentado pelo Sujeito de Estudo

11/10/2022
Autismo

Exmo. Senhor Diretor
do Agrupamento de Escolas

11 de outubro de 2022

No âmbito da elaboração da Dissertação do curso de Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, venho solicitar a V. Ex.^a autorização, para a participação do Prof. [REDACTED] num estudo, através do preenchimento da Escala CARS, Escala de Pontuação para Autismo na Infância, e da Escala SDQ, Questionário de Capacidades e de Dificuldades.

Este estudo, desenvolvido sob a orientação da Prof.^a Doutora Helena Mesquita e do Prof. Doutor Marco Batista, tem como finalidade, a produção de um estudo de caso, que envolve o aluno A [REDACTED], atualmente a frequentar o [REDACTED] da Escola Básica [REDACTED], na qual o Prof. [REDACTED] detém a direção de turma. A criança em causa, diagnosticada com Perturbação do Espetro do Autismo, foi autorizada pela encarregada de educação a iniciar a atividade de Yoga, fora do contexto escolar e a participar neste estudo. Pretende-se com este trabalho verificar se esta prática, apoia a criança a desenvolver competências, que minimizem os sintomas associados à Perturbação do Espetro do Autismo. Para essa investigação, é crucial a participação do Prof. [REDACTED] no preenchimento das escalas referidas, num momento inicial e posteriormente no final do ano letivo.

Desde já, agradeço a V. disponibilidade e colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Fernandes

(Sara Fernandes)

Apêndice B - Declaração da Mãe do Sujeito de Estudo

Declaração

Eu, [REDACTED] Encarregada de Educação de [REDACTED] autorizo que Sara Oliveira Fernandes, aluna do curso de Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, da Escola Superior de Educação do Politécnico de Castelo Branco, realize um estudo com o meu educando, com a finalidade da concretização do seu projeto intitulado, Yoga e as Perturbações do Espectro do Autismo. O trabalho baseia-se na evolução do meu educando, com a prática de Yoga e será avaliada através das escalas CARS (Escala de Pontuação para Autismo na Infância) e SDQ (Questionário de Capacidades e de Dificuldades), preenchidas por mim e pelo diretor de turma, bem como uma entrevista comigo e outra com a criança.

É garantido o anonimato da criança ao longo de todo o estudo e que os dados recolhidos servirão apenas para produção do trabalho citado.

Castelo Branco, 16 de novembro, 2022

Sara [REDACTED]

Apêndice C - Anamnese



Instituto Politécnico
de Castelo Branco
Escola Superior
de Educação

1 - Identificação da criança

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Género: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Local de Residência: _____

2 - Agregado familiar

Nome	Parentesco	Idade	Habilitações Literárias	Profissão

3- Habitação

Apartamento Moradia

Outro Qual? _____

A criança dispõe de quarto próprio? Sim Não

Se não, divide o quarto com quem? _____

4 - História clínica

Quando foram detetados os primeiros sinais de dificuldades? _____

Por quem? _____

Qual a idade da criança quando foi efetuado o diagnóstico? _____

Quem efetuou esse diagnóstico? _____

Quais os principais sintomas identificados? _____

Tem acompanhamento médico devido a essa dificuldade? Sim Não

Tem acompanhamento médico por outros motivos? Sim Não

Se *sim*, quais? _____

Toma medicação? Sim Não

Se *sim*, quais? Tranquilizantes Estimulantes

Sedativos Anticonvulsivos

Outros: _____

A criança já teve/tem:	Sim	Não
Alergias*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viroses Infantis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros: _____

* Se *sim*, a quê? _____

A criança já foi sujeita a algum(a):	Sim	Não
Internamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se *sim*, quais os motivos? _____

Tem restrições alimentares? / Segue alguma dieta? Sim Não

Se *sim*, quais? _____

Hora a que se deita: _____ Hora a que acorda: _____

Tipo de sono: Tranquilo Agitado

A criança,	Sim	Não
Tem pesadelos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É sonâmbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costuma acordar e levantar-se de noite frequentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem medo de dormir sozinha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chora quando está a dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - Dados sobre a gravidez

5.1 - Dados pré-natais

Idade dos pais, aquando da conceção: Mãe: _____ Pai: _____

Gravidez Planeada: Sim Não

Acompanhamento médico durante a gravidez: Sim Não

Durante a gravidez, houve registo de: Sim Não

Doenças

Consumo de fármacos

De hábitos prejudiciais

Complicações durante a gravidez: Sim Não

Se *sim*, quais: _____

Duração da gravidez (semanas): _____

5.2 - Dados peri-natais

Local do parto: _____

Duração do parto: _____

Tipo de parto: Normal Cesariana Fórceps Ventosa

Quem prestou assistência durante o parto: _____

Complicações durante o parto: Sim Não

Se *sim*, quais? _____

5.3 - Dados neo-natais

Peso: _____ Comprimento: _____

Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Complicações pós-parto: Sim Não

Se *sim*, quais? _____

Necessitou de incubadora após o parto? Sim Não

Se *sim*, qual o motivo? _____

E durante quanto tempo: _____

Alimentação nos primeiros meses: Leite materno Leite artificial

6 - Desenvolvimento da criança

Com que idade a criança se virou como resposta à sua voz? _____

Com que idade a criança começou a:

- segurar a cabeça? _____

- sorrir? _____

- gatinhar? _____

- sentar-se? _____

- andar sem apoio? _____

- dizer as primeiras palavras? _____

- comer sozinha? _____

- controlar os esfíncteres?

Urinário _____ (diurno _____ noturno _____)

Fecal _____ (diurno _____ noturno _____)

7 - Socialização

Gosta da companhia de: crianças jovens adultos

Evita a companhia de: crianças jovens adultos

Como se relaciona a criança com:

- Outras crianças: _____

- Adultos: _____

Assinale o(s) adjetivos que, na sua opinião, melhor descrevem a criança:

- | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Feliz | <input type="checkbox"/> | Triste | <input type="checkbox"/> | Agressiva | <input type="checkbox"/> | Tímida |
| <input type="checkbox"/> | Simpática | <input type="checkbox"/> | Distraída | <input type="checkbox"/> | Curiosa | <input type="checkbox"/> | Hiperativa |
| <input type="checkbox"/> | Quieta | <input type="checkbox"/> | Apática | <input type="checkbox"/> | Meiga | <input type="checkbox"/> | Sociável |

Outros: _____

Como reage às novidades ou alterações de rotinas? _____

Quais as atividades preferidas: _____

Frequentou Creche Sim Não N.º anos _____

Frequentou Jardim de Infância Sim Não

Se sim, quantos anos? _____

Como se adaptou à frequência da Creche/ Jardim de Infância? _____

E aos colegas? _____

E à educadora? _____

Há quanto tempo frequenta o Estabelecimento de Educação atual: _____

Como se adaptou à frequência da Escola? _____

E aos colegas? _____

E aos professores? _____

Tem/teve algum apoio educativo? Sim Não

Se *sim*, que tipo(s) de apoio, há quanto tempo recebe cada tipo de apoio e quantas vezes por semana recebe esse apoio:

	Há quanto tempo	Nº de vezes por semana
Intervenção Precoce	_____	_____
Docente de Educação Especial	_____	_____
Terapia da Fala	_____	_____
Terapia Ocupacional	_____	_____
Psicomotricidade	_____	_____
Fisioterapia	_____	_____
Psicologia	_____	_____

Outros: _____

Algum dos apoios é oferecido pelo Estabelecimento de Educação frequentado?

Sim Não

Se *sim*, qual/quais? _____

Apêndice D - Anamnese Preenchida



1- Identificação da criança

Data de Nascimento: 20/12/2011

Idade: 10 anos

Género: Masculino

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Castelo Branco

Local de Residência: ██████████

2- Agregado familiar

Nome	Parentesco	Idade	Habilitações Literárias	Profissão
F.	Mãe	45 anos	9º ano	██████████
A.	Criança	10 anos	4º ano	
F.	Irmão	8 anos	2º ano	

3- Habitação

Apartamento

Moradia

Outro Qual? _____

A criança dispõe de quarto próprio?

Sim

Não

Se não, divide o quarto com quem? Com o irmão.

4 - História clínica

Quando foram detetados os primeiros sinais de dificuldades? Aos 2 anos.

Por quem? Pela educadora de infância.

Qual a idade da criança quando foi efetuado o diagnóstico? Aos 3 anos.

Quem efetuou esse diagnóstico? Dr^a Guiomar (Coimbra)

Quais os principais sintomas identificados? Isolamento, ausência de comunicação verbal, brincadeiras repetitivas, falta de compreensão das emoções.

Tem acompanhamento médico devido a essa dificuldade? Sim Não

Tem acompanhamento médico por outros motivos? Sim Não

Se *sim*, quais? _____

Toma medicação? Sim Não

Se *sim*, quais? Tranquilizantes Estimulantes
 Sedativos Anticonvulsivos

Outros: Para alergia ao pólen.

A criança já teve/tem:	Sim	Não
Alergias*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Viroses Infantis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de visão	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Problemas de audição	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Outros: _____

* Se *sim*, a quê? Ao pólen.

A criança já foi sujeita a algum(a):	Sim	Não
Internamento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Se *sim*, quais os motivos? Devido às alergias.

Tem restrições alimentares? / Segue alguma dieta? Sim Não

Se *sim*, quais? _____

Hora a que se deita: 21.30

Hora a que acorda: 7.00

Tipo de sono: Tranquilo Agitado

A criança,	Sim	Não
Tem pesadelos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É sonâmbula?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Costuma acordar e levantar-se de noite frequentemente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tem medo de dormir sozinha?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Chora quando está a dormir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5- Dados sobre a gravidez

5.1- Dados pré-natais

Idade dos pais, aquando da conceção: Mãe: 35 anos

Pai: 24 anos

Gravidez Planeada: Sim NãoAcompanhamento médico durante a gravidez: Sim Não

Durante a gravidez, houve registo de: Sim Não

Doenças Consumo de fármacos De hábitos prejudiciais Complicações durante a gravidez: Sim Não

Se *sim*, quais: Diabetes gestacional, suspeita de rubéola (com resultado negativo até ao término da gravidez)

Duração da gravidez (semanas): 38

5.2- Dados peri-natais

Local do parto: Hospital XXXXXXXXXX

Duração do parto: 3 horas

Tipo de parto: Normal Cesariana Fórceps Ventosa

Quem prestou assistência durante o parto: A enfermeira parteira.

Complicações durante o parto: Sim Não

Se sim, quais? _____

5.3- Dados neo-natais

Peso: 3300 g

Comprimento: 49 cm

Apgar: 1º minuto: 9

5º minuto: 10

Complicações pós-parto: Sim Não

Se sim, quais? _____

Necessitou de incubadora após o parto? Sim Não

Se sim, qual o motivo? _____

E durante quanto tempo: _____

Alimentação nos primeiros meses: Leite materno Leite artificial

6 - Desenvolvimento da criança

Com que idade a criança se virou como resposta à sua voz? Não me recordo.

Com que idade a criança começou a:

- segurar a cabeça? Não me recordo.

- sorrir? 3 meses

- gatinhar? 9 meses

- sentar-se? 6 meses

- andar sem apoio? 1 ano e 2 meses

- dizer as primeiras palavras? 1 ano

- comer sozinha? Não me recordo.

- controlar os esfíncteres?

Urinário: 4 anos (diurno: 4 anos noturno: 4 anos)

Fecal: 4 anos (diurno: 4 anos noturno: 4 anos)

7 - Socialização

Gosta da companhia de: crianças jovens adultos

Evita a companhia de: crianças jovens adultos

Como se relaciona a criança com:

- Outras crianças: Depende da idade da criança. Gosta de interagir, mas assusta com o choro de crianças mais novas.

- Adultos: Relaciona-se bem, gosta de abraçar.

Assinale o(s) adjetivos que, na sua opinião, melhor descrevem a criança:

- | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Feliz | <input type="checkbox"/> | Triste | <input type="checkbox"/> | Agressiva | <input checked="" type="checkbox"/> | Tímida |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Simpática | <input checked="" type="checkbox"/> | Distraída | <input checked="" type="checkbox"/> | Curiosa | <input checked="" type="checkbox"/> | Hiperativa |
| <input type="checkbox"/> | Quieta | <input type="checkbox"/> | Apática | <input checked="" type="checkbox"/> | Meiga | <input checked="" type="checkbox"/> | Sociável |

Outros: _____

Como reage às novidades ou alterações de rotinas? Reage mal, gosta de manter as suas rotinas. Tem de ser avisado, com antecedência, de que irão ocorrer mudanças.

Quais as atividades preferidas: Ver televisão, estar em casa no sofá e jogar *Playstation*.

Frequentou Creche Sim Não N.º anos: 2 anos e meio

Frequentou Jardim de Sim Não
Infância

Se sim, quantos anos? 4 anos

Como se adaptou à frequência da Creche/ Jardim de Infância? Sem problemas.

E aos colegas? Bem, apenas gostava mais de estar sozinho.

E à educadora? Bem.

Há quanto tempo frequenta o Estabelecimento de Educação atual: Está há 4 anos no agrupamento mas é o primeiro ano nesta escola, embora já a conhecesse.

Como se adaptou à frequência da Escola? Sem problemas.

E aos colegas? Bem.

E aos professores? Bem.

Tem/teve algum apoio educativo? Sim Não

Se *sim*, que tipo(s) de apoio, há quanto tempo recebe cada tipo de apoio e quantas vezes por semana recebe esse apoio:

	Há quanto tempo	Nº de vezes por semana
Intervenção Precoce	Aos 3 anos	
Docente de Educação Especial	Desde os 3 anos	4 tempos letivos
Terapia da Fala	Desde os 3 anos	1º semanal/agora quinzenal
Terapia Ocupacional	Desde os 3 anos	1ª semanal/agora quinzenal
Psicomotricidade	_____	_____
Fisioterapia	Desde os 9 anos	semanal
Psicologia	Desde os 3 anos	1º anual/agora quinzenal

Outros: _____

Algum dos apoios é oferecido pelo Estabelecimento de Educação frequentado?

Sim Não

Se *sim*, qual/quais? Todos.

Apêndice E - Registo das Aulas de Yoga

Data	Prática	Observações
06/10/22	Diálogo sobre quem é o A (sujeito de estudo) e quem é a P (professora de Yoga) Conversa sobre Yoga Saudação ao Sol (<i>Surya Namaskar</i>) Relaxamento (com <i>Shanti</i> - carrilhão)	Primeiro contacto com o A . A aula decorreu, após o A me conhecer e conhecer o espaço. Esteve sempre preocupado se a mãe ia embora. Parámos várias vezes a aula, para espreitar à janela, ver se a mãe estava no carro. Acabámos por não realizar nenhuma <i>Asana</i> , exceto as da Saudação ao Sol. Realizei o relaxamento mais cedo, com o <i>Shanti</i> , para que o aluno pudesse ficar mais sossegado.
11/10/22	Aquecimento Saudação ao Sol Jogo do Espelho Relaxamento com <i>Shanti</i>	Logo no início referiu ter estado triste no dia anterior e ter enviado a tristeza embora como da outra vez. O relaxamento foi feito com o <i>Shanti</i> , pois o aluno pediu a "chuvinha" (som do <i>Shanti</i>).
18/10/22	Saudação ao Sol <i>Asanas</i> Árvore Guerreiro (<i>Virabhadrasana</i>) Pinça Relaxamento	Nota-se que o A tem muita falta de equilíbrio, sobretudo pelo facto de ter a mente fora do momento presente. Nota: aumentar posturas de equilíbrio.
25/10/22	Saudação ao Sol <i>Asanas</i> (Árvore) <i>Pranayamas</i> (Respiração da Abelha) Relaxamento	
02/11/22	Sem registo*	
08/11/22	<i>Chi Kung</i> (respiração e gestos para libertar e substituir emoções) Dramatização improvisada, através de fantoches de dedo, sobre a nossa Essência e sobre a Amizade Automassagem (rosto, braços, mãos, pernas e pés)	O A chegou zangado. Referiu não querer fazer <i>yoga</i> , não querer fazer nada. Não quis fazer posturas. Comecei com <i>Chi Kung</i> para libertar emoções. Estava muito resistente. Pedi ajuda aos Mestres e de repente o A transforma-se: olha para mim, encosta-se ao meu colo, pediu-me desculpa e disse que já queria fazer <i>yoga</i> . Não fizemos posturas. Só fantoches de dedo, com uma história criada por ele, orientada por mim, sobre sermos Pó de Estrelas e sobre a Amizade. A automassagem foi finalmente inserida na estrutura da aula. Realizámos a automassagem ensinada na linha da Ananda Marga, de forma simplificada (rosto, braços, mãos, pernas e pés). O A reagiu muito bem à automassagem. Saiu feliz. A mãe comentou que hoje tinha saído muito zangado da escola.
15/11/22	Saudação ao Sol <i>Asanas</i> (Árvore) <i>Pranayamas</i> (Respiração da Cobra) Automassagem Relaxamento	
22/11/22	Sem registo*	
29/11/22	Saudação ao Sol <i>Asanas</i> (Árvore) Automassagem Relaxamento	
06/12/22	Saudação ao Sol <i>Asanas</i> (Árvore) Relaxamento	
14/12/22	Sem registo*	
20/12/22	Sem registo*	
27/12/22	Relaxamento Jogo do Espelho <i>Asanas</i> Conversa	Queria fazer o jogo do espelho com ele, mas fizemos apenas o relaxamento em conjunto, trocando a ordem da aula, para perceber se um relaxamento inicial poderia ajudar.
03/01/22	Sem registo*	

10/01/23	Saudação ao Sol <i>Asanas</i> (Árvore) Automassagem Relaxamento	
17/01/23	Sem registo*	
24/01/23	Saudação ao Sol Jogo do Espelho com <i>Asanas</i> e imitações (comunicação não verbal) Automassagem Relaxamento	Hoje, o A chegou cheio de vontade de fazer a aula.
31/01/23	<i>Chi Kung</i> (respiração e gestos para libertar e substituir emoções) <i>Asanas</i> (Árvore) Automassagem Relaxamento	O A chegou muito zangado, por ter luvas novas, que a mãe lhe comprara. Queria as antigas. Com a conversa e uma Ametista, mudou de opinião e passou a aceitá-las muito bem.
08/02/23	<i>Asanas</i> (sentadas e deitadas) Flexões frontais e laterais Postura da Criança Diamante Nuvem (<i>Savasana</i>)	As <i>Asanas</i> realizadas foram de chão e disfarçadas de mimos ao corpo, pois ele não queria fazer posturas, mas aceitou mimar-se.
14/02/23	Sem registo*	
22/02/23	Sem registo*	
28/02/23	Sem registo*	
07/03/23	Saudação ao Sol (no Jogo da Imitação) Automassagem	O A não vinha motivado. Insisti em fazer o previsto, mesmo ele não querendo, o que resultou numa “birra”. Ao perceber que não resultava, passou a participar.
14/03/23	<i>Pranayama</i> para controle de emoções	O A chegou, manifestando não querer a aula, a atirar os sapatos para longe (em vez de os colocar no lugar), ... O exercício da respiração não resultou. Mantive silêncio e ele foi mudando e começando a falar nas crises de raiva que ele teve numa festa da escola. Conversámos sobre medos e acabou por sair muito bem-disposto.
22/03/23	<i>Asanas</i> <i>Asanas</i> de Equilíbrio Automassagem	Hoje alterei as <i>Asanas</i> de equilíbrio para o fim das posturas, para experimentarmos. Realmente resultou, ficando com mais equilíbrio após uma série de posturas. A um dado momento referiu que não queria estar na aula e começou a ser repetitivo. Deixei de mostrar atenção, ao que ele passou a dizer logo “Já quero estar aqui”. Tem-se verificado com muita frequência este tipo de atitude.
29/03/23	Cartas de yoga (<i>Yoga Pretzels</i>) Automassagem	Verifiquei que, as <i>Asanas</i> funcionam melhor, se o aluno as estiver a visualizar em cartões, antes de passarmos à prática.
05/04/23	Sem registo*	
11/04/23	Sem registo*	
18/04/23	Sem registo*	
25/04/23	Sem registo*	
03/05/23	Cartas de yoga (<i>Yoga Pretzels</i>) Automassagem	Escolhi algumas cartas de cada tipo de <i>Asana</i> (equilíbrio, força, flexão à frente, flexão atrás, flexão lateral, ...), deixando à escolha do A qual, de cada grupo, iríamos fazer.
09/05/23	Sem registo*	
17/05/23	Cartas de yoga (<i>Yoga Pretzels</i>) Jogo das Estátuas Automassagem	Escolhi algumas cartas de cada tipo de <i>Asana</i> , deixando à escolha do A qual, de cada grupo, iríamos fazer.
24/05/23	Recurso a cartas de yoga (<i>Yoga Pretzels</i>) Automassagem	Escolhi algumas cartas de cada tipo de <i>Asana</i> , deixando à escolha do A qual, de cada grupo, iríamos fazer.
31/05/23	Recurso a cartas de yoga (<i>Yoga Pretzels</i>)	Escolhi algumas cartas de cada tipo de <i>Asana</i> , deixando à escolha do A qual, de cada grupo, iríamos fazer.
07/06/23	Recurso a cartas de yoga (<i>Yoga Pretzels</i>) Automassagem	

14/06/23	Última aula A como o Instrutor de Yoga Relaxamento	Sendo a última aula, pedi ao A que me desse a mim a aula de yoga, no entanto, guiei eu o Relaxamento. Conversámos bastante.
----------	---	--

Observações Finais:

Durante estes meses, o **A** chegava quase sempre sem vontade de fazer a aula.

Com o tempo começou a repetir-se muito.

Se eu “ia muito na conversa dele” não havia resultados em termos de motivação, se “ignorava” as atitudes dele, ele rapidamente mudava de atitude, pedia desculpa e dedicava-se à aula.

As maiores dificuldades, em termos físicos, estão relacionadas com o equilíbrio (que revela também uma mente fora do Aqui e do Agora) e uma motricidade motora com algumas dificuldades.

Em termos energéticos as mudanças eram visíveis. Mudava o registo energético numa questão de minutos, para um registo mais positivo.

Em termos emocionais e mentais, sempre muito receio de que a mãe não estivesse lá fora à espera.

***Nota:** A professora de Yoga, teve um problema com o computador onde registava toda a informação relativa às aulas do sujeito de estudo, perdendo parte dessa informação, por essa razão se apresentam vários dias sem registo, tendo, no entanto, as aulas individuais decorrido semanalmente, de outubro de 2022 a junho de 2023.

Apêndice F - Guião da Entrevista com o Sujeito de Estudo

Temas/Blocos da Entrevista	Objetivos	Questões
I. Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado; • Garantir a confidencialidade. 	<p>a) Informar sobre o tema e os objetivos do trabalho a realizar;</p> <p>b) Solicitar a colaboração do entrevistado, assegurando, junto da mãe, o anonimato das informações recolhidas;</p> <p>c) Pedir autorização, junto da mãe, para gravar a entrevista.</p>
II. Opinião do entrevistado quanto à prática de Yoga	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber a opinião do entrevistado quanto à prática de Yoga; • Compreender as expetativas do entrevistado em relação à prática de Yoga; • Conhecer a opinião do entrevistado quanto à influência da prática de Yoga; • Entender se a prática de Yoga, levou a melhorias relativamente às dificuldades apresentadas pelo entrevistado; • Conhecer as expetativas do entrevistado quanto ao futuro. 	<p>d) O que pensaste quando te falaram em praticar Yoga?</p> <p>e) Quais as tuas expetativas antes de começares as aulas de Yoga?</p> <p>f) Como te sentiste durante as aulas de Yoga?</p> <p>g) Agora que terminaste as aulas de Yoga, consideras que foram úteis?</p> <p>h) Sentiste mudanças em ti, com as aulas de Yoga?</p> <p>i) Pensas que essas mudanças são positivas?</p> <p>j) Pensas continuar a praticar Yoga?</p>
III. Conclusão da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar gratidão ao entrevistado e à mãe, pela sua colaboração. 	<p>k) Agradecer a colaboração do entrevistado e da mãe em todo o processo.</p>

Apêndice G -Transcrição da Entrevista com o Sujeito de Estudo

a) O que pensaste quando te falaram em praticar Yoga?

- Ahhh, viajar... Comecei a fazer alongamentos na manhã seguinte, tipo assim... (Fez uma demonstração).

b) Quais as tuas expetativas antes de começares as aulas de Yoga?

Foi explicado o que significa expetativas, uma vez que mostrou não saber, foi mencionado que era o que esperava.

- Da professora.

Reformulando, foi perguntado se pensou que lhe faria algum efeito, respondendo que não sabia.

c) Como te sentiste durante as aulas de Yoga?

- Muito ótimas, senti-me muito feliz. (Dispersou com uma mosca.)

d) Agora que terminaste as aulas de Yoga, consideras que foram úteis?

- Acho que ajudaram com alguma coisa. Aprendi a brincar.

e) Sentiste mudanças em ti, com as aulas de Yoga?

- Sim.

Foi pedido um exemplo.

- Quando estou no sofá a relaxar e quando estou a jogar *Nintendo*.

f) Pensas que essas mudanças são positivas?

- Não.

g) Pensas continuar a praticar Yoga?

- Sim. Gostava de praticar com outros meninos, como o Tiago (filho da investigadora e colega de turma). Ele é meu amigo.

Anexos

Anexo A - CARS (Escala de Classificação de Autismo na Infância)

CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE (CARS)

Schopler,E; Reichler,RJ; Renner,BR

1 - Relacionamento inter-pessoal	
Pontos	Sintomas
1	Sem evidencia de dificuldade ou anormalidade: o comportamento da criança é apropriado para a idade. Alguma timidez, inquietação ou prejuízo pode ser observado, mas não a um nível diferente (atípico) quando comparado com outra de mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança evita olhar o adulto nos olhos; evita o adulto; demonstra dificuldade quando é forçado a tal; é extremamente tímido; não é tão sociável com um adulto quanto uma criança normal de mesma idade; fica agarrada aos familiares de forma mais intensa que outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança as vezes demonstra isolamento. Há necessidade de esforço persistente para obter sua atenção. Há um contato mínimo por iniciativa da criança (o contato pode ser impessoal).
3,5	
4	Grau severo: A criança é isolada realmente, não se dando conta do que o adulto está fazendo; nunca responde as iniciativas do adulto ou inicia contato. Somente as tentativas muito intensas para obter sua atenção tem algum efeito positivo.
2 - Imitação	
Pontos	sintomas
1	Apropriada: A criança imita sons, palavras e movimentos que são apropriados para seu nível de desenvolvimento.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança imita comportamentos simples como bater palmas ou palavras isoladas na maior parte do tempo. As vezes reproduz uma imitação atrasada (após tempo de latência)
2,5	
3	Grau moderado: A criança só imita as vezes e mesmo assim precisa de considerável persistência e auxílio do adulto. Frequentemente reproduz uma imitação atrasada.
3,5	
4	Grau severo: A criança raramente ou mesmo nunca imita sons, palavras, ou movimentos mesmo com auxílio de adultos ou após período de latência.
3 - Resposta emocional	
Pontos	sintomas
1	Resposta apropriada para a idade e situação: A resposta emocional (forma

	e quantidade) demonstra sintonia com a expressão facial, postura corporal e modos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança ocasionalmente demonstra alguma inadequação na forma e quantidade das reações emocionais. Às vezes as reações são não relacionadas a objetos ou acontecimentos do “entorno”.
2,5	
3	Grau moderado: Há presença definitiva de sinais inapropriados na forma e quantidade das respostas emocionais. As reações podem ser inibidas ou exageradas, mas também podem não estar relacionadas com a situação. A criança pode fazer caretas, rir ou ficar estática apesar de não estarem presentes fatos que possam estar causando tais reações.
3,5	
4	Grau severo: As respostas são raramente apropriadas as situações: quando há determinado tipo de humor é muito difícil modificá-lo mesmo que se mude a atividade. O contrário também é verdadeiro podendo haver enorme variedade de diferentes reações emocionais durante um curto espaço de tempo mesmo que não tenha sido acompanhado por nenhuma mudança no meio ambiente.

4 - Expressão corporal

Pontos	Sintomas
1	Apropriada: A criança se move com a mesma facilidade, agilidade e coordenação que outra da mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Algumas peculiaridades “menores” podem estar presentes como movimentos desajeitados, repetitivos, coordenação motora pobre, ou presença rara de movimentos não usuais descritos no próximo item.
2,5	
3	Grau moderado: Comportamentos que são claramente estranhos ou não usuais para outras crianças de mesma idade. Podem estar presente: peculiar postura de dedos e corpo, auto-agressão, balançar-se, rodar e contorcer-se, movimentos serpentiformes de dedos ou andar na ponta dos pés.
3,5	
4	Grau severo: Movimentos frequentes ou intensos (descritos acima) são sinais de comprometimento severo do uso do corpo. Estes comportamentos podem estar presentes apesar de um persistente trabalho de modificação comportamental assim como se manterem quando a criança está envolvida em atividades.

5 - Uso do objeto

Pontos	Sintomas
1	Uso e interesse apropriado: A criança demonstra interesse adequado em brinquedos e outros objetos relativos a seu nível de desenvolvimento. Há uso funcional dos brinquedos.

1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança apresenta menos interesse pelo brinquedo que a criança normal ou há um uso inapropriado para a idade (bater o brinquedo no chão ou colocá-lo na boca).
2,5	

3	Grau moderado: Há muito pouco interesse por brinquedos e objetos ou o uso é disfuncional. Pode haver um foco de interesse em uma parte insignificante do brinquedo, ficar fascinado com o reflexo de luz do objeto, ou eleger um excluindo todos os outros. Este comportamento pode ao menos ser parcialmente ou temporariamente modificável.
3,5	
4	Grau severo: A criança pode apresentar os sintomas descritos acima porém com uma intensidade e frequência maior. Há significativa dificuldade em distrair a criança quando está “ocupada” com estas atividades inadequadas e é extremamente difícil modificar o uso inadequado do uso dos objetos.

6 - Adaptação a mudanças

Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: Apesar da criança notar e comentar sobre as mudanças de rotina, há uma aceitação sem grandes distúrbios.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Quando o adulto tenta modificar algumas rotinas a criança continua com a mesma atividade ou no uso dos mesmos materiais, porém pode ficar facilmente “confusa” assim com aceitar a mudança. Ex: fica muito agitada quando é levada numa padaria diferente / o caminho para a escola é mudado, mas é acalmada facilmente.
2,5	
3	Grau moderado: Há resistência as mudanças da rotina. Há uma tentativa de persistir na atividade costumeira e é difícil acalmá-la; ficam raivosos ou tristes quando há modificação.
3,5	
4	Grau severo: Quando ocorrem mudanças a criança apresenta reações graves que são difíceis de serem eliminadas. Se são forçadas a modificarem a rotina podem ficar extremamente irritados/raivosos ou não cooperativos e talvez respondam com birras.

7 - Uso do olhar

Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: O uso do olhar é normal para a idade. A visão é usada junto com os outros sentidos como a audição e tato, como forma de explorar os objetos.
1,5	

2	Grau leve de anormalidade: A criança precisa ser lembrada de vez em quando para olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar para espelhos e luzes que outras crianças da mesma idade, ou ficar olhando para o espaço de forma vaga. Pode haver evitação do olhar.
2,5	
3	Grau moderado: A criança precisa ser lembrada a olhar o que está fazendo. Podem ficar olhando para o espaço de forma vaga; evitação do olhar; olhar para objetos de modo peculiar; colocar objetos muito próximos aos olhos apesar de não terem déficit visual.
3,5	
4	Grau severo: Há uma persistência recusa em olhar para pessoas ou certos objetos e podem apresentar outras peculiaridades no uso do olhar em graus extremos como os descritos acima.

8 - Uso da audição

Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: O uso da audição é normal para a idade. A audição é usada junto com os outros sentidos como a visão e tato.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver falta de resposta a certos sons, assim como uma hiper-reação. As vezes a reação é atrasada, as vezes é necessário a repetição de um determinado som para “ativar” a atenção da criança. A criança pode apresentar uma resposta catastrófica a sons estranhos a ela.
2,5	
3	Grau moderado: A resposta aos sons podem variar: ignorá-lo das primeiras vezes, ficar assustado com sons de seu cotidiano, tampar os ouvidos.
3,5	
4	Grau severo: Há uma sub ou hiper-reatividade aos sons, de uma forma extremada, independentemente do tipo do som.

9 - Uso do paladar, olfato e do tato

Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança explora novos objetos de acordo com a idade geralmente através dos sentidos. O paladar e olfato são usados apropriadamente quando o objeto é percebido como comível. Quando há dor resultante de batida, queda, ou pequenos machucados a criança expressa seu desconforto, porém sem uma reação desmedida.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança persiste no levar e manter objetos na boca, em discrepância de outras da mesma idade. Pode cheirar ou colocar na boca, de vez em quando, objetos não comestíveis. A criança pode ignorar ou reagir de forma exacerbada a um beliscão ou alguma dor leve que numa criança normal seria expressada de forma adequada (leve).

2,5	
3	Grau moderado: Pode haver um comportamento de grau moderado de tocar, cheirar, lambe objetos ou pessoas. Pode haver uma reação não usual a dor de grau moderado, assim como sub ou hiper-reação.
3,5	
4	Grau severo: Há um comportamento de cheirar, colocar na boca, ou pegar objetos - pela sensação em si - sem o objetivo de exploração do objeto. Pode haver uma completa falta de resposta a dor assim como uma hiper-reação a algo que é só levemente desconfortável.

10 - Medo e nervosismo

Pontos	Sintomas
1	Normal: O comportamento é apropriado a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: De vez em quando a criança demonstra medo e nervosismo que é levemente inapropriado (para mais ou menos) quando comparado a outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança apresenta um pouco mais ou um pouco menos de medo que uma criança normal mesmo quando comparado a outra de menor idade colocada em situação idêntica. Pode ser difícil entender o que está causando o comportamento de medo

apresentado, assim como é difícil confortá-la nessa situação.

3,5	
4	Grau severo: Há manutenção de medo mesmo após repetidas experiências de esperado bem-estar. Na consulta de avaliação a criança pode estar amedrontada sem razão aparente. É extremamente difícil acalmá-la. Pode também não apresentar medo/sentido de autoconservação a cachorros não conhecidos, a riscos da rua e trânsito, como outras que as da mesma idade evitam.

11 - Comunicação verbal

Pontos	Sintomas
1	Normal: A comunicação verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A fala apresenta um atraso global. A maior parte da fala é significativa, porém pode estar presente ecolalia ou inversão pronominal em idade onde já não é normal sua presença. Algumas palavras peculiares e jargões podem estar presentes ocasionalmente.
2,5	

3	Grau moderado: A fala pode estar ausente. Quando presente a comunicação verbal pode ser uma mistura de fala significativa + fala peculiar como jargões; comerciais de TV; jogo de futebol; reportagem sobre o tempo + ecolalia + inversão pronominal. Quando há fala significativa podem estar presentes um excessivo questionamento e preocupação com tópicos específicos.
3,5	
4	Grau severo: Não há fala significativa; há grunhidos, gritos, sons que lembram animais ou até sons mais complexos que se aproximam da fala humana. A criança pode mostrar persistente e bizarro uso de conhecimento de algumas palavras ou frases.

12 - Comunicação não-verbal

Pontos	Sintomas
1	Normal: A comunicação não-verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: O uso da comunicação não-verbal é imaturo, p.ex: a criança somente aponta/mostra sem precisão o que quer numa situação em que a criança normal de mesma idade aponta ou demonstra por gestos de forma mais significativa o que quer.
2,5	
3	Grau moderado: A criança é incapaz, geralmente, de expressar necessidades e desejos através de meios não-verbais, assim como é, geralmente, incapaz de compreender a comunicação não-verbal dos outros. Pegam na mão do adulto o levando ao objeto desejado, mas são incapazes de mostrar através de gestos o objeto desejado.
3,5	
4	Grau severo: Há somente uso de gestos bizarros e peculiares que não aparentam significado. Demonstram não terem conhecimento do significado de gestos ou expressões faciais de terceiros.

13 - Atividade

Pontos	Sintomas
1	Normal: A atividade é apropriada a situação e a idade da criança, quando comparada a outras.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver uma leve inquietação ou alguma lentidão de movimentos. O grau de atividade interfere somente de forma leve na performance da criança. Geralmente é possível encorajar a manter um nível adequado de atividade.
2,5	

3	Grau moderado: A criança pode ser inquieta e ter dificuldade de ficar quietar. Pode aparentar ter uma quantidade infinita de energia e não querer/ter vontade de dormir a noite. Pode também ser letárgica e exigir grande esforço para modificação deste comportamento. Podem não gostar de jogos que requeiram atividade física e assim “passar” por preguiçosos.
3,5	
4	Grau severo: Há demonstração de níveis de atividade em seus extremos: hiper ou hipo, podendo também passar de uma para outra. É difícil o manejo desta criança. Quando há hiper-atividade ela está presente em todos os níveis do cotidiano, sendo necessário quase que um constante acompanhamento por parte de um adulto. Se a criança é letárgica é muito difícil motivá-la a alguma atividade.

14 - Grau e consistência das respostas da inteligência

Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança é inteligente como uma criança normal de sua idade não havendo nenhuma habilidade não-usual ou problema.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança não é tão inteligente quanto uma criança de mesma idade e suas habilidades apresentam um atraso global em todas as áreas, de forma equitativa.
2,5	
3	Grau moderado: Em geral a criança não é tão inteligente quanto outra de mesma idade, entretanto há algumas áreas intelectivas que o funcionamento beira o normal.
3,5	
4	Grau severo: Mesmo em uma criança que geralmente não é tão inteligente quanto uma normal de mesma idade, pode haver um funcionamento até melhor em uma ou mais áreas. Podem estar presentes certas habilidades não-usuais como p.ex: talento para música, ou facilidade com números.

15 - Impressão geral

Pontos	Sintomas
1	Não há autismo: A criança não apresentou nenhum sintoma característico de autismo.
1,5	
2	Autismo de grau leve: A criança apresentou somente alguns poucos sintomas ou grau leve de autismo.
2,5	
3	Autismo de grau moderado: A criança apresentou um número de sintomas ou um moderado grau de autismo.
3,5	

4	Autismo de grau severo: A criança apresentou muitos sintomas ou um grau severo de autismo.
---	---

Pontuação

- A contagem total do teste será feita no final,
- Durante a coleta das informações deve-se ter em mente que o comportamento da criança deve ser balizado com outra (normal) de mesma idade. As “notas” variam de 1 a 4.
- A “nota” 1 significa que o comportamento está dentro dos limites da normalidade para outra criança de mesma idade.
- A “nota” 2 é “dada” para quando houver pequena anormalidade, quando comparada a outra criança de mesma idade.
- A 3 indica que a criança examinada apresenta um grau moderado de comprometimento no assunto pesquisado.
- A 4 é para aquela cujo comportamento é severamente anormal para a idade.
- Os meios pontos são para serem usados quando o comportamento situar-se entre os dois itens,

Resultado final:

- Normal: 15 – 29,5,
- Autismo leve/moderado: 30 – 36,5,
- Autismo grave: acima 37.

**Anexo B - SDQ (Questionário de capacidades e dificuldades) versão
Pais**

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queix a-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é recoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificulda des pequenas	Sim- dificulda des grandes	Sim- dificulda des muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 2005

Nota: Só se apresenta a versão pais, uma vez que a versão professores é semelhante, como se pode verificar no apêndice O.

**Anexo C - Documento de orientação para a cotação da escala SDQ
(Questionário de Capacidades e Dificuldades)**

Cotação do Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão de Pais / Professores

Os 25 itens que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 itens. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. Cada item tem três opções de resposta: *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item, tal como é apresentado em baixo, escala por escala. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 3 itens tenham sido respondidos.

<u>Escala de Sintomas Emocionais</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça ...	0	1	2
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	0	1	2
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	0	1	2
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a	0	1	2
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	0	1	2
<u>Escala de Problemas de Comportamento</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	0	1	2
Obedece com facilidade ...	2	1	0
Luta frequentemente com as outras crianças ...	0	1	2
Mente frequentemente ou engana	0	1	2
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	0	1	2
<u>Escala de Hiperactividade</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	0	1	2
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	0	1	2
Distrai-se com facilidade	0	1	2
Pensa nas coisas antes de as fazer	2	1	0
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	2	1	0
<u>Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tem tendência a isolar-se ...	0	1	2
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	2	1	0
Em geral as outras crianças gostam dele/a	2	1	0
As outras crianças metem-se com ele/a ...	0	1	2
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2
<u>Escala de Comportamento Pró-social</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	0	1	2
Partilha facilmente com as outras crianças	0	1	2
Gosta de ajudar se alguém está magoado	0	1	2
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	0	1	2
Sempre pronto/a a ajudar os outros	0	1	2

Pontuação Total de Dificuldades

É obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com excepção da escala pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (e não pode ser computado caso a pontuação de alguma das escalas, exceto a pró-social, esteja ausente).

Interpretação da Pontuação dos Sintomas e Definição de “Caso”

Os intervalos provisórios, apresentados em baixo, foram estabelecidos de tal forma que aproximadamente 80 % das crianças na comunidade são normais, 10% são limítrofes e 10% são anormais. Em estudos com amostras de **alto risco**, onde os falsos positivos não sejam a maior preocupação, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** ou **limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudos com amostras de **baixo risco**, onde é mais importante reduzir a taxa de falsos positivos, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

	Normal	Limítrofe	Anormal
Preenchido pelos Pais			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Preenchido pelo Professor

Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Pontuação e Interpretação do Impacto

Quando é usada a versão do SDQ que inclui o “Suplemento de Impacto”, os itens relativos ao sofrimento global e às dificuldades sociais podem ser somados para se obter a pontuação do impacto, que pode variar entre 0 e 10 na versão para pais e entre 0 e 6 na versão para professores.

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
Avaliação dos pais				
As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem em casa	0	0	1	2
Interferem com os amigos	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2
Interferem nas brincadeiras/tempos livres	0	0	1	2

Avaliação do professor

As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem nas relações com os colegas	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2

As respostas às questões sobre cronicidade e sobrecarga para os outros não são incluídas na cotação de impacto. Quando os entrevistados tiverem respondido “não” à primeira questão do suplemento de impacto (i.e. quando não se considerarem como tendo alguma dificuldade emocional ou de comportamento), não deverão responder às questões sobre sofrimento ou dificuldades e, nestas circunstâncias, a pontuação do impacto será automaticamente zero.

Uma pontuação total do impacto igual ou maior que 2 é anormal, uma pontuação de 1 é limítrofe e uma pontuação de 0 é normal.

Anexo D - CARS preenchida pela mãe no início do estudo

CARS (Escala de Classificação de Autismo na Infância)

CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE (CARS)

Schopler,E; Reichler,RJ; Renner,BR

1 - Relacionamento inter-pessoal	
Pontos	Sintomas
1	Sem evidência de dificuldade ou anormalidade: o comportamento da criança é apropriado para a idade. Alguma timidez, inquietação ou prejuízo pode ser observado, mas não a um nível diferente (atípico) quando comparado com outra de mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança evita olhar o adulto nos olhos; evita o adulto; demonstra dificuldade quando é forçado a tal; é extremamente tímido; não é tão sociável com um adulto quanto uma criança normal de mesma idade; fica agarrada aos familiares de forma mais intensa que outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança as vezes demonstra isolamento. Há necessidade de esforço persistente para obter sua atenção. Há um contato mínimo por iniciativa da criança (o contato pode ser impessoal).
3,5	
4	Grau severo: A criança é isolada realmente, não se dando conta do que o adulto está fazendo; nunca responde as iniciativas do adulto ou inicia contato. Somente as tentativas muito intensas para obter sua atenção tem algum efeito positivo.
2 - Imitação	
Pontos	sintomas
1	Apropriada: A criança imita sons, palavras e movimentos que são apropriados para seu nível de desenvolvimento.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança imita comportamentos simples como bater palmas ou palavras isoladas na maior parte do tempo. As vezes reproduz uma imitação atrasada (após tempo de latência)
2,5	
3	Grau moderado: A criança só imita as vezes e mesmo assim precisa de considerável persistência e auxílio do adulto. Frequentemente reproduz uma imitação atrasada.
3,5	
4	Grau severo: A criança raramente ou mesmo nunca imita sons, palavras, ou movimentos mesmo com auxílio de adultos ou após período de latência.
3 - Resposta emocional	
Pontos	sintomas
1	Resposta apropriada para a idade e situação: A resposta emocional (forma

	e quantidade) demonstra sintonia com a expressão facial, postura corporal e modos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança ocasionalmente demonstra alguma inadequação na forma e quantidade das reações emocionais. Às vezes as reações são não relacionadas a objetos ou acontecimentos do “entorno”.
2,5	
3	Grau moderado: Há presença definitiva de sinais inapropriados na forma e quantidade das respostas emocionais. As reações podem ser inibidas ou exageradas, mas também podem não estar relacionadas com a situação. A criança pode fazer caretas, rir ou ficar estática apesar de não estarem presentes fatos que possam estar causando tais reações.
3,5	
4	Grau severo: As respostas são raramente apropriadas as situações: quando há determinado tipo de humor é muito difícil modificá-lo mesmo que se mude a atividade. O contrário também é verdadeiro podendo haver enorme variedade de diferentes reações emocionais durante um curto espaço de tempo mesmo que não tenha sido acompanhado por nenhuma mudança no meio ambiente.
4 - Expressão corporal	
Pontos	Sintomas
1	Apropriada: A criança se move com a mesma facilidade, agilidade e coordenação que outra da mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Algumas peculiaridades “menores” podem estar presentes como movimentos desajeitados, repetitivos, coordenação motora pobre, ou presença rara de movimentos não usuais descritos no próximo item.
2,5	
3	Grau moderado: Comportamentos que são claramente estranhos ou não usuais para outras crianças de mesma idade. Podem estar presente: peculiar postura de dedos e corpo, auto-agressão, balançar-se, rodar e contorcer-se, movimentos serpentiformes de dedos ou andar na ponta dos pés.
3,5	
4	Grau severo: Movimentos frequentes ou intensos (descritos acima) são sinais de comprometimento severo do uso do corpo. Estes comportamentos podem estar presentes apesar de um persistente trabalho de modificação comportamental assim como se manterem quando a criança está envolvida em atividades.
5 - Uso do objeto	
Pontos	Sintomas
1	Uso e interesse apropriado: A criança demonstra interesse adequado em brinquedos e outros objetos relativos a seu nível de desenvolvimento. Há uso funcional dos brinquedos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança apresenta menos interesse pelo brinquedo que a criança normal ou há um uso inapropriado para a idade (bater o brinquedo no chão ou colocá-lo na boca).
2,5	

3	Grau moderado: Há muito pouco interesse por brinquedos e objetos ou o uso é disfuncional. Pode haver um foco de interesse em uma parte insignificante do brinquedo, ficar fascinado com o reflexo de luz do objeto, ou eleger um excluindo todos os outros. Este comportamento pode ao menos ser parcialmente ou temporariamente modificável.
3,5	
4	Grau severo: A criança pode apresentar os sintomas descritos acima porém com uma intensidade e frequência maior. Há significativa dificuldade em distrair a criança quando está "ocupada" com estas atividades inadequadas e é extremamente difícil modificar o uso inadequado do uso dos objetos.
6 - Adaptação a mudanças	
Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: Apesar da criança notar e comentar sobre as mudanças de rotina, há uma aceitação sem grandes distúrbios.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Quando o adulto tenta modificar algumas rotinas a criança continua com a mesma atividade ou no uso dos mesmos materiais, porém pode ficar facilmente "confusa" assim com aceitar a mudança. Ex: fica muito agitada quando é levada numa padaria diferente / o caminho para a escola é mudado, mas é acalmada facilmente.
2,5	
3	Grau moderado: Há resistência as mudanças da rotina. Há uma tentativa de persistir na atividade costumeira e é difícil acalmá-la; ficam raivosos ou tristes quando há modificação.
3,5	
4	Grau severo: Quando ocorrem mudanças a criança apresenta reações graves que são difíceis de serem eliminadas. Se são forçadas a modificarem a rotina podem ficar extremamente irritados/raivosos ou não cooperativos e talvez respondam com birras.
7 - Uso do olhar	
Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: O uso do olhar é normal para a idade. A visão é usada junto com os outros sentidos como a audição e tato, como forma de explorar os objetos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança precisa ser lembrada de vez em quando para olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar para espelhos e luzes que outras crianças da mesma idade, ou ficar olhando para o espaço de forma vaga. Pode haver evitação do olhar.
2,5	
3	Grau moderado: A criança precisa ser lembrada a olhar o que está fazendo. Podem ficar olhando para o espaço de forma vaga; evitação do olhar; olhar para objetos de modo peculiar; colocar objetos muito próximos aos olhos apesar de não terem déficit visual.
3,5	
4	Grau severo: Há uma persistência recusa em olhar para pessoas ou certos objetos e podem apresentar outras peculiaridades no uso do olhar em graus extremos como os descritos acima.
8 - Uso da audição	

Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: O uso da audição é normal para a idade. A audição é usada junto com os outros sentidos como a visão e tato.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver falta de resposta a certos sons, assim como uma hiper-reação. As vezes a reação é atrasada, as vezes é necessário a repetição de um determinado som para "ativar" a atenção da criança. A criança pode apresentar uma resposta catastrófica a sons estranhos a ela.
2,5	
3	Grau moderado: A resposta aos sons podem variar: ignorá-lo das primeiras vezes, ficar assustado com sons de seu cotidiano, tampar os ouvidos.
3,5	
4	Grau severo: Há uma sub ou hiper-reatividade aos sons, de uma forma extremada, independentemente do tipo do som.
9 - Uso do paladar, olfato e do tato	
Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança explora novos objetos de acordo com a idade geralmente através dos sentidos. O paladar e olfato são usados apropriadamente quando o objeto é percebido como comível. Quando há dor resultante de batida, queda, ou pequenos machucados a criança expressa seu desconforto, porém sem uma reação desmedida.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança persiste no levar e manter objetos na boca, em discrepância de outras da mesma idade. Pode cheirar ou colocar na boca, de vez em quando, objetos não comestíveis. A criança pode ignorar ou reagir de forma exacerbada a um beliscão ou alguma dor leve que numa criança normal seria expressada de forma adequada (leve).
2,5	
3	Grau moderado: Pode haver um comportamento de grau moderado de tocar, cheirar, lamber objetos ou pessoas. Pode haver uma reação não usual a dor de grau moderado, assim como sub ou hiper-reação.
3,5	
4	Grau severo: Há um comportamento de cheirar, colocar na boca, ou pegar objetos - pela sensação em si - sem o objetivo de exploração do objeto. Pode haver uma completa falta de resposta a dor assim como uma hiper-reação a algo que é só levemente desconfortável.
10 - Medo e nervosismo	
Pontos	Sintomas
1	Normal: O comportamento é apropriado a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: De vez em quando a criança demonstra medo e nervosismo que é levemente inapropriado (para mais ou menos) quando comparado a outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança apresenta um pouco mais ou um pouco menos de medo que uma criança normal mesmo quando comparado a outra de menor idade colocada em situação idêntica. Pode ser difícil entender o que está causando o comportamento de medo

	apresentado, assim como é difícil confortá-la nessa situação.
3,5	
4	Grau severo: Há manutenção de medo mesmo após repetidas experiências de esperado bem-estar. Na consulta de avaliação a criança pode estar amedrontada sem razão aparente. É extremamente difícil acalmá-la. Pode também não apresentar medo/sentido de auto-conservação a cachorros não conhecidos, a riscos da rua e trânsito, como outras que as da mesma idade evitam.

11 - Comunicação verbal

Pontos	Sintomas
1	Normal: A comunicação verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A fala apresenta um atraso global. A maior parte da fala é significativa, porém pode estar presente ecolalia ou inversão pronominal em idade onde já não é normal sua presença. Algumas palavras peculiares e jargões podem estar presentes ocasionalmente.
2,5	
3	Grau moderado: A fala pode estar ausente. Quando presente a comunicação verbal pode ser uma mistura de fala significativa + fala peculiar como jargões; comerciais de TV; jogo de futebol; reportagem sobre o tempo + ecolalia + inversão pronominal. Quando há fala significativa podem estar presentes um excessivo questionamento e preocupação com tópicos específicos.
3,5	
4	Grau severo: Não há fala significativa; há grunhidos, gritos, sons que lembram animais ou até sons mais complexos que se aproximam da fala humana. A criança pode mostrar persistente e bizarro uso de conhecimento de algumas palavras ou frases.

12 - Comunicação não-verbal

Pontos	Sintomas
1	Normal: A comunicação não-verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: O uso da comunicação não-verbal é imaturo, p.ex: a criança somente aponta/mostra sem precisão o que quer numa situação em que a criança normal de mesma idade aponta ou demonstra por gestos de forma mais significativa o que quer.
2,5	
3	Grau moderado: A criança é incapaz, geralmente, de expressar necessidades e desejos através de meios não-verbais, assim como é, geralmente, incapaz de compreender a comunicação não-verbal dos outros. Pegam na mão do adulto o levando ao objeto desejado, mas são incapazes de mostrar através de gestos o objeto desejado.
3,5	
4	Grau severo: Há somente uso de gestos bizarros e peculiares que não aparentam significado. Demonstrem não terem conhecimento do significado de gestos ou expressões faciais de terceiros.

13 - Atividade

Pontos	Sintomas
--------	----------

1	Normal: A atividade é apropriada a situação e a idade da criança, quando comparada a outras.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver uma leve inquietação ou alguma lentidão de movimentos. O grau de atividade interfere somente de forma leve na performance da criança. Geralmente é possível encorajar a manter um nível adequado de atividade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança pode ser inquieta e ter dificuldade de ficar quieta. Pode aparentar ter uma quantidade infinita de energia e não querer/ter vontade de dormir a noite. Pode também ser letárgica e exigir grande esforço para modificação deste comportamento. Podem não gostar de jogos que requeiram atividade física e assim "passar" por preguiçosos.
3,5	
4	Grau severo: Há demonstração de níveis de atividade em seus extremos: hiper ou hipo, podendo também passar de uma para outra. É difícil o manejo desta criança. Quando há hiper-atividade ela está presente em todos os níveis do cotidiano, sendo necessário quase que um constante acompanhamento por parte de um adulto. Se a criança é letárgica é muito difícil motivá-la a alguma atividade.
14 - Grau e consistência das respostas da inteligência	
Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança é inteligente como uma criança normal de sua idade não havendo nenhuma habilidade não-usual ou problema.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança não é tão inteligente quanto uma criança de mesma idade e suas habilidades apresentam um atraso global em todas as áreas, de forma equitativa.
2,5	
3	Grau moderado: Em geral a criança não é tão inteligente quanto outra de mesma idade, entretanto há algumas áreas intelectivas que o funcionamento beira o normal.
3,5	
4	Grau severo: Mesmo em uma criança que geralmente não é tão inteligente quanto uma normal de mesma idade, pode haver um funcionamento até melhor em uma ou mais áreas. Podem estar presentes certas habilidades não-usuais como p.ex: talento para música, ou facilidade com números.
15 - Impressão geral	
Pontos	Sintomas
1	Não há autismo: A criança não apresentou nenhum sintoma característico de autismo.
1,5	
2	Autismo de grau leve: A criança apresentou somente alguns poucos sintomas ou grau leve de autismo.
2,5	
3	Autismo de grau moderado: A criança apresentou um número de sintomas ou um moderado grau de autismo.

3,5	
4	Autismo de grau severo: A criança apresentou muitos sintomas ou um grau severo de autismo.

Pontuação

- A contagem total do teste será feita no final,
- Durante a coleta das informações deve-se ter em mente que o comportamento da criança deve ser balizado com outra (normal) de mesma idade.
- As “notas” variam de 1 a 4.
- A “nota” 1 significa que o comportamento está dentro dos limites da normalidade para outra criança de mesma idade.
- A “nota” 2 é “dada” para quando houver pequena anormalidade, quando comparada a outra criança de mesma idade.
- A 3 indica que a criança examinada apresenta um grau moderado de comprometimento no assunto pesquisado.
- A 4 é para aquela cujo comportamento é severamente anormal para a idade.
- Os meios pontos são para serem usados quando o comportamento situar-se entre os dois itens,

Resultado final:

- Normal: 15 – 29,5,
- Autismo leve/moderado: 30 – 36,5,
- Autismo grave: acima 37.

Sara



16/11/22

Anexo E - CARS preenchida pela mãe no final do estudo

	e quantidade) demonstra sintonia com a expressão facial, postura corporal e modos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança ocasionalmente demonstra alguma inadequação na forma e quantidade das reações emocionais. Às vezes as reações são não relacionadas a objetos ou acontecimentos do "entorno".
2,5	
3	Grau moderado: Há presença definitiva de sinais inapropriados na forma e quantidade das respostas emocionais. As reações podem ser inibidas ou exageradas, mas também podem não estar relacionadas com a situação. A criança pode fazer caretas, rir ou ficar estática apesar de não estarem presentes fatos que possam estar causando tais reações.
3,5	
4	Grau severo: As respostas são raramente apropriadas as situações: quando há determinado tipo de humor é muito difícil modificá-lo mesmo que se mude a atividade. O contrário também é verdadeiro podendo haver enorme variedade de diferentes reações emocionais durante um curto espaço de tempo mesmo que não tenha sido acompanhado por nenhuma mudança no meio ambiente.
4 - Expressão corporal	
Pontos	Sintomas
1	Apropriada: A criança se move com a mesma facilidade, agilidade e coordenação que outra da mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Algumas peculiaridades "menores" podem estar presentes como movimentos desajeitados, repetitivos, coordenação motora pobre, ou presença rara de movimentos não usuais descritos no próximo item.
2,5	
3	Grau moderado: Comportamentos que são claramente estranhos ou não usuais para outras crianças de mesma idade. Podem estar presente: peculiar postura de dedos e corpo, auto-agressão, balançar-se, rodar e contorcer-se, movimentos serpentiniformes de dedos ou andar na ponta dos pés.
3,5	
4	Grau severo: Movimentos frequentes ou intensos (descritos acima) são sinais de comprometimento severo do uso do corpo. Estes comportamentos podem estar presentes apesar de um persistente trabalho de modificação comportamental assim como se manterem quando a criança está envolvida em atividades.
5 - Uso do objeto	
Pontos	Sintomas
1	Uso e interesse apropriado: A criança demonstra interesse adequado em brinquedos e outros objetos relativos a seu nível de desenvolvimento. Há uso funcional dos brinquedos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança apresenta menos interesse pelo brinquedo que a criança normal ou há um uso inapropriado para a idade (bater o brinquedo no chão ou colocá-lo na boca).
2,5	

Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: O uso da audição é normal para a idade. A audição é usada junto com os outros sentidos como a visão e tato.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver falta de resposta a certos sons, assim como uma hiper-reação. As vezes a reação é atrasada, as vezes é necessário a repetição de um determinado som para "ativar" a atenção da criança. A criança pode apresentar uma resposta catastrófica a sons estranhos a ela.
2,5	
3	Grau moderado: A resposta aos sons podem variar: ignorá-lo das primeiras vezes, ficar assustado com sons de seu cotidiano, tampar os ouvidos.
3,5	
4	Grau severo: Há uma sub ou hiper-reatividade aos sons, de uma forma extremada, independentemente do tipo do som.

9 - Uso do paladar, olfato e do tato

Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança explora novos objetos de acordo com a idade geralmente através dos sentidos. O paladar e olfato são usados apropriadamente quando o objeto é percebido como comível. Quando há dor resultante de batida, queda, ou pequenos machucados a criança expressa seu desconforto, porém sem uma reação desmedida.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança persiste no levar e manter objetos na boca, em discrepância de outras da mesma idade. Pode cheirar ou colocar na boca, de vez em quando, objetos não comestíveis. A criança pode ignorar ou reagir de forma exacerbada a um beliscão ou alguma dor leve que numa criança normal seria expressada de forma adequada (leve).
2,5	
3	Grau moderado: Pode haver um comportamento de grau moderado de tocar, cheirar, lamber objetos ou pessoas. Pode haver uma reação não usual a dor de grau moderado, assim como sub ou hiper-reação.
3,5	
4	Grau severo: Há um comportamento de cheirar, colocar na boca, ou pegar objetos - pela sensação em si - sem o objetivo de exploração do objeto. Pode haver uma completa falta de resposta a dor assim como uma hiper-reação a algo que é só levemente desconfortável.

10 - Medo e nervosismo

Pontos	Sintomas
1	Normal: O comportamento é apropriado a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: De vez em quando a criança demonstra medo e nervosismo que é levemente inapropriado (para mais ou menos) quando comparado a outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança apresenta um pouco mais ou um pouco menos de medo que uma criança normal mesmo quando comparado a outra de menor idade colocada em situação idêntica. Pode ser difícil entender o que está causando o comportamento de medo

3	Grau moderado: Há muito pouco interesse por brinquedos e objetos ou o uso é disfuncional. Pode haver um foco de interesse em uma parte insignificante do brinquedo, ficar fascinado com o reflexo de luz do objeto, ou eleger um excluindo todos os outros. Este comportamento pode ao menos ser parcialmente ou temporariamente modificável.
3,5	
4	Grau severo: A criança pode apresentar os sintomas descritos acima porém com uma intensidade e frequência maior. Há significativa dificuldade em distrair a criança quando está "ocupada" com estas atividades inadequadas e é extremamente difícil modificar o uso inadequado do uso dos objetos.
6 - Adaptação a mudanças	
Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: Apesar da criança notar e comentar sobre as mudanças de rotina, há uma aceitação sem grandes distúrbios.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Quando o adulto tenta modificar algumas rotinas a criança continua com a mesma atividade ou no uso dos mesmos materiais, porém pode ficar facilmente "confusa" assim com aceitar a mudança. Ex: fica muito agitada quando é levada numa padaria diferente / o caminho para a escola é mudado, mas é acalmada facilmente.
2,5	
3	Grau moderado: Há resistência as mudanças da rotina. Há uma tentativa de persistir na atividade costumeira e é difícil acalmá-la; ficam raivosos ou tristes quando há modificação.
3,5	
4	Grau severo: Quando ocorrerem mudanças a criança apresenta reações graves que são difíceis de serem eliminadas. Se são forçadas a modificarem a rotina podem ficar extremamente irritados/raivosos ou não cooperativos e talvez respondam com birras.
7 - Uso do olhar	
Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: O uso do olhar é normal para a idade. A visão é usada junto com os outros sentidos como a audição e tato, como forma de explorar os objetos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança precisa ser lembrada de vez em quando para olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar para espelhos e luzes que outras crianças da mesma idade, ou ficar olhando para o espaço de forma vaga. Pode haver evitação do olhar.
2,5	
3	Grau moderado: A criança precisa ser lembrada a olhar o que está fazendo. Podem ficar olhando para o espaço de forma vaga; evitação do olhar; olhar para objetos de modo peculiar; colocar objetos muito próximos aos olhos apesar de não terem déficit visual.
3,5	
4	Grau severo: Há uma persistência recusa em olhar para pessoas ou certos objetos e podem apresentar outras peculiaridades no uso do olhar em graus extremos como os descritos acima.
8 - Uso da audição	

1	Normal: A atividade é apropriada a situação e a idade da criança, quando comparada a outras.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver uma leve inquietação ou alguma lentidão de movimentos. O grau de atividade interfere somente de forma leve na performance da criança. Geralmente é possível encorajar a manter um nível adequado de atividade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança pode ser inquieta e ter dificuldade de ficar quieta. Pode aparentar ter uma quantidade infinita de energia e não querer/ter vontade de dormir a noite. Pode também ser letárgica e exigir grande esforço para modificação deste comportamento. Podem não gostar de jogos que requeiram atividade física e assim "passar" por preguiçosos.
3,5	
4	Grau severo: Há demonstração de níveis de atividade em seus extremos: hiper ou hipo, podendo também passar de uma para outra. É difícil o manejo desta criança. Quando há hiper-atividade ela está presente em todos os níveis do cotidiano, sendo necessário quase que um constante acompanhamento por parte de um adulto. Se a criança é letárgica é muito difícil motivá-la a alguma atividade.
14 - Grau e consistência das respostas da inteligência	
Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança é inteligente como uma criança normal de sua idade não havendo nenhuma habilidade não-usual ou problema.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança não é tão inteligente quanto uma criança de mesma idade e suas habilidades apresentam um atraso global em todas as áreas, de forma equitativa.
2,5	
3	Grau moderado: Em geral a criança não é tão inteligente quanto outra de mesma idade, entretanto há algumas áreas intelectivas que o funcionamento beira o normal.
3,5	
4	Grau severo: Mesmo em uma criança que geralmente não é tão inteligente quanto uma normal de mesma idade, pode haver um funcionamento até melhor em uma ou mais áreas. Podem estar presentes certas habilidades não-usuais como p.ex: talento para música, ou facilidade com números.
15 - Impressão geral	
Pontos	Sintomas
1	Não há autismo: A criança não apresentou nenhum sintoma característico de autismo.
1,5	
2	Autismo de grau leve: A criança apresentou somente alguns poucos sintomas ou grau leve de autismo.
2,5	
3	Autismo de grau moderado: A criança apresentou um número de sintomas ou um moderado grau de autismo.

	apresentado, assim como é difícil confortá-la nessa situação.
3,5	
4	Grau severo: Há manutenção de medo mesmo após repetidas experiências de esperado bem-estar. Na consulta de avaliação a criança pode estar amedrontada sem razão aparente. É extremamente difícil acalmá-la. Pode também não apresentar medo/sentido de auto-conservação a cachorros não conhecidos, a riscos da rua e trânsito, como outras que as da mesma idade evitam.

11 - Comunicação verbal

Pontos	Sintomas
① 1,5	Normal: A comunicação verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
2 2,5	Grau leve de anormalidade: A fala apresenta um atraso global. A maior parte da fala é significativa, porém pode estar presente ecolalia ou inversão pronominal em idade onde já não é normal sua presença. Algumas palavras peculiares e jargões podem estar presentes ocasionalmente.
3 3,5	Grau moderado: A fala pode estar ausente. Quando presente a comunicação verbal pode ser uma mistura de fala significativa + fala peculiar como jargões; comerciais de TV; jogo de futebol; reportagem sobre o tempo + ecolalia + inversão pronominal. Quando há fala significativa podem estar presentes um excessivo questionamento e preocupação com tópicos específicos.
4	Grau severo: Não há fala significativa; há grunhidos, gritos, sons que lembram animais ou até sons mais complexos que se aproximam da fala humana. A criança pode mostrar persistente e bizarro uso de conhecimento de algumas palavras ou frases.

12 - Comunicação não-verbal

Pontos	Sintomas
① 1,5	Normal: A comunicação não-verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
2 2,5	Grau leve de anormalidade: O uso da comunicação não-verbal é imaturo, p.ex: a criança somente aponta/mostra sem precisão o que quer numa situação em que a criança normal de mesma idade aponta ou demonstra por gestos de forma mais significativa o que quer.
3 3,5	Grau moderado: A criança é incapaz, geralmente, de expressar necessidades e desejos através de meios não-verbais, assim como é, geralmente, incapaz de compreender a comunicação não-verbal dos outros. Pegam na mão do adulto o levando ao objeto desejado, mas são incapazes de mostrar através de gestos o objeto desejado.
4	Grau severo: Há somente uso de gestos bizarros e peculiares que não aparentam significado. Demonstrem não terem conhecimento do significado de gestos ou expressões faciais de terceiros.

13 - Atividade

Pontos	Sintomas
--------	----------

3,5	
4	Autismo de grau severo: A criança apresentou muitos sintomas ou um grau severo de autismo.

Pontuação

- A contagem total do teste será feita no final,
- Durante a coleta das informações deve-se ter em mente que o comportamento da criança deve ser balizado com outra (normal) de mesma idade.
- As “notas” variam de 1 a 4.
- A “nota” 1 significa que o comportamento está dentro dos limites da normalidade para outra criança de mesma idade.
- A “nota” 2 é “dada” para quando houver pequena anormalidade, quando comparada a outra criança de mesma idade.
- A 3 indica que a criança examinada apresenta um grau moderado de comprometimento no assunto pesquisado.
- A 4 é para aquela cujo comportamento é severamente anormal para a idade.
- Os meios pontos são para serem usados quando o comportamento situar-se entre os dois itens,

Resultado final:

- Normal: 15 – 29,5,
- Autismo leve/moderado: 30 – 36,5,
- Autismo grave: acima 37.

Taria

28/6/23

Anexo F - CARS preenchida pelo professor no início do estudo

4

CARS (Escala de Classificação de Autismo na Infância)

CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE (CARS)

Schopler,E; Reichler,RJ; Renner,BR

1 - Relacionamento inter-pessoal	
Pontos	Sintomas
1	Sem evidencia de dificuldade ou anormalidade: o comportamento da criança é apropriado para a idade. Alguma timidez, inquietação ou prejuízo pode ser observado, mas não a um nível diferente (atípico) quando comparado com outra de mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança evita olhar o adulto nos olhos; evita o adulto; demonstra dificuldade quando é forçado a tal; é extremamente tímido; não é tão sociável com um adulto quanto uma criança normal de mesma idade; fica agarrada aos familiares de forma mais intensa que outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança as vezes demonstra isolamento. Há necessidade de esforço persistente para obter sua atenção. Há um contato mínimo por iniciativa da criança (o contato pode ser impessoal).
3,5	
4	Grau severo: A criança é isolada realmente, não se dando conta do que o adulto está fazendo; nunca responde as iniciativas do adulto ou inicia contato. Somente as tentativas muito intensas para obter sua atenção tem algum efeito positivo.
2 - Imitação	
Pontos	- sintomas
1	Apropriada: A criança imita sons, palavras e movimentos que são apropriados para seu nível de desenvolvimento.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança imita comportamentos simples como bater palmas ou palavras isoladas na maior parte do tempo. As vezes reproduz uma imitação atrasada (após tempo de latência)
2,5	
3	Grau moderado: A criança só imita as vezes e mesmo assim precisa de considerável persistência e auxílio do adulto. Frequentemente reproduz uma imitação atrasada.
3,5	
4	Grau severo: A criança raramente ou mesmo nunca imita sons, palavras, ou movimentos mesmo com auxílio de adultos ou após período de latência.
3 - Resposta emocional	
Pontos	sintomas
1	Resposta apropriada para a idade e situação: A resposta emocional (forma

4

	e quantidade) demonstra sintonia com a expressão facial, postura corporal e modos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança ocasionalmente demonstra alguma inadequação na forma e quantidade das reações emocionais. Às vezes as reações são não relacionadas a objetos ou acontecimentos do "entorno".
2,5	
3	Grau moderado: Há presença definitiva de sinais inapropriados na forma e quantidade das respostas emocionais. As reações podem ser inibidas ou exageradas, mas também podem não estar relacionadas com a situação. A criança pode fazer caretas, rir ou ficar estática apesar de não estarem presentes fatos que possam estar causando tais reações.
3,5	
4	Grau severo: As respostas são raramente apropriadas as situações: quando há determinado tipo de humor é muito difícil modificá-lo mesmo que se mude a atividade. O contrário também é verdadeiro podendo haver enorme variedade de diferentes reações emocionais durante um curto espaço de tempo mesmo que não tenha sido acompanhado por nenhuma mudança no meio ambiente.
4 - Expressão corporal	
Pontos	Sintomas
1	Apropriada: A criança se move com a mesma facilidade, agilidade e coordenação que outra da mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Algumas peculiaridades "menores" podem estar presentes como movimentos desajeitados, repetitivos, coordenação motora pobre, ou presença rara de movimentos não usuais descritos no próximo item.
2,5	
3	Grau moderado: Comportamentos que são claramente estranhos ou não usuais para outras crianças de mesma idade. Podem estar presente: peculiar postura de dedos e corpo, auto-agressão, balançar-se, rodar e contorcer-se, movimentos serpentiformes de dedos ou andar na ponta dos pés.
3,5	
4	Grau severo: Movimentos frequentes ou intensos (descritos acima) são sinais de comprometimento severo do uso do corpo. Estes comportamentos podem estar presentes apesar de um persistente trabalho de modificação comportamental assim como se manterem quando a criança está envolvida em atividades.
5 - Uso do objeto	
Pontos	Sintomas
1	Uso e interesse apropriado: A criança demonstra interesse adequado em brinquedos e outros objetos relativos a seu nível de desenvolvimento. Há uso funcional dos brinquedos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança apresenta menos interesse pelo brinquedo que a criança normal ou há um uso inapropriado para a idade (bater o brinquedo no chão ou colocá-lo na boca).
2,5	

3

3	Grau moderado: Há muito pouco interesse por brinquedos e objetos ou o uso é disfuncional. Pode haver um foco de interesse em uma parte insignificante do brinquedo, ficar fascinado com o reflexo de luz do objeto, ou eleger um excluindo todos os outros. Este comportamento pode ao menos ser parcialmente ou temporariamente modificável.
3,5	
4	Grau severo: A criança pode apresentar os sintomas descritos acima porém com uma intensidade e frequência maior. Há significativa dificuldade em distrair a criança quando está "ocupada" com estas atividades inadequadas e é extremamente difícil modificar o uso inadequado do uso dos objetos.
6 - Adaptação a mudanças	
Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: Apesar da criança notar e comentar sobre as mudanças de rotina, há uma aceitação sem grandes distúrbios.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Quando o adulto tenta modificar algumas rotinas a criança continua com a mesma atividade ou no uso dos mesmos materiais, porém pode ficar facilmente "confusa" assim com aceitar a mudança. Ex: fica muito agitada quando é levada numa padaria diferente / o caminho para a escola é mudado, mas é acalmada facilmente.
2,5	
3	Grau moderado: Há resistência as mudanças da rotina. Há uma tentativa de persistir na atividade costumeira e é difícil acalmá-la; ficam raivosos ou tristes quando há modificação.
3,5	
4	Grau severo: Quando ocorrem mudanças a criança apresenta reações graves que são difíceis de serem eliminadas. Se são forçadas a modificarem a rotina podem ficar extremamente irritados/raivosos ou não cooperativos e talvez respondam com birras.
7 - Uso do olhar	
Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: O uso do olhar é normal para a idade. A visão é usada junto com os outros sentidos como a audição e tato, como forma de explorar os objetos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança precisa ser lembrada de vez em quando para olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar para espelhos e luzes que outras crianças da mesma idade, ou ficar olhando para o espaço de forma vaga. Pode haver evitação do olhar.
2,5	
3	Grau moderado: A criança precisa ser lembrada a olhar o que está fazendo. Podem ficar olhando para o espaço de forma vaga; evitação do olhar; olhar para objetos de modo peculiar; colocar objetos muito próximos aos olhos apesar de não terem déficit visual.
3,5	
4	Grau severo: Há uma persistência recusa em olhar para pessoas ou certos objetos e podem apresentar outras peculiaridades no uso do olhar em graus extremos como os descritos acima.
8 - Uso da audição	



Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: O uso da audição é normal para a idade. A audição é usada junto com os outros sentidos como a visão e tato.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver falta de resposta a certos sons, assim como uma hiper-reação. As vezes a reação é atrasada, as vezes é necessário a repetição de um determinado som para "ativar" a atenção da criança. A criança pode apresentar uma resposta catastrófica a sons estranhos a ela.
2,5	
3	Grau moderado: A resposta aos sons podem variar: ignorá-lo das primeiras vezes, ficar assustado com sons de seu cotidiano, tampar os ouvidos.
3,5	
4	Grau severo: Há uma sub ou hiper-reatividade aos sons, de uma forma extremada, independentemente do tipo do som.
9 - Uso do paladar, olfato e do tato	
Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança explora novos objetos de acordo com a idade geralmente através dos sentidos. O paladar e olfato são usados apropriadamente quando o objeto é percebido como comível. Quando há dor resultante de batida, queda, ou pequenos machucados a criança expressa seu desconforto, porém sem uma reação desmedida.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança persiste no levar e manter objetos na boca, em discrepância de outras da mesma idade. Pode cheirar ou colocar na boca, de vez em quando, objetos não comestíveis. A criança pode ignorar ou reagir de forma exacerbada a um beliscão ou alguma dor leve que numa criança normal seria expressada de forma adequada (leve).
2,5	
3	Grau moderado: Pode haver um comportamento de grau moderado de tocar, cheirar, lambear objetos ou pessoas. Pode haver uma reação não usual a dor de grau moderado, assim como sub ou hiper-reação.
3,5	
4	Grau severo: Há um comportamento de cheirar, colocar na boca, ou pegar objetos - pela sensação em si - sem o objetivo de exploração do objeto. Pode haver uma completa falta de resposta a dor assim como uma hiper-reação a algo que é só levemente desconfortável.
10 - Medo e nervosismo	
Pontos	Sintomas
1	Normal: O comportamento é apropriado a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: De vez em quando a criança demonstra medo e nervosismo que é levemente inapropriado (para mais ou menos) quando comparado a outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança apresenta um pouco mais ou um pouco menos de medo que uma criança normal mesmo quando comparado a outra de menor idade colocada em situação idêntica. Pode ser difícil entender o que está causando o comportamento de medo

4

	apresentado, assim como é difícil confortá-la nessa situação.
3,5	
4	Grau severo: Há manutenção de medo mesmo após repetidas experiências de esperado bem-estar. Na consulta de avaliação a criança pode estar amedrontada sem razão aparente. É extremamente difícil acalmá-la. Pode também não apresentar medo/sentido de auto-conservação a cachorros não conhecidos, a riscos da rua e trânsito, como outras que as da mesma idade evitam.

11 - Comunicação verbal

Pontos	Sintomas
1	Normal: A comunicação verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A fala apresenta um atraso global. A maior parte da fala é significativa, porém pode estar presente ecolalia ou inversão pronominal em idade onde já não é normal sua presença. Algumas palavras peculiares e jargões podem estar presentes ocasionalmente.
2,5	
3	Grau moderado: A fala pode estar ausente. Quando presente a comunicação verbal pode ser uma mistura de fala significativa + fala peculiar como jargões; comerciais de TV; jogo de futebol; reportagem sobre o tempo + ecolalia + inversão pronominal. Quando há fala significativa podem estar presentes um excessivo questionamento e preocupação com tópicos específicos.
3,5	
4	Grau severo: Não há fala significativa; há grunhidos, gritos, sons que lembram animais ou até sons mais complexos que se aproximam da fala humana. A criança pode mostrar persistente e bizarro uso de conhecimento de algumas palavras ou frases.

12 - Comunicação não-verbal

Pontos	Sintomas
1	Normal: A comunicação não-verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: O uso da comunicação não-verbal é imaturo, p.ex: a criança somente aponta/mostra sem precisão o que quer numa situação em que a criança normal de mesma idade aponta ou demonstra por gestos de forma mais significativa o que quer.
2,5	
3	Grau moderado: A criança é incapaz, geralmente, de expressar necessidades e desejos através de meios não-verbais, assim como é, geralmente, incapaz de compreender a comunicação não-verbal dos outros. Pegam na mão do adulto o levando ao objeto desejado, mas são incapazes de mostrar através de gestos o objeto desejado.
3,5	
4	Grau severo: Há somente uso de gestos bizarros e peculiares que não aparentam significado. Demonstrem não terem conhecimento do significado de gestos ou expressões faciais de terceiros.

13 - Atividade

Pontos	Sintomas
--------	----------

3

1	Normal: A atividade é apropriada a situação e a idade da criança, quando comparada a outras.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver uma leve inquietação ou alguma lentidão de movimentos. O grau de atividade interfere somente de forma leve na performance da criança. Geralmente é possível encorajar a manter um nível adequado de atividade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança pode ser inquieta e ter dificuldade de ficar quieta. Pode aparentar ter uma quantidade infinita de energia e não querer/ter vontade de dormir a noite. Pode também ser letárgica e exigir grande esforço para modificação deste comportamento. Podem não gostar de jogos que requeiram atividade física e assim "passar" por preguiçosos.
3,5	
4	Grau severo: Há demonstração de níveis de atividade em seus extremos: hiper ou hipo, podendo também passar de uma para outra. É difícil o manejo desta criança. Quando há hiper-atividade ela está presente em todos os níveis do cotidiano, sendo necessário quase que um constante acompanhamento por parte de um adulto. Se a criança é letárgica é muito difícil motivá-la a alguma atividade.
14 - Grau e consistência das respostas da inteligência	
Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança é inteligente como uma criança normal de sua idade não havendo nenhuma habilidade não-usual ou problema.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança não é tão inteligente quanto uma criança de mesma idade e suas habilidades apresentam um atraso global em todas as áreas, de forma equitativa.
2,5	
3	Grau moderado: Em geral a criança não é tão inteligente quanto outra de mesma idade, entretanto há algumas áreas intelectivas que o funcionamento beira o normal.
3,5	
4	Grau severo: Mesmo em uma criança que geralmente não é tão inteligente quanto uma normal de mesma idade, pode haver um funcionamento até melhor em uma ou mais áreas. Podem estar presentes certas habilidades não-usuais como p.ex: talento para música, ou facilidade com números.
15 - Impressão geral	
Pontos	Sintomas
1	Não há autismo: A criança não apresentou nenhum sintoma característico de autismo.
1,5	
2	Autismo de grau leve: A criança apresentou somente alguns poucos sintomas ou grau leve de autismo.
2,5	
3	Autismo de grau moderado: A criança apresentou um número de sintomas ou um moderado grau de autismo.

3,5	
4	Autismo de grau severo: A criança apresentou muitos sintomas ou um grau severo de autismo.

Pontuação

- A contagem total do teste será feita no final,
- Durante a coleta das informações deve-se ter em mente que o comportamento da criança deve ser balizado com outra (normal) de mesma idade.
- As “notas” variam de 1 a 4.
- A “nota” 1 significa que o comportamento está dentro dos limites da normalidade para outra criança de mesma idade.
- A “nota” 2 é “dada” para quando houver pequena anormalidade, quando comparada a outra criança de mesma idade.
- A 3 indica que a criança examinada apresenta um grau moderado de comprometimento no assunto pesquisado.
- A 4 é para aquela cujo comportamento é severamente anormal para a idade.
- Os meios pontos são para serem usados quando o comportamento situar-se entre os dois itens,

Resultado final:

- Normal: 15 – 29,5,
- Autismo leve/moderado: 30 – 36,5,
- Autismo grave: acima 37.



8/11/2022

Anexo G - CARS preenchida pelo professor no final do estudo

4

CARS (Escala de Classificação de Autismo na Infância)

CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE (CARS)

Schopler,E; Reichler,RJ; Renner,BR

1 - Relacionamento inter-pessoal	
Pontos	Sintomas
1	Sem evidencia de dificuldade ou anormalidade: o comportamento da criança é apropriado para a idade. Alguma timidez, inquietação ou prejuízo pode ser observado, mas não a um nível diferente (atípico) quando comparado com outra de mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança evita olhar o adulto nos olhos; evita o adulto; demonstra dificuldade quando é forçado a tal; é extremamente tímido; não é tão sociável com um adulto quanto uma criança normal de mesma idade; fica agarrada aos familiares de forma mais intensa que outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança as vezes demonstra isolamento. Há necessidade de esforço persistente para obter sua atenção. Há um contato mínimo por iniciativa da criança (o contato pode ser impessoal).
3,5	
4	Grau severo: A criança é isolada realmente, não se dando conta do que o adulto está fazendo; nunca responde as iniciativas do adulto ou inicia contato. Somente as tentativas muito intensas para obter sua atenção tem algum efeito positivo.
2 - Imitação	
Pontos	sintomas
1	Apropriada: A criança imita sons, palavras e movimentos que são apropriados para seu nível de desenvolvimento.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança imita comportamentos simples como bater palmas ou palavras isoladas na maior parte do tempo. As vezes reproduz uma imitação atrasada (após tempo de latência)
2,5	
3	Grau moderado: A criança só imita as vezes e mesmo assim precisa de considerável persistência e auxílio do adulto. Frequentemente reproduz uma imitação atrasada.
3,5	
4	Grau severo: A criança raramente ou mesmo nunca imita sons, palavras, ou movimentos mesmo com auxílio de adultos ou após período de latência.
3 - Resposta emocional	
Pontos	sintomas
1	Resposta apropriada para a idade e situação: A resposta emocional (forma

4

	e quantidade) demonstra sintonia com a expressão facial, postura corporal e modos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança ocasionalmente demonstra alguma inadequação na forma e quantidade das reações emocionais. Às vezes as reações são não relacionadas a objetos ou acontecimentos do "entorno".
2,5	
3	Grau moderado: Há presença definitiva de sinais inapropriados na forma e quantidade das respostas emocionais. As reações podem ser inibidas ou exageradas, mas também podem não estar relacionadas com a situação. A criança pode fazer caretas, rir ou ficar estática apesar de não estarem presentes fatos que possam estar causando tais reações.
3,5	
4	Grau severo: As respostas são raramente apropriadas as situações: quando há determinado tipo de humor é muito difícil modificá-lo mesmo que se mude a atividade. O contrário também é verdadeiro podendo haver enorme variedade de diferentes reações emocionais durante um curto espaço de tempo mesmo que não tenha sido acompanhado por nenhuma mudança no meio ambiente.
4 - Expressão corporal	
Pontos	Sintomas
1	Apropriada: A criança se move com a mesma facilidade, agilidade e coordenação que outra da mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Algumas peculiaridades "menores" podem estar presentes como movimentos desajeitados, repetitivos, coordenação motora pobre, ou presença rara de movimentos não usuais descritos no próximo item.
2,5	
3	Grau moderado: Comportamentos que são claramente estranhos ou não usuais para outras crianças de mesma idade. Podem estar presente: peculiar postura de dedos e corpo, auto-agressão, balançar-se, rodar e contorcer-se, movimentos serpentiformes de dedos ou andar na ponta dos pés.
3,5	
4	Grau severo: Movimentos frequentes ou intensos (descritos acima) são sinais de comprometimento severo do uso do corpo. Estes comportamentos podem estar presentes apesar de um persistente trabalho de modificação comportamental assim como se mantêm quando a criança está envolvida em atividades.
5 - Uso do objeto	
Pontos	Sintomas
1	Uso e interesse apropriado: A criança demonstra interesse adequado em brinquedos e outros objetos relativos a seu nível de desenvolvimento. Há uso funcional dos brinquedos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança apresenta menos interesse pelo brinquedo que a criança normal ou há um uso inapropriado para a idade (bater o brinquedo no chão ou colocá-lo na boca).
2,5	

43

3	Grau moderado: Há muito pouco interesse por brinquedos e objetos ou o uso é disfuncional. Pode haver um foco de interesse em uma parte insignificante do brinquedo, ficar fascinado com o reflexo de luz do objeto, ou eleger um excluindo todos os outros. Este comportamento pode ao menos ser parcialmente ou temporariamente modificável.
3,5	
4	Grau severo: A criança pode apresentar os sintomas descritos acima porém com uma intensidade e frequência maior. Há significativa dificuldade em distrair a criança quando está "ocupada" com estas atividades inadequadas e é extremamente difícil modificar o uso inadequado do uso dos objetos.

6 - Adaptação a mudanças

Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: Apesar da criança notar e comentar sobre as mudanças de rotina, há uma aceitação sem grandes distúrbios.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Quando o adulto tenta modificar algumas rotinas a criança continua com a mesma atividade ou no uso dos mesmos materiais, porém pode ficar facilmente "confusa" assim com aceitar a mudança. Ex: fica muito agitada quando é levada numa padaria diferente / o caminho para a escola é mudado, mas é acalmada facilmente.
2,5	
3	Grau moderado: Há resistência as mudanças da rotina. Há uma tentativa de persistir na atividade costumeira e é difícil acalmá-la; ficam raivosos ou tristes quando há modificação.
3,5	
4	Grau severo: Quando ocorrem mudanças a criança apresenta reações graves que são difíceis de serem eliminadas. Se são forçadas a modificarem a rotina podem ficar extremamente irritados/raivosos ou não cooperativos e talvez respondam com birras.

7 - Uso do olhar

Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: O uso do olhar é normal para a idade. A visão é usada junto com os outros sentidos como a audição e tato, como forma de explorar os objetos.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança precisa ser lembrada de vez em quando para olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar para espelhos e luzes que outras crianças da mesma idade, ou ficar olhando para o espaço de forma vaga. Pode haver evitação do olhar.
2,5	
3	Grau moderado: A criança precisa ser lembrada a olhar o que está fazendo. Podem ficar olhando para o espaço de forma vaga; evitação do olhar; olhar para objetos de modo peculiar; colocar objetos muito próximos aos olhos apesar de não terem déficit visual.
3,5	
4	Grau severo: Há uma persistência recusa em olhar para pessoas ou certos objetos e podem apresentar outras peculiaridades no uso do olhar em graus extremos como os descritos acima.

8 - Uso da audição

4

Pontos	Sintomas
1	Idade apropriada na resposta: O uso da audição é normal para a idade. A audição é usada junto com os outros sentidos como a visão e tato.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver falta de resposta a certos sons, assim como uma hiper-reação. As vezes a reação é atrasada, as vezes é necessário a repetição de um determinado som para "ativar" a atenção da criança. A criança pode apresentar uma resposta catastrófica a sons estranhos a ela.
2,5	
3	Grau moderado: A resposta aos sons podem variar: ignorá-lo das primeiras vezes, ficar assustado com sons de seu cotidiano, tampar os ouvidos.
3,5	
4	Grau severo: Há uma sub ou hiper-reatividade aos sons, de uma forma extremada, independentemente do tipo do som.

9 - Uso do paladar, olfato e do tato

Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança explora novos objetos de acordo com a idade geralmente através dos sentidos. O paladar e olfato são usados apropriadamente quando o objeto é percebido como comível. Quando há dor resultante de batida, queda, ou pequenos machucados a criança expressa seu desconforto, porém sem uma reação desmedida.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança persiste no levar e manter objetos na boca, em discrepância de outras da mesma idade. Pode cheirar ou colocar na boca, de vez em quando, objetos não comestíveis. A criança pode ignorar ou reagir de forma exacerbada a um beliscão ou alguma dor leve que numa criança normal seria expressada de forma adequada (leve).
2,5	
3	Grau moderado: Pode haver um comportamento de grau moderado de tocar, cheirar, lambe objetos ou pessoas. Pode haver uma reação não usual a dor de grau moderado, assim como sub ou hiper-reação.
3,5	
4	Grau severo: Há um comportamento de cheirar, colocar na boca, ou pegar objetos - pela sensação em si - sem o objetivo de exploração do objeto. Pode haver uma completa falta de resposta a dor assim como uma hiper-reação a algo que é só levemente desconfortável.

10 - Medo e nervosismo

Pontos	Sintomas
1	Normal: O comportamento é apropriado a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: De vez em quando a criança demonstra medo e nervosismo que é levemente inapropriado (para mais ou menos) quando comparado a outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança apresenta um pouco mais ou um pouco menos de medo que uma criança normal mesmo quando comparado a outra de menor idade colocada em situação idêntica. Pode ser difícil entender o que está causando o comportamento de medo

4

	apresentado, assim como é difícil confortá-la nessa situação.
3,5	
4	Grau severo: Há manutenção de medo mesmo após repetidas experiências de esperado bem-estar. Na consulta de avaliação a criança pode estar amedrontada sem razão aparente. É extremamente difícil acalmá-la. Pode também não apresentar medo/sentido de auto-conservação a cachorros não conhecidos, a riscos da rua e trânsito, como outras que as da mesma idade evitam.

11 - Comunicação verbal

Pontos	Sintomas
1	Normal: A comunicação verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A fala apresenta um atraso global. A maior parte da fala é significativa, porém pode estar presente ecolalia ou inversão pronominal em idade onde já não é normal sua presença. Algumas palavras peculiares e jargões podem estar presentes ocasionalmente.
2,5	
3	Grau moderado: A fala pode estar ausente. Quando presente a comunicação verbal pode ser uma mistura de fala significativa + fala peculiar como jargões; comerciais de TV; jogo de futebol; reportagem sobre o tempo + ecolalia + inversão pronominal. Quando há fala significativa podem estar presentes um excessivo questionamento e preocupação com tópicos específicos.
3,5	
4	Grau severo: Não há fala significativa; há grunhidos, gritos, sons que lembram animais ou até sons mais complexos que se aproximam da fala humana. A criança pode mostrar persistente e bizarro uso de conhecimento de algumas palavras ou frases.

12 - Comunicação não-verbal

Pontos	Sintomas
1	Normal: A comunicação não-verbal é apropriada a situação e a idade da criança.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: O uso da comunicação não-verbal é imaturo, p.ex: a criança somente aponta/mostra sem precisão o que quer numa situação em que a criança normal de mesma idade aponta ou demonstra por gestos de forma mais significativa o que quer.
2,5	
3	Grau moderado: A criança é incapaz, geralmente, de expressar necessidades e desejos através de meios não-verbais, assim como é, geralmente, incapaz de compreender a comunicação não-verbal dos outros. Pegam na mão do adulto o levando ao objeto desejado, mas são incapazes de mostrar através de gestos o objeto desejado.
3,5	
4	Grau severo: Há somente uso de gestos bizarros e peculiares que não aparentam significado. Demonstram não terem conhecimento do significado de gestos ou expressões faciais de terceiros.

13 - Atividade

Pontos	Sintomas
--------	----------

1	Normal: A atividade é apropriada a situação e a idade da criança, quando comparada a outras.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: Pode haver uma leve inquietação ou alguma lentidão de movimentos. O grau de atividade interfere somente de forma leve na performance da criança. Geralmente é possível encorajar a manter um nível adequado de atividade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança pode ser inquieta e ter dificuldade de ficar quieta. Pode aparentar ter uma quantidade infinita de energia e não querer/ter vontade de dormir a noite. Pode também ser letárgica e exigir grande esforço para modificação deste comportamento. Podem não gostar de jogos que requeiram atividade física e assim "passar" por preguiçosos.
3,5	
4	Grau severo: Há demonstração de níveis de atividade em seus extremos: hiper ou hipo, podendo também passar de uma para outra. É difícil o manejo desta criança. Quando há hiper-atividade ela está presente em todos os níveis do cotidiano, sendo necessário quase que um constante acompanhamento por parte de um adulto. Se a criança é letárgica é muito difícil motivá-la a alguma atividade.
14 - Grau e consistência das respostas da inteligência	
Pontos	Sintomas
1	Normal: A criança é inteligente como uma criança normal de sua idade não havendo nenhuma habilidade não-usual ou problema.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança não é tão inteligente quanto uma criança de mesma idade e suas habilidades apresentam um atraso global em todas as áreas, de forma equitativa.
2,5	
3	Grau moderado: Em geral a criança não é tão inteligente quanto outra de mesma idade, entretanto há algumas áreas intelectivas que o funcionamento beira o normal.
3,5	
4	Grau severo: Mesmo em uma criança que geralmente não é tão inteligente quanto uma normal de mesma idade, pode haver um funcionamento até melhor em uma ou mais áreas. Podem estar presentes certas habilidades não-usuais como p.ex: talento para música, ou facilidade com números.
15 - Impressão geral	
Pontos	Sintomas
1	Não há autismo: A criança não apresentou nenhum sintoma característico de autismo.
1,5	
2	Autismo de grau leve: A criança apresentou somente alguns poucos sintomas ou grau leve de autismo.
2,5	
3	Autismo de grau moderado: A criança apresentou um número de sintomas ou um moderado grau de autismo.

3,5	
4	Autismo de grau severo: A criança apresentou muitos sintomas ou um grau severo de autismo.

Pontuação

- A contagem total do teste será feita no final,
- Durante a coleta das informações deve-se ter em mente que o comportamento da criança deve ser balizado com outra (normal) de mesma idade.
- As “notas” variam de 1 a 4.
- A “nota” 1 significa que o comportamento está dentro dos limites da normalidade para outra criança de mesma idade.
- A “nota” 2 é “dada” para quando houver pequena anormalidade, quando comparada a outra criança de mesma idade.
- A 3 indica que a criança examinada apresenta um grau moderado de comprometimento no assunto pesquisado.
- A 4 é para aquela cujo comportamento é severamente anormal para a idade.
- Os meios pontos são para serem usados quando o comportamento situar-se entre os dois itens,

Resultado final:

- Normal: 15 – 29,5,
- Autismo leve/moderado: 30 – 36,5,
- Autismo grave: acima 37.

e 

13/6/23

Anexo H - SDQ preenchida pela mãe no início do estudo

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

P 4-17

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento 20/12/2011

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Desde que frequenta o tratamento, os problemas do seu filho/da sua filha:

Pioraram muito	Pioraram	Mantêm-se	Melhoraram	Melhoraram muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Estes tratamentos têm sido úteis noutros aspectos, como por exemplo, proporcionando informação ou tornando os problemas mais suportáveis?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim-dificuldades pequenas	Sim-dificuldades grandes	Sim-dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

- Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?


Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura 

Data 16/11/2022

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo I - SDQ preenchida pela mãe no final do estudo

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

P 4-17
FOLLOW-UP

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha no último mês.

Nome da criança [redacted] Masculino/Feminino

Data de nascimento 20/12/2011

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Desde que frequenta o tratamento, os problemas do seu filho/da sua filha:

Pioraram muito	Pioraram	Mantêm-se	Melhoraram	Melhoraram muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estes tratamentos têm sido úteis noutros aspectos, como por exemplo, proporcionando informação ou tornando os problemas mais suportáveis?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim-dificuldades pequenas	Sim-dificuldades grandes	Sim-dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

- Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Pavão [Redacted Signature]

Data 26/06/2023

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 2005

Anexo J - SDQ preenchida pelo professor no início do estudo

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Pr)

Pr 4-17

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do aluno / da aluna nos últimos seis meses ou neste ano escolar.

Nome da criança A Masculino/Feminino

Data de nascimento 20/12/2011

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Em geral, parece-lhe que este aluno / esta aluna tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o aluno / a aluna?


Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do aluno / da aluna nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
RELAÇÕES COM OS COLEGAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a classe/turma?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura 

Data 08/11/2022

Professor/Professor do ensino especial/Director de turma/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 2005

Anexo K - SDQ preenchida pelo professor no final do estudo

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Pr)

Pr 4-17
FOLLOW-UP

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do aluno / da aluna no último mês.

Nome da criança Masculino/Feminino

Data de nascimento 20/12/2011

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Desde que frequenta o tratamento, os problemas do aluno/da aluna:

Pioraram muito	Pioraram	Mantêm-se	Melhoraram	Melhoraram muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estes tratamentos têm sido úteis noutros aspectos, como por exemplo, proporcionando informação ou tornando os problemas mais suportáveis?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em geral, parece-lhe que este aluno / esta aluna tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim-dificuldades pequenas	Sim-dificuldades grandes	Sim-dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o aluno / a aluna?


Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do aluno / da aluna nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
RELAÇÕES COM OS COLEGAS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a classe/turma?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura 

Data 13/06/2023

Professor/Professor do ensino especial/Director de turma/Outro (por favor, indique quem):