



Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti

Contextos Inclusivos na Escola para Alunos com Multideficiência

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação Especialização em Educação Especial- Domínio Cognitivo e Motor

Aluna: Sandra Isabel Oliveira Reis e Cunha

Orientadora: Prof. Doutora Rosa Maria Lima

Porto, 2019

Dedicatória

Ao meu marido e aos meus filhos pela compreensão das minhas ausências, e por sempre me incentivarem a seguir em frente.

À minha mãe pelo apoio que me transmitiu e pela motivação para continuar a minha formação.

À memória de meu pai, ...

Agradecimentos

Agradecer à minha orientadora, Doutora Rosa Lima que com o seu saber me orientou neste trabalho.

Ao Mestre Serafim Queirós ao Doutor Carlos Afonso e à Doutora Paula Medeiros pela sua colaboração neste estudo

Às colegas e amigas Alexandra Maldonado, Gardénia Tomé e Paula Quartarone pela seu precioso contributo,

O meu sincero agradecimento a todos, sem vocês não tinha conseguido!

“...Eu acreditava que as crianças com problemas deviam estar junto das crianças sem problemas, não deveriam estar separadas. Acreditava que para o seu desenvolvimento era mais importante que elas estivessem em contacto com crianças normais, por toda a aprendizagem que vem daí...”

Ana Maria Bénard da Costa, 1999

Resumo

Nos últimos anos temos vindo a verificar que o tema da inclusão é referenciado em vários domínios, académicos, sociais, profissionais e culturais. Na escola tornou-se um dos objetivos primordiais e uma das mais recentes medidas adotadas é a aglutinação das Unidades de Apoio Especializado para a educação de Alunos com Multideficiência pelos Centros de Apoio à Aprendizagem (CAA). Pretende-se com esta mudança a reformulação para uma escola mais inclusiva, onde todas as crianças possam aprender juntas, e onde se valorize a diversidade.

Neste trabalho pretendemos analisar os contextos inclusivos nas escolas e compreender, se possível algumas das barreiras que impedem a inclusão dos alunos com Multideficiência.

Utilizaremos a metodologia quantitativa, a partir de amostras obtidas por inquérito aplicados aos professores de Educação Especial (EE), e aos professores da turma do ensino regular onde estas crianças estão inseridas.

Foram inquiridos 30 professores de escolas diversas no Porto, e perante os dados que recolhemos na parte empírica deste trabalho, podemos inferir que a inclusão nas escolas vai-se processando de forma lenta, seja porque existe legislação recente, seja porque nem sempre existem os meios suficientes e adequados para poder fazer face à diversidade existente nas escolas, seja ainda porque as atitudes de alguns professores oferecem ainda alguma resistência à mudança de paradigma para uma escola mais inclusiva e democratizada, por estarem muito habituados à escola homogeneizada onde se ensina a todos como se fossem um só.

Palavras-chave: Multideficiência, Inclusão, Barreiras

Abstract

In recent years we have been seeing that the theme of inclusion is referenced in various domains, academic, social, professional, and cultural. At school it has become one of the primary objectives and one of the most recent measures adopted is the clustering of Specialized Support Units for the Education of Multidisciplinary Students by the Learning Support Centers (CAA). This change aims to reformulate to a more inclusive school where all children can learn together, and where diversity is valued.

In this paper we intend to analyze the inclusive contexts in schools and to understand, if possible, some of the barriers that prevent the inclusion of students with Multidisability.

We intend to analyze the inclusive contexts in schools and to understand, if possible, some of the barriers that prevent the inclusion of students with Multidisability.

We will use the quantitative methodology, based on survey samples applied to Special Education (EE) teachers, and to the teachers of the regular education class where these children are inserted.

Thirty teachers from different schools in Porto were surveyed, and from the data collected in the empirical part of this paper, we can infer that inclusion in schools is proceeding slowly, either because there is recent legislation or because the means do not always exist. sufficient and adequate to cope with the diversity in schools, and also because the attitudes of some teachers still offer some resistance to the paradigm shift towards a more inclusive and democratized school, as they are very used to the homogenized school where everyone is taught how to if they were one.

Keywords: Multiple Disabilities, Inclusion, hurdles.

Índice de figuras

Figura 1 - Causas ambientais da multideficiência

Figura 2 – Translocação recíproca

Figura 3 – Translocação Robertsoeanas

Figura 4 – Caraterização do Tónus muscular

Figura 5 – Diferentes partes do corpo afetadas na PC (Classificação topográfica)

Figura 6 – Alimentação por tubo gástrico

Figura 7 – Objetivos do centro de apoio à aprendizagem

Índice de tabelas

Tabela 1 – Etiologia da multideficiência

Tabela 2 – Agentes teratogénicos

Tabela 3 – Etiologia da PC

Tabela 4 – Graus de Perturbação do desenvolvimento intelectual

Tabela 5 – Classificação da deficiência visual

Tabela 6 – Classificação dos níveis de surdez

Tabela 7 – Centro de Apoio à Aprendizagem – DL 54/2018

Tabela 8 – Medidas de Suporte à Aprendizagem

Tabela 9 - Vantagens e Desvantagens do Questionário

Tabela 10 – Índice de envelhecimento dos docentes em exercícios nos ensinos

Tabela 11 – Outras disciplinas, qual

Tabela 12 - Aprendizagens do aluno com contexto real

Índice de gráficos

- Gráfico 1 – Multideficiência – grupo heterogéneo
- Gráfico 2 – Idade dos docentes
- Gráfico 3 – Percentagem por género
- Gráfico 4 – Ciclo que leciona
- Gráfico 5 – Tempo de serviço dos docentes analisados (total em anos)
- Gráfico 6 – Tempo de serviço em Educação Especial
- Gráfico 7 – Habilitações académicas
- Gráfico 8 – Formação em Educação Especial
- Gráfico 9 – Qual a origem da diversidade funcional do aluno com MD que acompanha
- Gráfico 10 – Quais os domínios mais afetados na criança com MD
- Gráfico 11 - Recursos humanos suficientes para dar o devido apoio à criança com MD
- Gráfico 12 – O projeto educativo da escola/agrupamento define atividades que visam a inclusão de crianças com MD
- Gráfico 13 – Qual o período/tempos que o aluno com MD permanece em contexto de turma regular
- Gráfico 14 – Quais as disciplinas em que o aluno com MD participa
- Gráfico 15 – Quem acompanha o aluno na turma
- Gráfico 16 – O aluno com MD é solicitado a intervir na sala de aula
- Gráfico 17 – Como caracteriza a turma do ponto de vista da aprendizagem onde o aluo com MD se encontra incluído
- Gráfico 18 – A criança com MD desloca-se à cantina para efetuar as refeições com os seus pares da turma
- Gráfico 19 – A criança com MD participa nos intervalos com os seus pares da turma
- Gráfico 20 – O grupo turma desloca-se ao CAA para efetuar atividades com crianças com MD
- Gráfico 21 – O aluno com MD participa nas visitas de estudo com a turma regular

Gráfico 22 – Participação nas estratégias para a inclusão e sucesso do aluno na escola tem a participação

Gráfico 23 – As aprendizagens do aluno com MD devem obedecer

Gráfico 24 – Considera o contexto de grupo turma potencializador do desenvolvimento da criança do que o centro de apoio à aprendizagem

Gráfico 25 – Relativamente às questões que se seguem assinale apenas aquelas com os quais concorda

Gráfico 26 – Na sua opinião quais os aspetos que dificultam o processo de inclusão destas crianças e jovens na sala de ensino regular

Gráfico 27 – Como profissional acredita no sucesso destes alunos

Índice de anexos

Anexo 1 – Esquema geral da investigação

Anexo 2 – Questionário

Anexo 3 - Autorizações

Lista de siglas

ANSI – American National Standards Institute

Art.º –Artigo

CAA – Centro de Apoio à Aprendizagem

Db – Decibéis

DbI – Deafblind International

DL – Decreto Lei

DSM-V – Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

EE – Educação Especial

MD – Multideficiência

MEC – Ministério da Educação

NA – Nível de Audição

NEE – Necessidades Educativas Especiais

OMS – Organização Mundial da Saúde

PC – Paralisia Cerebral

PDI – Perturbação Desenvolvimento Intelectual

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PEI – Plano Individual Educativo

QI – Quociente de Inteligência

UEAM – Unidade Especializada de Apoio a Multideficiência

AAICA – Associação de Apoio e Informação a Cegos e Ambliopes

CAA – Centro de Apoio à Aprendizagem

CVS – Chorionic Villus Sampling

PKU – Fenilcetonúria

NLP – “No light perception”

HSV – Vírus Herpes Simples

SAF – Síndrome do Alcoolismo Fetal

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

RCIU – Retardo no Crescimento Intrauterino

PDI – Perturbação Desenvolvimento Intelectual

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

SNC – Sistema Nervoso Central

ATM – Articulações Temporomandibulares

SAAC – Sistema de Comunicação Aumentativo e Alternativo

EMAEI – Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva

RTP – Relatório Técnico Pedagógico

PEI – Programa Educativo Individual

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

EVT – Educação Visual Tecnológica

DMLI – Degenerescência Macular Ligada à Idade

DUA – Desenho Universal para a Aprendizagem

Índice

Dedicatória	2
Agradecimentos.....	3
Resumo.....	5
Abstract	6
Índice de figuras.....	7
Índice de tabelas.....	8
Índice de gráficos	9
Índice de anexos	11
Listagem de siglas	12
Introdução	16
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1. Multideficiência	18
1.1 Várias perspetivas sobre a multideficiência.....	18
1.2. Etiologia da Multideficiência.....	21
1.2.1. Etiologia - Translocação Cromossómica- Breve síntese	24
1.2.2. Etiologia - Translocações Robertsonsianas.....	27
1.2.3. Etiologia – Fenilcetonúria	29
1.2.5. Etiologia - Anoxia.....	33
1.2.6. Etiologia - Doenças Infeciosas	35
1.3. Domínios Afetados na Multideficiência.....	38
1.3.1. Domínio motor e paralisia cerebral	38
1.3.2. Perturbação do desenvolvimento intelectual	42
1.3.3. Deficiência Visual.....	50
1.3.4. Deficiência Auditiva	53
1.4 Características e necessidades das crianças com multideficiência	54
1.5.A comunicação na multideficiência.....	67
2. Centros de Apoio à Aprendizagem.....	70
2.1 Pressupostos dos centros de apoio à aprendizagem- CAA.....	73
3. DL. 54/2018	75
4. Escola inclusiva.....	83

CAPÍTULO II – COMPONENTE EMPÍRICA	88
1. INVESTIGAÇÃO QUANTITATIVA	89
2. QUESTÃO DE PARTIDA.....	91
2.1. ESQUEMA GERAL DA INVESTIGAÇÃO	91
2.2. METODOLOGIA	91
2.3. AMOSTRA.....	92
3. Procedimentos e instrumentos de pesquisa	94
4. Construção do questionário	94
CAPITULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	95
Informação Pessoais.....	96
Dados RELATIVOS AO(s) aluno(s)	103
Organização escolar e curricular.....	105
Aprendizagens do aluno em contexto real.....	116
1. Discussão de Resultados.....	128
Conclusão	142
Referências Bibliográficas	147
Webgrafia.....	156

Introdução

A inclusão de todas as crianças nas nossas escolas, é um processo que tem vindo a decorrer ao longo dos anos e que teve o seu impulso com a Declaração de Salamanca (1994) cujo objetivo é responder de forma clara e eficaz à diversidade e ao sucesso educativo de todos os alunos.

Para os alunos com Multideficiência, os Centros de Apoio à Aprendizagem (CAA) são o recurso pedagógico trazido pela recente legislação inclusiva, (DL 54/2018), que visa a sua participação ativa no processo de aprendizagem, através da aprendizagem com os seus pares em sala de aula, e a implementação de métodos e técnicas que permite à criança com multideficiência estimular as suas capacidades e desenvolver interações com os seus pares.

O meio académico pode ser facilitador relativamente à interação das crianças com MD com os seus pares.

Esta relação de interação entre pares é considerada um dos indicadores de desenvolvimento importante para estas crianças, porque impulsiona a socialização que em muito contribui para o desenvolvimento de aptidões, sentimentos e valores sociais (Almeida, 1997).

Normalmente as limitações apresentadas pelas crianças com multideficiência são uma restrição ao estabelecimento de interações com os pares nos ambientes em que se inserem, cabendo ao professor e aos profissionais que as acompanham, a importante tarefa de concretização desta aproximação, com vista ao seu sucesso educativo. (Nunes 2005)

Pretendemos com a realização deste estudo, aprofundar o conhecimento sobre o que se passa em matéria de contextos inclusivos em algumas escolas Portuguesas, tendo como base a nossa pergunta de partida que sugere a identificação de barreiras que impedem a inclusão destes alunos na escola.

Orientados por esta questão, gostaríamos com esta investigação de contribuir, se possível, para sensibilizar os profissionais que trabalham com crianças com multideficiência para a importância da sua participação ativa não

só em sala de aula mas em diferentes contextos da vida quotidiana que promovem um conhecimento mais real daquilo que as rodeia, com o intuito de ampliar o seu conhecimento e as suas vivências.

Este estudo privilegia uma abordagem metodológica quantitativa baseada na recolha de dados através de inquéritos.

Os inquéritos baseiam-se num questionário com perguntas abertas e fechadas, recorrendo, para o seu tratamento, à análise de conteúdo e à análise descritiva dos dados. Esse inquérito foi aplicado a 30 profissionais de Educação a exercer funções em escolas do Porto.

O estudo permitiu-nos constatar que, de modo geral, os profissionais percecionam os contextos inclusivos de diferentes formas, sendo que uns pensam que os centros de apoio à aprendizagem (CAA) são ambientes mais segregadores, enquanto outros referem serem estes os locais que se revelam mais adequados para os alunos em questão. Outra questão pertinente, prende-se com o facto de que uma percentagem considerável de docentes pensar que a aprendizagem oferecida a estes alunos deve basear-se na sua idade mental e não a sua idade cronológica.

Quanto à estrutura do presente trabalho, este encontra-se organizado em 3 capítulos, o Capítulo I é dedicado ao tema da Multideficiência e à sua caracterização; O Capítulo II descreve o estudo empírico, o método, a caracterização dos participantes, apresentam-se os instrumentos de recolha de dados, relatando quais os procedimentos usados e, por fim, definem-se os métodos estatísticos aplicados. O Capítulo III apresenta a descrição do tratamento de dados, com recurso aos métodos estatísticos e a discussão destes.

Na conclusão, última parte deste trabalho, de acordo com as informações reunidas através do inquérito, apresentaremos a nossa visão dos factos relativamente à inclusão das crianças com multideficiência nas escolas.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Multideficiência

Em Portugal o termo de Multideficiência aceita e utilizado pelos profissionais de educação, encontra-se em documentos editados pelo Ministério da Educação (Nunes, 2005) e reporta que os alunos com Multideficiência são aqueles que apresentam acentuadas limitações no domínio cognitivo, associados a limitações acentuadas no domínio motor e/ou domínio sensorial (visão ou audição) e que podem ainda necessitar de cuidados de saúde específicos. Estas limitações dificultam a interação natural com o ambiente, colocando em grande risco o desenvolvimento e o acesso à aprendizagem. (Nunes, 2005).

1.1 Várias perspetivas sobre a multideficiência

Correia (2008), considera multideficiência como, o conjunto de deficiências numa mesma criança, causadoras de problemas de desenvolvimento e educacionais severos que requerem intervenções específicas de acordo com a concomitância da problemática.

Para Mednick (2007) uma criança com multideficiência é uma criança que apresenta mais do que uma dificuldade, que pode ser física, intelectual, de comunicação, sensorial ou emocional, sendo que podem estar todas incluídas na mesma criança, ou apenas algumas das situações apresentadas.

Bairrão (1998) indica que multideficiência abrange os alunos que apresentam, simultaneamente, pelo menos dois tipos de deficiência: uma deficiência intelectual de grau severo ou profundo, associada a uma deficiência sensorial e ou motora.

Para Contreras e Valência (1997) a multideficiência implica o conjunto de duas ou mais incapacidades, ou diminuições de ordem física, psíquica ou emocional.

Nunes (2001), evidencia que multideficiência não é apenas um somatório de deficiências, porque a interação que se estabelece entre os diferentes problemas determina o desenvolvimento e aprendizagem da criança e a sua relação e funcionalidade nos diversos contextos.

As crianças com multideficiência apresentam um quadro complexo e requerem apoio na maioria das atividades do dia a dia, nomeadamente na alimentação, na higiene, na mobilidade e no vestir e despir (McInnes and Treffey citados por Mednick, 2007).

São as crianças que “apresentam limitações acentuadas no domínio cognitivo associados a limitações no domínio motor e/ou no domínio sensorial (visão ou audição) e que podem ainda necessitar de cuidados de saúde específicos.” (Orelove, Sobsey e Silberman, 2004).

Amaral e Nunes (2008) inserem estas crianças num grupo heterogéneo, com dificuldades específicas resultantes das limitações que apresentam nas funções e estruturas do corpo, e de fatores ambientais que condicionam o seu desenvolvimento, estas condições afetam e limitam o seu desenvolvimento e funcionamento com o mundo, refletindo-se também na sua capacidade de aprendizagem e de solução de problemas uma vez que se restringem na procura de informação.

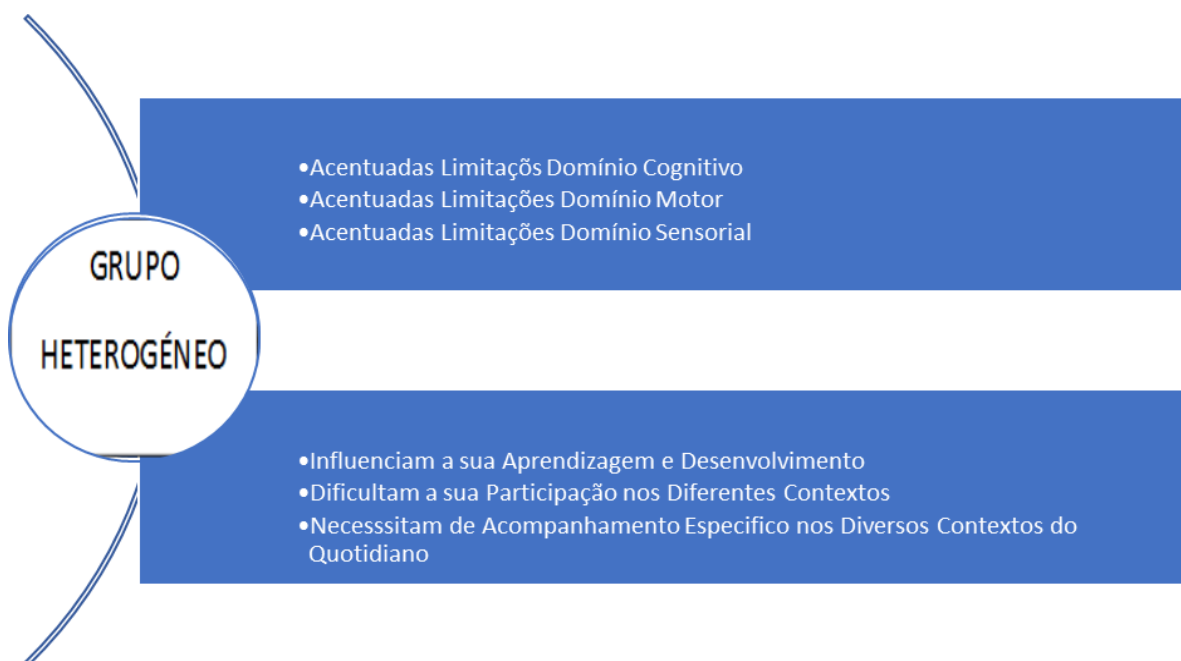


Gráfico nº 1 - Multideficiência – Grupo Heterogéneo segundo Nunes (2008)

Segundo Vieira e Pereira (2012), a multideficiência para além de afetar as possibilidades de interação da criança com o mundo, reduz ainda o processo de aprendizagem e desenvolvimento através da interação ativa com a realidade física e sobretudo social.

Orelove Sobsey e Silberman (2004), referem que a multiplicidade de problemas associados à multideficiência, confere às crianças/jovens necessidades muito diversas que podem ser agrupadas em três grandes blocos: necessidades físicas e médicas, necessidades educativas e necessidades emocionais.

Para Ferreira et al. (2006), a situação pode ser complexa uma vez que de acordo com as combinações que os problemas da criança estabelecem entre si, pode originar variações relativamente ao grau de gravidade, porque todos respondem de maneira distinta às situações.

Relativamente ao diagnóstico da multideficiência, Vieira (2012) refere os cuidados a ter nesta avaliação, uma vez que este pode ser confundido com a deficiência mental e os cuidados que devem ser prestados a um grupo e a outro são diferenciados.

De acordo com as definições apresentadas podemos aferir que a multideficiência é uma associação de problemas que envolvem normalmente aspetos do desenvolvimento intelectual, o que condiciona o desempenho intelectual destes discentes. Estão também associadas limitações no domínio motor o que prejudica a interação da criança com o meio envolvente, e reduz as suas possibilidades de desenvolvimento espontâneo através de interações com meio que as rodeia, uma vez que muitas delas necessitam da ajuda de terceiros para concretizar as suas tarefas (Saramago et al., 2004).

Atendendo á gravidade de cada situação, torna-se imprescindível um acompanhamento diário da criança desde muito cedo por parte das famílias, em articulação com a escola, para que sejam criadas condições que permitam a estas crianças e jovens serem estimuladas o mais precocemente possível, a todos os níveis (sensorial, motor, cognitivo, comunicativo, afetivo), de modo a desenvolverem todo o seu potencial.

1.2. Etiologia da Multideficiência

A causa mais frequente para a multideficiência é a paralisia cerebral, no entanto em cerca de 40% dos casos a causa é desconhecida (Smith, 2008), (Ferreira et al. 2006) e quando é identificada fatores como a hereditariedade, problemas durante a gravidez, durante o parto ou no nascimento são apontados como causadores de deficiências graves, ou seja, muitos problemas diagnosticados relacionam-se com o momento da ocorrência, com os agentes que afetam e a forma como atuam.

De acordo com Kirk e Gallagher (2002) a multideficiência pode resultar, principalmente, de uma etiologia congênita ou adquirida, logo após o nascimento.

No momento da concepção, podem ocorrer mutações genéticas ao nível dos cromossomas ou erros congénitos do metabolismo, como a fenilcetonúria.

A presença de lesões orgânicas graves repercute-se ao nível do funcionamento do sistema nervoso central, mas também prejudica outros órgãos, tais como os dos sentidos, o movimento dos membros, a fala, a saúde em geral, entre outros, assim como problemas tão diversificados como a epilepsia, dificuldades de alimentação, controlo dos esfíncteres.

Após o nascimento, podem ocorrer lesões no cérebro decorrentes de acidentes, tais como quedas ou embates, ou algumas doenças do tipo vírico tais como o sarampo ou meningite que provocam lesões irreversíveis e consequentemente, algumas deficiências.

Algumas crianças podem apresentar multideficiência por serem privadas de bens essenciais, maus tratos, e desinvestimento na estimulação, embora a mesma causa possa produzir efeitos diferentes em cada criança, porque cada um de nós é um ser único e responde de maneira diferente aos mesmos problemas.

Apresentamos de seguida dois quadros conceptuais que permitem avaliar ainda que de forma simples e resumida, as principais causas e consequências relativas à multideficiência.

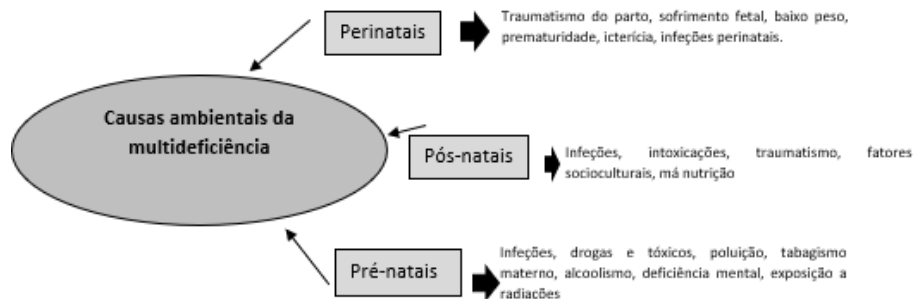


Figura 1 - Causas ambientais da multideficiência

Fonte: adaptado de Smith, 2008

Na tabela seguinte, apresentamos um resumo relativo à etiologia da multideficiência, onde se clarifica o momento de ocorrência e agentes atuantes, assim como algumas das consequências apresentadas por estas crianças.

Tabela 1 - Etiologia da multideficiência

Momento da ocorrência do problema	Agentes que afetam	Forma como atua	Resultado típico
Conceção	-Translocação de pares de cromossomas no nascimento - Erros congénitos do metabolismo como a fenilcetonúria (lesão no cérebro da criança com graves sequelas)	-Mudanças sérias no embrião e no feto, muitas vezes fatais -Danos no desenvolvimento fetal	-Alguns reagrupamentos de cromossomas podem conduzir à síndrome de Down e deficiência mental -Resulta em

	nerológicas e mentais)		deficiência grave ou outras complicações. Pode ser revertido parcialmente quando diagnosticado cedo e administrando-se uma dieta especial
Pré-natal	Medicamentos teratogénicos como talidomida, um medicamento utilizado como sedativo	Fármaco utilizado como sedativo pela mãe pode prejudicar o desenvolvimento normal do embrião	Uma criança com deformações acentuadas, com anomalias que afetam a visão e a audição
Natal	Anoxia, falta prolongada de oxigénio no feto durante o processo do parto	A falta prolongada de oxigénio pode causar a destruição irreversível de células cerebrais	Criança com paralisia cerebral que pode ou ter deficiência mental e outras deficiências da visão e da audição
Pós-natal	Encefalite e meningite	Doenças infecciosas como o sarampo, podem conduzir á inflamação das células cerebrais e à sua destruição	Pode conduzir a um conjunto de deformações como a falta de atenção, hiperatividade, causas de epilepsia, deficiência mental

1.2.1. Etiologia - Translocação Cromossômica- Breve síntese

A Translocação Cromossômica ocorre no momento da concepção ou após. Significa que há uma anomalia cromossômica causada pelo rearranjo de partes entre cromossomas não homólogos. Isto pode ocorrer devido a uma alteração durante a formação do óvulo ou espermatozoide, ou ainda, um arranjo cromossômico alterado que foi herdado da mãe ou do pai.

Quando os pais são portadores desta translocação existem várias possibilidades que poderão subsistir:

- A criança herda cromossomas completamente normais
- A criança pode herdar a mesma translocação equilibrada do progenitor o que, geralmente, não acarreta problemas
- A criança herda uma translocação desequilibrada podendo apresentar algum grau de atraso no desenvolvimento, problemas de aprendizagem e de saúde, em geral.
- Podem ocorrer situações em que a gravidez termine em aborto espontâneo.

Existem testes genéticos (cariótipo) que permitem obter informação sobre se uma pessoa é ou não portadora de uma translocação. Também se pode recorrer a um diagnóstico pré-natal, teste este elaborado durante a gravidez e que permite saber se o bebé tem ou não uma translocação.

Quando são encontradas translocações há pessoas que optam por informar os familiares, principalmente aqueles que já têm filhos, e os que futuramente pensam vir a ter, isto porque lhes permite, se assim o desejarem, fazer o teste para saber se são portadores da translocação. Se não forem portadores, então não passam a translocação para os filhos, mas caso sejam, tem oportunidade de fazer o diagnóstico pré-natal para testar os cromossomas dos filhos.

Estas Anomalias Cromossômicas podem ser consideradas numéricas ou estruturais.

As numéricas incluem um cromossoma extra (trissomia), ou dois cromossomas a mais (tetrassomia), ou então, um cromossoma ausente (monossomia).

As anomalias cromossômicas numéricas designam-se por:

- Poliploidia: Dentro da Poliploidia, temos a variação numérica Autopoliplóide, onde existem várias cópias de um único conjunto cromossômico, e a Alopoliplóide, onde subsistem várias cópias de dois ou mais conjuntos cromossômicos diferentes.

-Aneuploidia: Consiste na alteração no número básico de cromossomas da espécie

-Cromossomas Supernumerários (Bs): A síndrome de Emanuel, também conhecida como trissomia parcial do cromossomo 22, é uma doença genética rara causada pela presença de um cromossomo marcador adicional secundário a uma translocação entre os cromossomos 11 e 22.

Este rearranjo cromossômico é a translocação recíproca mais comum em humanos, a síndrome é clinicamente caracterizada por importante deficiência cognitiva, anomalias craniofaciais, malformações cardíacas e anormalidades renais. (Fraccaro M, Lindsten J, Ford CE, Iselius L., Hum Genet (1980) & Carter MT, St Pierre SA, Zackai EH, Emanuel BS, Boycott KM (2009)).

As anomalias estruturais são as que incluem as translocações, ou seja, anomalias nas quais um cromossoma inteiro ou um segmento de cromossomas se ligam inapropriadamente a outros cromossomas. (Nizo 2015)

Temos ainda dentro das anomalias estruturais as Deleções, ou seja, quando faltam partes de cromossomas e ou duplicações de vários cromossomas ou parte deles.

Dentro destas alterações que apresentamos, podem surgir síndromes do tipo “Cri du Chat” também conhecida por síndrome do miar do gato, é uma condição genética relativamente rara (calculada de 1 em cada 50 000 nascimentos) resultante da deleção (eliminação) parcial do material genético de um dos pares do cromossomo cinco, ocasionalmente estando um segundo cromossomo envolvido.

Os indivíduos com esta patologia apresentam atraso mental, problemas motores, microcefalia, hipotonia muscular, orelhas de baixa implantação e problemas cardíacos.

O nome da síndrome tem origem no choro dos recém-nascidos que se assemelha ao miar de um gato. Esta patologia pode ser descoberta através da realização da amniocentese ou CVS (Chorionic Villus Sampling) no primeiro trimestre da gravidez.

Na maioria dos casos ocorre inesperadamente, sendo herdados, aproximadamente, em 20% dos casos devido a uma translocação equilibrada (material de um cromossomo foi prendido a outro) nos cromossomos de um dos pais.

Pessoas com translocação equilibrada são perfeitamente normais. Como nenhum material genético está perdido, eles provavelmente não saberão que são os portadores, até que terem uma criança afetada.

Outra síndrome possível de ocorrer nesta alteração cromossômica denomina-se por “Síndrome de Wolf-Hirschhorn”, também conhecida como síndrome 4p-, é uma mutação genética causada pela deleção de parte do braço curto do cromossoma 4. Ocorre com uma frequência estimada entre 1/20.000 a 1/50.000 nascimentos.

A sintomatologia dos portadores da síndrome reflete-se no atraso mental grave, microcefalia, hipotonia (baixa musculatura), palato profundo em consequência de fissuras congênicas do lábio superior.

Têm características faciais aparentes como o estrabismo, queixo pequeno e assimetria craniana (crânio desproporcional). Ocasionalmente podem ocorrer defeitos do coração, escoliose, dentes fundidos, perda de audição, atraso no crescimento ósseo e/ou anomalias renais.

A translocação recíproca ocorre quando dois fragmentos de cromossomas diferentes se partem e trocam de posição um com o outro. Isto pode ser visto na figura 2.

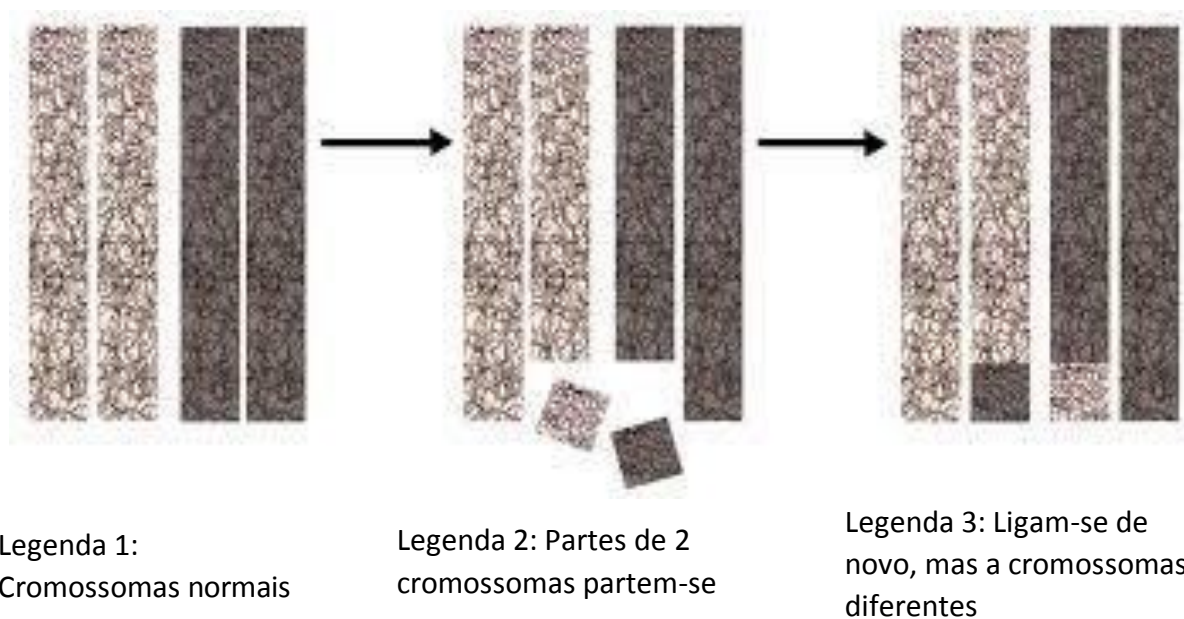
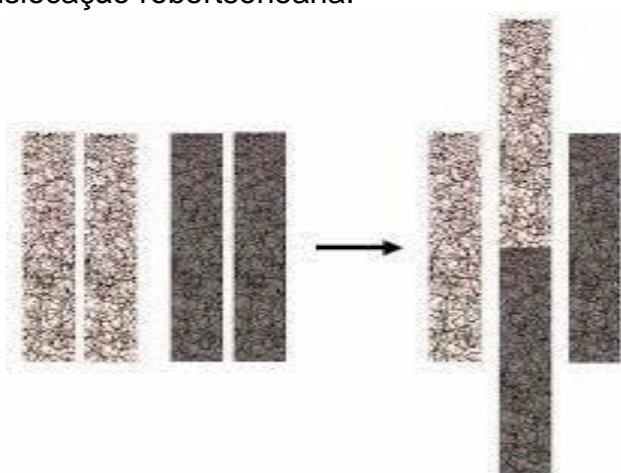


Figura 2 – Translocação recíproca

1.2.2. Etiologia - Translocações Robertseanas

As Translocações Robertseanas ocorrem quando um cromossoma se liga a outro cromossoma de outro par, é uma forma comum de rearranjo cromossómico.

A Fig. 3 apresenta dois cromossomas a ligarem-se, formando-se uma translocação robertseana.



Legenda 4: Um cromossoma de um par ligou-se a um cromossoma de outro par

Figura 3 – Translocação Robertseanas

Dentro das Translocações podemos apontar as equilibradas e as desequilibradas. Uma pessoa portadora de uma translocação equilibrada geralmente não é afetada por isso, e frequentemente desconhece tê-la. A única altura em que pode vir a ser importante sabê-lo é quando chega a altura de ter filhos. Isto porque a criança poderá herdar o que se designa por translocação desequilibrada.

Quando estamos na presença de uma translocação equilibrada, os cromossomas reorganizaram-se de tal modo que nenhum material cromossómico se perdeu ou aumentou.

Se algum dos pais for portador de uma translocação equilibrada, é possível que a criança herde uma translocação desequilibrada, em que exista uma parte a mais ou a menos de um cromossoma.

Uma criança que tenha uma translocação desequilibrada pode vir a ter dificuldades de aprendizagem, atraso no desenvolvimento ou problemas de saúde. A gravidade da sua deficiência depende de que partes exatas de que cromossomas estão envolvidos, e de quanto material cromossómico está em falta ou a mais. Isto porque algumas partes de uns cromossomas são mais importantes que outras.

Em algumas doenças, a expressão do fenótipo depende de o alelo ou cromossomo mutante ter vindo do pai ou da mãe.

O exemplo resultante de uma deleção: se ocorrer no cromossomo 15 paterno, a criança apresentará a síndrome de Prader Willi; se a deleção ocorrer no cromossomo 15 materno, a criança apresentará a síndrome de Angelman.

Algumas anomalias cromossômicas causam a morte do embrião ou feto antes do nascimento. Outras anomalias causam problemas, como deficiência intelectual, baixa estatura, convulsões, problemas cardíacos ou fenda palatina.

1.2.3. Etiologia – Fenilcetonúria

A fenilcetonúria (PKU) é uma doença hereditária do metabolismo da fenilalanina, um aminoácido constituinte das proteínas. (Instituto de Genética Médica 2003)

É causada pela deficiência de uma enzima, a fenilalanina hidroxilase. A incidência global nas populações com rastreio é de 1/12000, variando entre 1/1.000.000 (Finlândia) a 1/4.200 (Turquia). Em Portugal é de cerca de 1/10 000 (Bandeira, 2018).

A PKU surge devido ao défice de atividade da PAH que ocorre devido a uma mutação no gene que codifica a enzima. Trata-se de uma doença hereditária, de transmissão autossômica recessiva. Isto significa que a doença é transmitida geneticamente e ocorre quando tanto o pai como a mãe, mesmo não tendo qualquer sintoma, são portadores de uma mutação no gene da enzima PAH, Bandeira (2018).

A probabilidade de um casal de portadores ter um filho com PKU é de 25% em todas as gestações do casal. (Instituto de Genética Médica 2003)

1.2.4. Etiologia - Medicamentos Teratogénicos

Teratologia é um termo que se refere ao ramo da ciência médica preocupado com o estudo da contribuição ambiental ao desenvolvimento pré-natal alterado (Smithells, 1980). Um agente teratogénico é definido como qualquer substância, organismo, agente físico ou estado de deficiência que, estando presente durante a vida embrionária ou fetal, produz uma alteração na estrutura ou função da descendência (Dicke, 1989)

Os efeitos causados pelas substâncias teratogénicas no feto, vão depender do desenvolvimento embrionário em que o feto se encontra, assim, na primeira semana de desenvolvimento, o feto não se encontra exposto à ação destes agentes pois as células reguladoras têm capacidade totipotente, ou seja, as células são portadoras de todas as suas características específicas, e mesmo que separadas do conjunto conseguem desenvolver o embrião sem anomalias.

Relativamente à segunda semana a ação dos agentes teratogénicos pode ser catastrófica e matar o embrião, é por isso um período crítico de desenvolvimento.

No período embrionário, da terceira à oitava semana de gestação, é quando se processa a formação dos órgãos, sendo por isso um período altamente suscetível à ação de agentes teratológicos que causam malformações nas estruturas. Os teratógenos têm maior probabilidade de causar danos estruturais durante este período embrionário.

Os agentes teratogénicos estão divididos em biológicos, químicos e físicos conforme apresentamos na seguinte tabela:

Tabela 2 - Agentes Teratogénicos Biológicos

<p>Agentes Teratogénicos Biológicos</p> <p>Bactérias, vírus e Fungos que provocam doenças do tipo:</p>	<p>Rubéola - causa cataratas congénitas no recém-nascido</p> <p>SIDA - causa malformações craniofaciais e atraso no crescimento intrauterino.</p> <p>Sífilis - surdez, hidrocefalia, atraso mental, dentes e ossos anormais</p> <p>Varicela - Distrofia muscular, atraso mental</p> <p>Herpes Simplex - Há relatos que mostram que a infeção materna pelo vírus herpes simples (HSV), no início da gestação, aumenta três vezes a</p>
--	--

	<p>proporção de abortos, enquanto a infecção após a 20ª semana está associada a uma proporção mais alta de prematuros</p> <p>A infecção do feto pelo HSV usualmente ocorre ao final da gravidez, provavelmente com maior frequência durante o parto. As anormalidades congênitas que foram observadas nos recém-nascidos incluem lesões cutâneas típicas e, em alguns casos, microcefalia, microftalmia, espasticidade, displasia retiniana e retardo mental.</p> <p>Toxoplasmose - Hidrocefalia, cegueira, retardo mental</p>
Agentes Teratogênicos Químicos	<p>Álcool - síndrome do alcoolismo fetal (SAF)</p> <p>Andrógenos - Masculinização dos genitais externos femininos</p> <p>Aspirina - Fenda palatina</p> <p>Hidantoína - Anormalidades</p>

	<p>craniofaciais, defeitos nos membros e deficiência do crescimento e do desenvolvimento intelectual.</p> <p>Nicotina - retardo no crescimento intrauterino (RCIU)</p> <p>Talidomida - Malformações congénitas</p> <p>Mercúrio (elemento químico) - Malformações do Sistema Nervoso Central</p> <p>Varfarina - Anormalidades ósseas</p>
<p>Agentes Teratogénicos Físicos</p> <p>São estudados os efeitos dos agentes físicos apresentados</p>	<p>Radiação Ionizante - provoca a alteração da estrutura e da função de órgãos e de sistemas, e ocasiona novas doenças (doença do coração, dos vasos sanguíneos, tumores malignos, doenças do fígado, dos rins, da glândula tireoide e outros órgãos endócrinos) ou agravar doenças preexistentes. A alteração do sistema imunitário é uma das causas principais do aumento das doenças infecciosas, como a tuberculose e a</p>

	<p>hepatite viral. Bandazhevsky (2013)</p> <p>Hipertermia: A hipertermia materna define-se como a presença de temperatura materna $\geq 38^{\circ}\text{C}$.</p> <p>As condições associadas à febre materna podem ser associadas à anestesia epidural, infeções, desidratação, disfunção do sistema nervoso central, medicações. Condições ambientais propiciando superaquecimento: ambiente muito quente, falha no servo-controle do berço ou da incubadora, ou falha dos alarmes. (Ata Obstétrica e Ginecológica Portuguesa)</p>
--	--

1.2.5. Etiologia - Anoxia

É caracterizada pela baixa oxigenação do cérebro e pode ser facilmente detetável devido à coloração azulada apresentada pelas células (cianose).

Pode ter como consequência a morte de neurónios e provocar danos cerebrais irreversíveis, ou até a morte, dependendo do tempo em que o cérebro vai estar privado de oxigénio.

A gravidade das lesões cerebrais que o indivíduo irá apresentar, vai ser proporcional ao tempo em que as células estiveram sem receber oxigénio, ou com oxigenação insuficiente (hipoxia), e também com a região do cérebro mais exposta a esta privação. Como o sistema nervoso central dificilmente se regenera, as lesões poderão ser permanentes.

Como sofrimento fetal, a anoxia pode ser originada por qualquer problema que implique uma diminuição da assimilação de oxigénio recebida pelo feto através da circulação placentária.

Esta situação pode ser acentuada ao longo do parto, devido à compressão dos vasos que irrigam a placenta pela musculatura uterina durante as contrações.

Em alguns casos, a anoxia pode ser resultado de uma doença sofrida pela mãe que determina uma diminuição da concentração de oxigénio no sangue, como por exemplo uma anemia significativa, um problema respiratório ou uma cardiopatia, o que, conseqüentemente, origina uma pobre assimilação de oxigénio do feto.

Noutros casos, trata-se de uma doença materna que provoca um défice da irrigação placentária e uma diminuição da oxigenação do feto, como por exemplo a hipertensão arterial ou a diabetes gestacional.

Embora estes problemas não costumem ter repercussões evidentes na oxigenação do feto ao longo da evolução da gravidez, podem determinar uma insuficiência da mesma durante o parto, devido a um esforço materno ou quando são acompanhados por uma diminuição da irrigação placentária durante as contrações uterinas.

Existem algumas complicações da gravidez que podem trazer repercussões graves sobre a oxigenação do feto, pois podem proporcionar o aparecimento de graves hemorragias, sobretudo no momento do parto, como a placenta prévia e o descolamento prematuro da placenta, um problema que implica sempre, em maior ou menor grau, uma deterioração do funcionamento da placenta.

Existem também algumas causas em que o feto entra em sofrimento, que são evidentes apenas na altura do parto, tais como as alterações das contrações do útero, independentemente de serem excessivas (designando-se hiperdinamia), quando as contrações do útero são tão intensas e frequentes

que provocam uma diminuição exagerada da assimilação de oxigénio para o feto, ou escassas (denominando-se hipodinamia), o que leva a que o trabalho de parto se prolongue demasiado.

As posições anómalas do feto na altura do nascimento, ou problemas como uma desproporção entre as dimensões das pélvis da mãe e o tamanho do feto, circunstâncias que dificultam o desenvolvimento do parto e o prolongam em excesso.

Existem mais causas passíveis de sofrimento fetal, são as anomalias do cordão umbilical, independentemente de se tratar de um prolapso ou de uma circular, que podem provocar uma interrupção da circulação sanguínea pelos vasos umbilicais.

As consequências do sofrimento fetal dependem da intensidade da diminuição da oxigenação do feto e da duração da mesma. Quando o problema é diagnosticado e solucionado rapidamente (por exemplo, acelerando-se o parto, através do recurso a uma cesariana), o feto costuma recuperar sem que se produzam complicações.

Existem, no entanto, alguns casos em que a situação de privação de oxigénio se prolonga, o que pode originar lesões irreversíveis em vários tecidos, sobretudo no nervoso, muito sensível à privação de oxigénio, provocando vários tipos de sequelas.

Esta situação de falta de oxigénio no cérebro pode desencadear diferentes tipos de lesões cerebrais que poderão ser ligeiras, quando provocam problemas de comportamento e atraso no desenvolvimento psicomotor do bebé, enquanto que noutros casos origina lesões encefálicas mais graves e extensas com consequências tão graves como uma paralisia cerebral infantil, uma epilepsia ou um quadro de atraso mental. Para além disso, se se produzirem lesões encefálicas que afetem as funções vitais, podem provocar a morte do feto no decorrer do parto ou o falecimento do bebé poucas horas após o nascimento.

1.2.6. Etiologia - Doenças Infeciosas

Segundo o Sistema Nacional de Saúde, as doenças infecciosas são doenças que se propagam entre pessoas ou entre pessoas e animais, são

doenças causadas por microrganismos, sejam eles bactérias, vírus, parasitas ou fungos. Pode ocorrer destruição dos tecidos e manifestações clínicas e patológicas.

Estas manifestações causam destruição de tecidos por ação mecânica, reações inflamatórias, reação de hipersensibilidade com resposta imune devido à ação das toxinas produzidas pelos agentes infecciosos.

Podem ser transmitidas através de:

-Água e Alimentos (cólera, diarreia, doença de Chagas, encefalopatia espongiiforme transmissível (doença da Vaca Louca), febre Tifoide, hepatite A e E, leptospirose, poliomielite, toxoplasmose e verminoses).

-Em Contato Com Água: esquistossomose - A esquistossomose é uma doença parasitária causada pelo *Schistosoma mansoni*. Inicialmente a doença é assintomática, mas pode evoluir e causar graves problemas de saúde crónicos, podendo mesmo provocar a morte

-Ferimentos de Animais: doença da arranhadura do gato, doença da mordedura do rato, raiva, tétano.

-Insetos e Carrapatos: dengue, doença de Chagas, febre amarela e malária.

-Via Respiratória: caxumba, difteria, doença meningocócica, gripe, pneumonias, sarampo, SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave), rubéola, tuberculose e varicela.

- Via Sexual: Sida, cancro-mole, corrimentos cervical e vaginal, hepatite B, herpes genital, sífilis e uretrites.

Das doenças infecciosas que conhecemos, algumas podem conduzir à inflamação das células cerebrais e conseqüentemente à sua destruição, abordaremos a seguir duas das infeções pós-natais que podem deixar sequelas irrecuperáveis na criança após o nascimento, a Meningite, e a Encefalite.

Meningite - É uma doença transmissível causada pela inflamação das meninges, que são membranas, que protegem o cérebro e a medula espinal. É uma infeção normalmente cíclica, ocorre nos primeiros meses do ano. Em Portugal as infeções meningocócicas, incluindo as meningites, são doenças de declaração obrigatória por serem consideradas doença grave. Nesta patologia

existe um número significativo de crianças que fica com sequelas da doença, além de que por vezes esta é letal.

O único meio de transmissão é o contacto direto, através das gotículas e secreções rinofaríngeas, e é favorecida pela tosse, pelos espirros, pelos beijos e pela proximidade física.

Normalmente a doença é mais frequente em crianças com menos de 5 anos, com maior incidência no primeiro ano de vida.

Encefalite - A Encefalite corresponde a uma inflamação do cérebro, quase sempre causada por infeção. É comum no primeiro ano de vida, mas é uma inflamação rara, cuja incidência diminui com a idade. As formas mais graves da doença ocorrem no adulto idoso e no adulto jovem.

As principais causas são as infeções virais. O veículo de transmissão é a respiração (emissão de partículas por uma pessoa infetada), água ou alimentos contaminados, picadas de mosquitos ou outros insetos, ou pelo contacto direto com a pele. (www.saudecuf.pt)

Esta infeção está dependente da localização geográfica e da estação do ano, sendo que a mais comum é causada pelo vírus Herpes Simplex, incluindo nos recém-nascidos.

A vacinação pode reduzir alguns meios de transmissão como a causada por vírus associados à raiva, poliomielite, papeira, sarampo ou varicela, no entanto. Existem outros agentes virais que podem causar encefalite.

Esta infeção provoca no cérebro danos irreparáveis que se manifestam através do inchaço dos tecidos, e como consequência provoca destruição das células nervosas, hemorragias e lesões cerebrais.

A encefalite também pode ser causada pela vacinação, ou seja, por uma reação alérgica a uma vacina, doenças autoimunes, infeções por bactérias, fungos ou parasitas, ou ser consequência de um cancro.

Esta infeção quando não é grave, pode ser confundida com uma simples constipação ou gastroenterite, pois a sintomatologia inicial é idêntica a outras doenças.

São apresentadas queixas do tipo cefaleias moderadas, fadiga, perda de apetite e febre não muito elevada.

Nos recém-nascidos e nas crianças pode ser mais difícil reconhecer o quadro clínico, que normalmente é caracterizado por rigidez do corpo,

irritabilidade, choro frequente (que aumenta quando se pega no bebê ao colo), falta de apetite, fontanelas mais salientes e vômitos.

A transmissão dá-se através de contacto direto através do líquido das vesículas, ou através de contacto indireto por objetos contaminados durante uma semana após o aparecimento das lesões.

1.3. Domínios Afetados na Multideficiência

1.3.1. Domínio motor e paralisia cerebral

A paralisia cerebral, tal como a multideficiência apresenta diferentes definições segundo vários autores.

A primeira descrição de paralisia cerebral surge em 1843, pelo médico Dr. William John Little, ortopedista de profissão e que observou e descreveu crianças com rigidez espástica (Barata 2016)

O termo PC foi posteriormente introduzido por Freud enquanto estudava a “Síndrome de Little” (1897, citado em Rotta, 2002), segundo este, o termo PC refere-se a uma desordem da postura e do movimento, que surge nos primeiros anos de vida da criança causada por desordem cerebral, e que interfere no desenvolvimento do sistema nervoso central.

Para Karel Bobath e Bertha Bobath (1976) a Paralisia Cerebral (PC) atinge o cérebro da criança quando este é ainda muito imaturo o que interfere no seu desenvolvimento motor, sendo o resultado de lesões ou mau desenvolvimento do cérebro de carácter não progressivo. A deficiência motora adquire padrões de postura e movimento considerados anormais assim como tónus muscular.

A Paralisia Cerebral de acordo com Bizarra (2008); Nelson (1994), é referente a um grupo heterogéneo de síndromes neurológicas resultantes de uma lesão nos primeiros momentos do desenvolvimento de um indivíduo.

Segundo Andrada 1986 citada por Barata 2016, refere-se à PC como uma desordem permanente e não imutável da postura e do movimento devido a um problema no cérebro antes da sua completa formação.

Segundo Rosenbaum et al. (2007), paralisia cerebral é “um grupo de desordens do desenvolvimento do movimento e postura, causando limitação da atividade, que são atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil”.

Atualmente o termo PC parece não ser o mais adequado porque traduz uma total ausência da função motora e psíquica o que não corresponde á realidade, desta forma, este termo é rejeitado pelos próprios e pelas famílias por ser redutor e por sugerir ausência de atividade cerebral, (Ferreira, Ponte & Azevedo 2000 citado por Barata 2016, Oliveira 2010, Andrada 2000).

Relativamente às lesões, são irreversíveis devido às células não serem regeneráveis, no entanto, pode existir algum desenvolvimento se for feita uma intervenção precoce estimulando outras áreas cerebrais (Monteiro, 2000 & Andrada, 1986 cit. por Barata 2016).

Este tratamento é denominado precoce porque se inicia por volta do primeiro ao quarto mês de idade e é muito importante devido à grande adaptabilidade e plasticidade do cérebro infantil apresenta nessa altura.

A paralisia cerebral é uma “perturbação persistente do controlo do movimento e da postura, causada por uma lesão não evolutiva do sistema nervoso central, durante o período de desenvolvimento cerebral, limitado em geral, aos três primeiros anos de vida Segundo Orelove e Sobsey (2004), esta é a causa orgânica mais frequentemente identificada na Multideficiência.

Na paralisia cerebral, é difícil encontrar dois casos semelhantes, uma vez que a lesão cerebral poderá afetar diferentes áreas do sistema nervoso central assim como provocar algumas comorbidades (Andrada, 1986 cit. por Barata 2016).

Como tal, as manifestações podem ser diversas e a gravidade da deficiência é variável. Algumas crianças têm perturbações ligeiras, quase impercetíveis, que as tornam desajeitadas a andar, a falar ou a manusear objetos. Outras estão gravemente afetadas com incapacidades motoras, impossibilidade em andar e falar, podendo apresentar dificuldades severas ao nível da aprendizagem.

Leite e Prado (2004) referem que a PC pode ser “classificada por dois critérios: pelo tipo de disfunção motora presente, segundo o tônus muscular e o quadro clínico resultante, que inclui os tipos extrapiramidal ou discinético (atetóide, córeico e distónico), atáxico, misto e espástico; e pela topografia das lesões evidenciada na distribuição anatómica (diplegia, hemiplegia, tetraplegia) ”.

A etiologia do PC pode-se definir segundo o momento em que surgem os fatores que desencadeiam a lesão cerebral, podendo esta ocorrer durante a gestação – fatores pré-natais (e.g. rubéola, intoxicações medicamentosas), aquando do nascimento – fatores perinatais (e.g. anoxia, hipoxia, trauma de parto, prematuridade e após o nascimento – fatores pós-natais (e.g. meningite, traumatismo crânio-encefálico), como apresentamos no seguinte quadro.

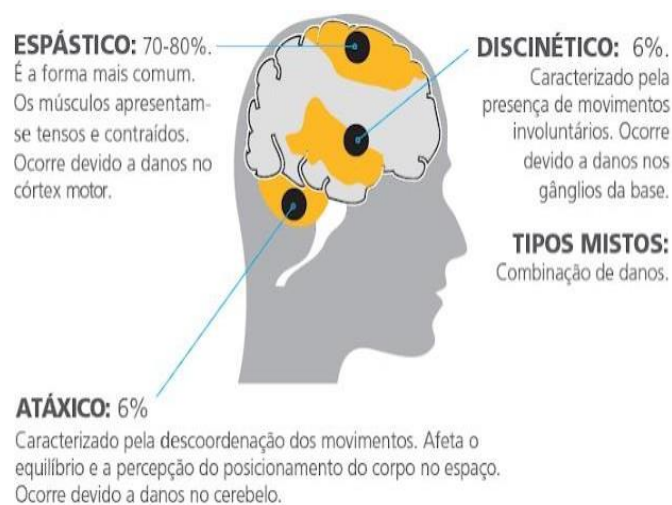
Tabela nº 3 - Etiologia da PC

Pré-natal (Maternos)	Perinatal	Pós-natal
Infeções congénitas (Herpes, toxoplasmose, rubéola, CMV, Sífilis)	Prematuridade	Agressões ao SNC (Traumatismo cefálico)
Agentes teratogénicos	Complicações no trabalho de parto	Infeções do SNC (meningites/encefalites)
Vascular (Hipoxia, isquémia, trombose)	Infeção do SNC	Hemorragias intracraniana
Deficiência de iodo	Hiperbilirrubinémia (Kernicterus)	Encefalopatia adquirida
Malformação congénita do cérebro	Complicações placentárias (abrupta, rotura prematura das membranas, corioamniotite)	Afogamento e asfixia
Drogas maternas ou abuso de álcool	Hipoglicémia	Convulsões neonatais
Atraso mental materno	Hipoxia e anoxia	Paragem cardíaca

Epilepsia ou hipertiroidismo materno		
Colo incompetente ou hemorragia do 3º trimestre	Trauma durante o trabalho de parto	
Complicações obstétricas pré-natais, toxemia, problemas de fertilização, placenta prévia, hemorragias durante a gravidez, gravidez múltipla, malnutrição, anomalias cromossômicas, história familiar de PC ou epilepsia		

A classificação da paralisia cerebral atende também à caracterização do tônus muscular (força e controlo dos músculos) e à sua distribuição topográfica. Quanto ao tônus muscular, existem cinco quadros diferentes que diferem na localização da lesão e nas características evidenciadas, como é possível verificar nas imagens que se seguem. Segundo a distribuição topográfica, a classificação inclui cinco tipos diferentes, e relativamente à classificação quanto ao tônus muscular apresenta-se com 4 diferentes formas de PC.

A PC quanto à caracterização do tônus muscular assume 4 tipos diferentes, denominados espástico, discinético, atáxico e misto, conforme podemos ver na imagem que se segue.



A Paralisia Cerebral pode assumir diferentes tipos

Figura 4 – Caracterização tónus muscular - Adaptada da Associação de Paralisia Cerebral de Braga

Relativamente à sua distribuição topográfica, a paralisia cerebral pode afetar várias partes do corpo de acordo com a imagem seguinte.



Figura 5 - Diferentes Partes do Corpo Afetadas no PC (Classificação Topográfica)

Fonte: adaptado de <https://enfermagemilustrada.com/plegia-paralisia-e-paresia-diferencas-2/>

Existem alguns tratamentos que se podem fazer para tentar minimizar os danos causados nas áreas do cérebro que controlam a coordenação muscular e o movimento. As opções de tratamento existentes incluem fisioterapia, terapia da fala e ocupacional, ortóptica, atividades assistidas, intervenções farmacológicas e procedimentos ortopédicos e neurocirúrgicos (Andrada, 2000).

1.3.2. Perturbação do desenvolvimento intelectual

A deficiência mental atualmente designada por perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI) segundo o DSM-V, está sempre presente em crianças com Multideficiência e, de forma associada, com outros tipos de deficiências.

De acordo com o DSM- 5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders editado pela Associação Americana de Psiquiatria, em maio de 2013, a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) é, basicamente, uma síndrome neurodesenvolvimental que inclui um défice em capacidades mentais genéricas, ou seja, corresponde à associação de défices na generalidade das capacidades cognitivas (funcionamento cognitivo ou intelectual abaixo do segundo desvio padrão negativo do desenvolvimento intelectual para a idade).

Esta classificação baseia-se em 3 critérios definidos pelo DSM-V, são eles:

- Critério A

Limitações no comportamento adaptativo em uma ou mais áreas tais como: comunicação, autonomia pessoal, autonomia doméstica, competências sociais, uso de recursos comunitários, autocontrolo (respostas emocionais adequadas em situações concretas), competências académicas, competências no trabalho, tempos livres, saúde (como a automedicação para dores básicas) e segurança, (como o uso do cinto de segurança no automóvel, atravessar a rua nas passeadeiras etc.).

- Critério B

O critério B, considera-se que está presente quando pelo menos um dos domínios do funcionamento ou comportamento adaptativo (conceptual, social ou prático), está suficientemente alterado por forma a que o sujeito necessite de apoios contínuos no sentido de adequar a sua participação e desempenho em um ou mais contextos da vida, tais como, escola, trabalho, casa ou comunidade. Para efeito de diagnóstico de PDI, os défices no funcionamento adaptativo devem estar diretamente relacionados com as alterações intelectuais descritas no critério A.

- Critério C

As manifestações correspondentes aos critérios anteriores, devem ter lugar, antes dos 18 anos.

No DSM-V, contrariamente às versões anteriores, a atribuição do grau de gravidade deixa de ser baseada no funcionamento cognitivo para se centrar nas capacidades/ limitações no domínio do funcionamento.

Esta nova proposta de classificação da PDI, é considerado um avanço conceptual, porque passa a basear-se nas habilidades do indivíduo e não no Q.I (Quociente de Inteligência).

O DSM-V determina os graus de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual de acordo com seguinte tabela:

Tabela 4 - Graus de Perturbação do Desenvolvimento Intelectual - adaptada do DSM V

Níveis de Gravidade e Domínios Afetados na PDI			
	Domínio Conceptual	Domínio Social	Domínio Prático
Nível Leve	Crianças- idade pré-escolar sem diferenças conceituais óbvias.	Imaturo nas relações sociais para a faixa etária. Dificuldades no controlo das emoções/ comportamento	Relativamente aos cuidados pessoais pode estar nos parâmetros normais, mas necessita de apoio para algumas tarefas do dia a dia.
	Crianças em Idade Escolar- Dificuldades na aprendizagem da leitura, escrita, matemática, tempo ou dinheiro.	desajustadas à idade. Pessoa imatura com probabilidade de ser manipulada devido à sua compreensão limitada.	Nos adultos as necessidades envolvem tarefas relacionadas com a aquisição de itens para a habitação, organização da casa, cuidar dos filhos, confeção de refeições, e
Grau Moderado	Aprendizagem Apoiada para Atingir Determinados Objetivos de Acordo		

Grave	<p>com Idade.</p> <p>Adultos- Comprometimento de Habilidades ao nível do pensamento abstrato, funções executivas, memória, prioridades, controle financeiro, e habilidades académicas em geral.</p>		<p>atividades que envolvam o manuseio de dinheiro.</p> <p>Nas habilidades recreativas encontram-se ao nível da faixa etária, embora precisem de apoio na organização.</p> <p>Na generalidade precisam de apoio na organização familiar na tomada de decisões de carácter legal, de saúde e profissional.</p>
Profundo	<p>As habilidades conceituais individuais ficam aquém do esperado para a idade.</p> <p>Nos pré-escolares as habilidades</p>	<p>Existem diferenças no comportamento, social e comunicação.</p> <p>Conseguem comunicar, mas de forma elementar.</p>	<p>Pode tornar-se independente nas suas necessidades pessoais e do quotidiano, mas precisa de um longo período de</p>

	<p>académicas e a linguagem desenvolvem-se lentamente. Na idade Escolar as crianças apresentam limitações com progresso lento na escrita, leitura, matemática, no conhecimento financeiro, sendo que se distanciam dos colegas da mesma idade a nível de conhecimentos com o decorrer dos anos. Adultos com habilidades académicas de nível elementar, com necessidade de apoio na realização de tarefas quer a</p>	<p>Com capacidade para relacionamentos românticos, amizades bem-sucedidas e vínculos afetivos com a família. Pode apresentar dificuldade na interpretação de pistas sociais. Precisam de terceiros para apoio nas decisões legais. As relações de amizade com companheiros com desenvolvimento normal costumam ser afetadas devido às limitações de comunicação e sociais.</p>	<p>aprendizagem. Por vezes precisam de lembretes para a realização dessas aprendizagens, ou mesmo de apoio em algumas. Habilidades comunicacionais e conceituais limitadas, precisa de apoio para a sua boa concretização Podem ser desenvolvidas várias atividades recreacionais com o individuo para estimular as aprendizagens o que requer por longos períodos de tempo. Alguns indivíduos tem poucas</p>
--	---	--	---

	<p>nível pessoal, quer profissional, sendo que outras pessoas podem assumir essa responsabilidade pelo individuo.</p>	<p>Precisam de apoio social e profissional para terem sucesso na concretização de tarefas.</p>	<p>condições de adaptabilidade, causando problemas sociais.</p>
	<p>Habilidades conceituais com alcance limitado. Precisam de cuidadores para o desenvolvimento de atividades e tarefas ao longo da vida.</p> <p>Conhecimento s limitados ao nível da compreensão e da linguagem.</p>	<p>Pouco poder comunicativo.</p> <p>Comunicação é utilizada para desrever o presente, mais para comunicação social do que para explicações.</p> <p>Percebem discursos simples e comunicação gestual.</p> <p>As relações com família e amigos constituem fonte de prazer e ajuda.</p>	<p>Pode participar em atividades diárias do seu quotidiano, mas é dependente de terceiros para a realização de todas elas.</p> <p>Podem ajudar em tarefas domésticas simples.</p> <p>Precisa do apoio de outras pessoas para as suas atividades profissionais e recreativas.</p> <p>Alguns</p>

		apresentam limitações físicas que os obrigam a ser meros espectadores. Uma minoria apresenta poucas condições de adaptabilidade.
As habilidades conceituais envolvem mais o meio físico do que os processos simbólicos. Podem adquirir conhecimentos básicos como combinar e identificar características físicas. As limitações	Compreensão muito limitada. Pode perceber alguns gestos ou instruções simples. Os desejos e emoções são expressados através de comunicação não verbal e não simbólica. O indivíduo apresenta laços	O indivíduo depende de terceiros para todos os aspetos da vida diária, embora possa ter participação em algumas delas. Quando possível podem participar em algumas tarefas domésticas simples. Ações simples com objetos

	<p>físicas e sensórias podem impedir o uso funcional de objetos</p> <p>Pode-se fazer trabalho direcionado para atingir determinadas realizações simples, como uso de alguns objetos.</p>	<p>afetivos e aprecia os relacionamentos com pessoas bem conhecidas da família, amigos e cuidadores, e pode interagir com elas através de pistas gestuais e emocionais.</p> <p>As limitações concomitantes de ordem física e sensorial pode comprometer muitas das atividades sociais.</p>	<p>podem constituir a base para a participação em algumas atividades profissionais, com elevados níveis de apoio continuado.</p> <p>Pode participar em atividades recreativas com ajuda de outras pessoas.</p> <p>A existência de limitações físicas acrescidas de limitações sensoriais obriga a que estes sejam meros espectadores.</p>
--	--	--	---

Como etiologia da deficiência mental, são apontadas causas pré-, peri- e pós- natais. Quanto às causas pré-natais, aquelas que ocorrem antes do nascimento, são referidas por exemplo as alterações cromossômicas, como a Trissomia 21, e alterações no desenvolvimento da formação do cérebro, como a macrocefalia. Relativamente às causas perinatais, que ocorrem aquando do

nascimento, são apontadas a anoxia e a prematuridade. Por fim, a deficiência mental também pode estar associada a causas pós-natais que surgem depois do nascimento, como privações ambientais advindas de um meio social e familiar pouco estimulante.

1.3.3. Deficiência Visual

Podemos definir deficiência visual, segundo a OMS, como um dano no sistema visual na sua globalidade ou parcialidade, que pode variar quanto à sua etiologia – traumatismo, doença, malformação, deficiente nutrição, bem como quanto à sua natureza – congénita, adquirida ou hereditária.

A visão é um fenómeno muito complexo. Temos a noção de que é o olho que vê, mas o sistema visual é constituído pelos olhos, pelas vias óticas e pelos centros cerebrais dedicados à visão. (AAICA- Associação de Apoio e Informação a Cegos e Amblíopes)

Em termos gerais, poderemos dizer que uma pessoa tem deficiência visual (subvisão ou baixa visão), quando tem dificuldade em executar as tarefas visuais do dia-a-dia, mesmo com correção ótica adequada.

Nesta situação existe ainda alguma visão útil, mas esta não pode ser melhorada até à visão normal, nem com o uso de óculos ou lentes de contacto, nem com medicamentos ou cirurgias.

Existem 4 níveis de funcionamento visual, de acordo com a Classificação Internacional das doenças, da OMS:

- Visão normal;
- Deficiência visual moderada (subvisão);
- Deficiência visual grave (baixa visão);
- Cegueira.

A deficiência visual moderada e a grave têm sido agrupadas com o termo subvisão ou baixa visão.

Em Portugal, a única classificação aprovada, entrou em vigor em 1 de Dezembro de 1969 (Decreto Lei nº 49331). Para efeitos médico-legais, considera cegueira legal:

- A ausência total de visão;

As situações irrecuperáveis em que a acuidade visual seja inferior a 0,1 no melhor olho, após a correção apropriada; ou a acuidade visual, que embora superior a 0,1, seja acompanhada por limitação do campo visual igual ou inferior a 20 graus angulares.

As pessoas com deficiência visual têm dificuldade em ler, escrever, fazer compras, reconhecer os amigos, conduzir e em todas as tarefas que aparentemente são simples quando a visão é normal.

É importante saber que nesta situação existe a possibilidade de melhorar o desempenho com a utilização de estratégias compensadoras, ajudas óticas ou eletrônicas e modificações no meio ambiente

Em Portugal segundo o Censo de 2001 existem, 163 569 pessoas com deficiência visual (cegas ou com baixa visão).

A baixa visão é cerca de 3 a 4 vezes mais frequente que a cegueira. Estima-se assim que no nosso país aproximadamente 30 000 pessoas sejam cegas e 133 000 tenham baixa visão.

As principais causas de diminuição da visão estão ligadas ao envelhecimento. A catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degenerescência macular ligada à idade (DMLI) são responsáveis pela maioria dos casos de cegueira que se verifica atualmente nos países industrializados.

Segundo Kirk e Gallagher (1991) a classificação é baseada num padrão de eficiência visual, que é de certo modo abstrato. Sendo utilizado, cada vez mais, uma definição funcional que enfatiza os efeitos da limitação visual sobre a habilidade crítica da leitura.

Pessoa Cega: é aquela que possui perda total ou resíduo mínimo de visão, necessitando do método Braille como meio de leitura e escrita e/ou outros métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para o processo ensino-aprendizagem.

Pessoa com baixa visão: é aquela que possui resíduos visuais em grau que permitam ler textos impressos à tinta, desde que se empreguem recursos didáticos e equipamentos especiais, excluindo as deficiências facilmente corrigidas pelo uso adequado de lentes.

Segundo a OMS na sua 10ª revisão de Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte, a visão subnormal é definida como acuidade visual inferior a 20/60 (6/18), mas igual ou melhor que

20/200 (6/60), ou correspondente a perda de campo visual menor que 20 graus, no melhor olho com a melhor correção possível. A cegueira é definida como acuidade visual menor que 20/400 (6/120), ou correspondente a perda de campo visual menor que 10 graus, no melhor olho com a melhor correção possível

Cegueira é a condição de falta de percepção visual, devido a fatores fisiológicos ou neurológicos. Várias escalas têm sido desenvolvidas para descrever a extensão da perda de visão e definir a cegueira. Cegueira total é a completa falta de percepção visual de forma e luz e é clinicamente registrado como NLP, uma abreviação para "no light perception" (sem percepção de luz).

Cegueira é frequentemente usada para descrever a deficiência visual grave, com visão residual. Aqueles descritos como tendo apenas percepção de luz têm apenas a capacidade de diferenciar o claro do escuro e a direção de uma fonte de luz.

Na tabela que apresentamos a seguir podemos verificar a classificação e os graus de acuidade visual segundo a OMS.

Tabela nº 5 - Classificação da Deficiência Visual O.M.S

Categorias da Visão	Grau de Deficiência	Acuidade Visual
Visão Normal	Nula	0,8 ou superior
	Ligeira	Menor de 0,8
Ambliopia	Moderada	Menor de 0,3
	Grave	Menor de 0,2
Cegueira	Profunda	Menor de 0,05
	Quase Total	Menor de 0,02
	Total	Ausência de Percepção de Luz

1.3.4. Deficiência Auditiva

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a deficiência auditiva como um déficit sensorial que origina uma diminuição ou perda completa de audição. Empobrece por vezes a capacidade de comunicar, mas não implica necessariamente problemas de integração social. Na sua origem poderão estar fatores de ordem hereditária (e.g. causas genéticas, infeções virais e tóxicas pré-natais) e adquirida (e.g. complicações do parto, infeções), embora possa não ser determinada a causa exata.

A associação de Surdos do Porto, define a surdez como a diferença existente entre a performance do indivíduo e a habilidade normal para a deteção sonora de acordo com padrões estabelecidos pela American National Standards Institute (ANSI – 1989), e considera em geral que a audição normal corresponde à habilidade para deteção de sons até 20 dB N.A (decibéis, nível de audição).

As deficiências Auditivas são classificadas em tipos específicos segundo o local da lesão, desta forma temos 4 tipos diferentes de lesões, as condutivas, as sensorineurais, as mistas e por último as centrais.

Na condutiva a alteração encontra-se na orelha externa e/ou média, como por exemplo, rolhas de cera no canal auditivo ou otite na cavidade timpânica. Dessa forma, existe um problema durante a condução do som, não permitindo que ele chegue normalmente até a cóclea. As deficiências auditivas condutivas podem ser reversíveis se forem realizados tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos precoces e apropriados.

Na Sensorineural ou Neurosensorial o acometimento está no nível sensorial e/ou neural do sistema auditivo, ou seja, acontecem desde lesões nas células ciliadas do Órgão de Corti da orelha interna, responsáveis por converter as vibrações sonoras em estímulos nervosos, ou em fibras no nervo auditivo, que conduzirão os estímulos nervosos até o córtex cerebral. Geralmente, estas deficiências são irreversíveis.

Mista- aqui as alterações encontra-se em todos os locais, na orelha externe, média ou interna. Reúnem tudo o que foi dito anteriormente, assim como podem ocorrer devido a malformações cranianas devido a fatores

genéticos, que acometem os ossículos da orelha média (martelo, bigorna e estribo) e a cóclea (Bevilacqua, 1998).

Na Central, quando as alterações se encontram a partir do tronco encefálico até às regiões subcorticais e córtex cerebral, as deficiências auditivas são classificadas como centrais. São totalmente irreversíveis.

Esta deficiência provoca perdas únicas, nomeadamente em termos da comunicação, com implicações ao nível da compreensão do mundo ao seu redor e da interação com os outros e com o ambiente físico. Estas limitações têm graves consequências no seu desenvolvimento. Podem ter ou não associadas acentuadas limitações noutros domínios (Nunes, 2005).

Também aqui os níveis utilizados para caracterizar os graus de severidade da deficiência auditiva podem sofrer algumas variações entre os autores, segundo observação da Associação de Surdos do Porto.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a classificação dos níveis de surdez são os que apresentamos a seguir para adultos:

Tabela nº 6 Classificação dos Níveis de Surdez (O.M.S)

GRAUS DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA - ADULTOS				
Audição Normal	Deficiência Auditiva Leve	Deficiência Auditiva Moderada	Deficiência Auditiva Severa	Deficiência Auditiva Profunda
Entre 0 e 24 dB	Entre 25 e 40 dB	Entre 41 a 70 dB	Entre 71 a 90 dB	Acima de 90 dB

1.4 Características e necessidades das crianças com multideficiência

A criança com multideficiência pode apresentar um conjunto muito variado de necessidades decorrentes de acentuadas limitações cognitivas associadas, a limitações nos domínios motor ou sensorial. (Nunes, 2005).

Devido a estas limitações que apresentam em diversos domínios, estão condicionadas nas interações com o meio sendo necessário o apoio constante de terceiros nas atividades diárias.

As características das crianças com Multideficiência resultam da combinação das suas limitações, da idade em que apareceram essas limitações e das experiências por si vividas, é comum esta população manifestar acentuadas limitações aos níveis das funções mentais, da comunicação e linguagem (normalmente não usam a linguagem oral para comunicar), da mobilidade, das funções visuais ou auditivas e problemas de saúde (epilepsia e problemas respiratórios), o que os leva a necessitar de um apoio permanente na realização das tarefas do dia-a-dia.

No domínio da atividade e da participação, revelam dificuldades em interagir e compreender o meio que os rodeia (em resultado do seu desenvolvimento comunicativo); em selecionar estímulos importantes; em compreender e interpretar a informação recebida (como consequência das suas limitações e da vivência de poucas experiências); em adquirir competências; em desenvolver a concentração e a atenção; em tomar decisões sobre a sua vida e em resolver problemas.

Por isso a importância de vivenciarem experiências significativas e diversificadas em diferentes contextos, assim como oportunidades de aprendizagem reais, interagirem com pessoas e objetos significativos e terem ao seu lado parceiros que, não só os apoiem nas atividades necessárias, mas que também os conduzam a participar ativamente.

Pelos factos apresentados, as experiências de vida destas crianças são condicionadas pelas suas limitações motoras, cognitivas, linguísticas e sensoriais, as quais prejudicam o seu desenvolvimento tal como refere Amaral et al (2004) e as suas dificuldades na aprendizagem resultam das suas próprias limitações no acesso à informação ao ambiente, às dificuldades em dirigir a atenção para estímulos relevantes, e na interpretação da informação e de generalização.

Estas necessidades foram agrupadas em três blocos por Orelove e Sobsey (2000), cit. por Nunes (2002), as necessidades médicas, educativas e emocionais.

As necessidades físicas e médicas apontadas pelos autores têm a ver com a principal causa da multideficiência, a paralisia cerebral, patologia que limita gravemente a postura e a mobilidade provoca deformidades esqueléticas, sendo necessário adequar o posicionamento dos indivíduos por forma a não ficarem em posições desconfortáveis e inadequadas.

Para estas deformidades muito contribui o funcionamento dos músculos que ora são forçados a contrair demasiadamente ora insuficientemente, e por vezes acontecem ambas as situações ao mesmo tempo.

A espasticidade provocada pela PC (paralisia cerebral) pode ser dolorosa especialmente se leva a articulação a tomar uma posição anormal ou impede uma série de movimentos realizados por um grupo muscular. Os sintomas podem variar desde uma leve contração muscular até uma deformidade grave, com permanente encurtamento muscular e posturas anormais.

Podemos observar nestas situações as rápidas e repetidas contrações musculares (clónus), espasmos musculares, e crianças com membros inferiores em posição de "tesoura" (cruzamento involuntário das pernas) também podem ser observados.

Deste modo, é comum que essas crianças sofram com dificuldades em manter a postura, visto que a limitação motora faz com que fiquem em posições dolorosas e não saudáveis. (Barata 2016).

Grande parte das crianças com PC tem dificuldade em utilizar os membros superiores, devido à falta de força na musculatura, e à descoordenação dos movimentos. (Coluccini et al., 2007), e também apresentam limitações na dissociação de dedos (Eliasson et al., 2006), o que dificulta ainda mais a apreensão de objetos.

A apreensão voluntária dos objetos em algumas crianças é tarefa impossível ou quase impossível, porque envolve a coordenação de vários meios, iniciando com a localização do objeto por meio da visão, acompanhado posteriormente por controlo cervical para acompanhamento visual do objeto e controlo do tronco para que as mãos permaneçam liberas da sua função de apoio e preservação cinestésica (Zoppa, 1998).

Podemos, pois, evidenciar que existe diminuição considerável da força de preensão, o que também prejudicará a precisão ou destreza do movimento (Grandjean, 1998).

Podemos concluir que devido à dificuldade de preensão algumas crianças podem apresentar dificuldade de manuseamento de objetos pesados ou até mais leves de acordo com o grau de comprometimento e tipo de paralisia cerebral instituída, principalmente pela força de preensão diminuída e manutenção da flexão de punho e dedos.

Relativamente à parte respiratória as dificuldades que subsistem são do âmbito do controlo respiratório e pulmonar.

As disfunções das vias aéreas ou dificuldades respiratórias em crianças com PC, são essencialmente causadas pela falência da força muscular e não pela doença propriamente dita, podendo levar a comprometimento pulmonar e baixa capacidade cardiorrespiratória, por isso é frequente nestas crianças a presença de pneumonias de repetição, assim como apneia do sono. (Barbosa 2002).

Segundo Barbosa (2002) o permanente estado de tensão a que os músculos espásticos se encontram sujeitos, acaba por impedir o uso funcional dos membros, assim como a postura fixa dos braços favorece o encurtamento da musculatura inspiratória, enquanto a musculatura abdominal se apresenta tensa, porém enfraquecida e sem atuação para que possa abaixar a caixa torácica por ordem a facilitar os movimentos respiratórios.

Para Dutt e col., (2015) os fatores como a espasticidade, tónus muscular anormal, movimentos involuntários e posturas atípicas aumentam a experiência de dor nestes indivíduos.

No que concerne à alimentação, (Nunes 2000), (Mednick 2007), (Batshaw, Pellegrino e Roizen 2007) referem as fracas habilidades motoras orais que dão origem a problemas de deglutição, mastigação e refluxo gastroesofágico que lhes provoca o vômito, devido ao fraco desempenho motor, impedindo-as de se alimentar convenientemente, por apresentarem em simultâneas dificuldades de deglutição e mastigação.

Outro problema descrito por Mednick e Batshaw (idem), é a aversão a alguns tipos de alimentos ou até consistências, estas condições e as mencionadas nos pontos anteriores não permitem que o momento da

alimentação seja relaxado e seguro, criando angústias e ansiedade nos progenitores e crianças.

Em alguns casos, quando o aporte calórico se situa abaixo das necessidades diárias da criança, é necessário avaliar a necessidade da alimentação através de um botão gástrico que vai permitir alimentar a criança de forma prazerosa e conseqüentemente oferecer o aporte calórico e de nutrientes de acordo com as suas necessidades, para além da alimentação, o botão gástrico também permite a administração da medicação da criança.

É um dispositivo desenhado para maior conforto e mobilidade do doente. (Mednick M. 2007, pag.14) colocado através de um procedimento denominado Gastrostomia.

As mais frequentemente colocadas em idade Pediátrica são as Gastrostomias Endoscópicas Percutâneas (PEG).

Normalmente é um procedimento de curta duração, efetuado em ambiente hospitalar através de uma técnica pouco invasiva, de fácil execução, normalmente bem tolerada e com baixa incidência de complicações, tem um período de internamento de 2 dias para avaliação do estado da cirurgia e adaptação do doente.

O chamado botão gástrico é colocado quatro a seis semanas depois de ser colocada a primeira sonda (PEG), esta é retirada e substituída por uma sonda com balão.

Um botão gástrico é uma sonda de silicone transparente que é colocada através da pele do abdómen até ao estômago. A utilização de um botão gástrico permite uma melhor adaptação à PEG.

Este procedimento é aplicado em crianças com neuropatias (lesões nos nervos motores, sensoriais) com problemas de broncoaspiração (aspiram parte dos alimentos para os pulmões) disfagia (problemas de deglutição) e conseqüente subnutrição, desencadeando pneumonias de repetição. As crianças com estas patologias requerem um período de alimentação prolongado o que desencadeia momento de tensão ao invés de ser uma experiência agradável, as refeições são normalmente períodos de sofrimento para a criança e para a pessoa que cuida dela.

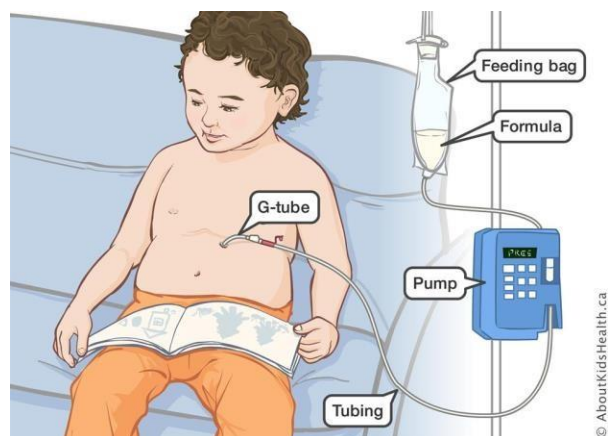


Figura 6 - Alimentação por Tubo Gástrico

As crianças com paralisia cerebral sobretudo discinética normalmente apresentam muitas dificuldades de mastigação e deglutição resultando em disfagia (dificuldade em deglutir), e podem correr o risco de broncoaspiração (aspiração de secreções ou parte do bolo alimentar) e desnutrição (Batshaw, Pellegrino e Roizen 2007) o que em alguns casos pode originar pneumonia, pneumonite, hipoxia e até mesmo morte. Nestas situações a alimentação através do tubo gástrico é uma alternativa a considerar.

Também apresentam uma maior vulnerabilidade a outros problemas de saúde (apresentam menos resistência e tomam frequentemente muitos medicamentos), normalmente para controlar os movimentos incontroláveis e para dormir.

Relativamente aos distúrbios do sono Newman et al. (2006) relatam que a dificuldade em iniciar e manter o sono, fazer a transição vigília-sono e os distúrbios respiratórios do sono são os problemas mais frequentes em crianças com paralisia cerebral.

Nunes e Cavalcante (2005) e Ferreira et al (2009), referem os distúrbios do sono mais comuns em crianças com deficiência psicomotora como sendo os distúrbios respiratórios do sono, que se traduzem em dificuldade de iniciar e manter o sono, distúrbios na transição vigília-sono, e ainda, sonolência excessiva diurna, soníloqua (fala que ocorre durante o sono), pesadelos, bruxismo (ranger ou apertar forte os dentes durante o sono) e ronco.

Um estudo levado a cabo sobre a prevalência do bruxismo em pacientes com paralisia cerebral, refere que esta sintomatologia está presente

numa elevada percentagem destes doentes. (Rodrigues, Chagas e Amaral, 2010)

Também Ahmad (1986) refere o bruxismo como fazendo parte das características apresentadas em crianças com alterações no SNC (sistema nervoso central).

Santos et al. (2006) também faz menção ao alto índice de bruxismo e má oclusão nos pacientes com deficiências.

Schmidt et. al (1999) verificou-se a existência de movimentos descoordenados e involuntários da mandíbula, lábios e língua, em pacientes com paralisia cerebral, devido à descoordenação dos músculos intra e peribucais e da falta de controle muscular originando maior desgastes da dentição.

Segundo os mesmos autores, estes referem que, quanto à presença de má oclusão, as condições mais observadas foram sobremordida excessiva, protrusão dos dentes anteriores da maxila, mordidas abertas e mordidas cruzadas unilaterais.

O Bruxismo é uma forma de apertamento dentário que consiste em manter os dentes cerrados de maneira contínua por um determinado período. Isso provoca uma destruição das estruturas de sustentação dos dentes, bem como favorece o surgimento de dor, fadiga e hipertrofia dos músculos da mastigação, disfunção nas articulações temporomandibulares (ATM) e dores de cabeça, por aumento da pressão intracraniana.

O apertamento dentário ocorre geralmente na execução de tarefas ou no desenrolar de trabalho que exijam muito esforço físico, mas também pode ocorrer durante o sono (Akeson, 2000), associado a graus diferentes de excitação tipo, enurese, soníloqua, sono agitado (Ahmad 1986) ou em alturas de maior stress.

A etiologia do bruxismo assenta em diversos fatores do tipo locais (contatos prematuros, interferências oclusais), fatores sistémicos (indivíduos portadores de asma ou rinite, pacientes com distúrbios do SNC), fatores psicológicos (stresse, ansiedade), fatores ocupacionais (prática de desportos de competição) e fatores hereditários.

De acordo com Ahmad (1986) o tratamento medicamentoso consiste em usar relaxantes musculares, tranquilizantes, sedativos e injeções de anestésico

local diretamente dentro da ATM e dos músculos. Placebos podem ser efetivos quando a etiologia for psicológica. Outros métodos terapêuticos incluem: exercícios orais, calor húmido, e aconselhamento nutricional.

A utilização da toxina botulínica (Botox), como forma de alívio dos sintomas do bruxismo, é referida por Cardoso (2009).

A toxina Botulínica é uma substância que age nas sinapses nervosas do sistema nervoso colinérgico periférico, para evitar a liberação de neurotransmissores resultando num efeito anticolinérgico que induz à paralisia muscular (Cardoso, 2009).

Estas crianças, porque apresentam musculatura orofacial hipotónica, associada à respiração bucal, tornam-se mais propensos a possuir cáries periodontais como: gengivite, hipoplasia de esmalte (maior incidência de dentição decídua, sobretudo nos pacientes com história de prematuridade ou hiperbilirrubinemia), hiperplasia gengival (em pacientes com epilepsia associada, aparece a fibromatose gengival dilatínica causada por medicamentos anti convulsivantes à base de Hidantoína), maloclusão (alto índice, em função das ações musculares e da respiração bucal), traumatismos (traumas de tecidos moles, ocasionados por contrações musculares e maloclusão) e bruxismo, que é mais frequente na paralisia cerebral do tipo espástico e atetóide (Varellis, 2006)

Os fatores como a espasticidade, tónus muscular anormal, movimentos involuntários e posturas atípicas aumentam a experiência de dor nestes indivíduos (Dutt e col., 2015)

Outro dos problemas vivenciados pelas crianças com MD tem a ver com a sialorreia. Esta consiste na perda involuntária de saliva. Na criança com PC não é causada por hipersalivação, mas sim por disfunção motora oral, por disfagia e/ou por distúrbio da sensibilidade intraoral (Senner et al.2004).

O problema da sialorreia nestas crianças está associado a dificuldades na formação do bolo alimentar, vedamento labial ineficiente, distúrbio de sucção, resíduo alimentar aumentado, dificuldades para controle dos lábios, da língua e da mandíbula, sensibilidade intraoral reduzida, frequência reduzida de deglutição espontânea, disfagia de fase esofagiana e má oclusão dentária. (Senner 2004, Franklin, Luther, Curzon 1996)

A capacidade de mastigação e outras habilidades de deglutição em geral estão relacionadas com a severidade do problema assim como a posição de boca aberta, a postura corporal hipotónica que impede o posicionamento saudável do corpo, deficiência intelectual, estado emocional e grau de concentração, influenciam a sintomatologia e o grau de perda da saliva (Morales, Silvestre 2008).

Reid et al. 2012 analisaram os fatores predisponentes de sialorreia em crianças com PC. São eles: os tipos não espásticos, o padrão topográfico tetraplégico, a ausência de controlo cervical, as dificuldades graves na coordenação/função motora grossa, a epilepsia, a deficiência intelectual, a ausência de fala, a mordida anterior aberta e a disfagia.

Tal como atrás referido, as crianças com Multideficiência apresentam limitações sensoriais, sobretudo as visuais e as auditivas, assim como a presença de convulsões as quais representam, igualmente, um sério desafio no campo médico, porquanto poderá alguma medicação ter, por vezes, alguns efeitos secundários (Nunes 2002, Orelove e Sobsey 2000).

Mednick (2007) alega a importância da estimulação visual na motivação da criança para aprender o mundo que a rodeia. Segundo o autor, alguns profissionais mostram-se mais preocupados com as condições médicas e físicas do que com a condição visual, deixando a sua estimulação para segundo plano, uma decisão errada segundo ele, porque a visão permite que uma criança tenha maior consciência e conhecimento do que está lá fora, sem isso podem desenvolver-se algumas dificuldades relativamente à perceção do espaço e a criança ser incapaz de coordenar adequadamente os movimentos do corpo e dos membros.

Relativamente às informações auditivas, Mednick alega que as crianças multideficientes necessitam de ajuda para selecionar o que ouvem, porque as informações auditivas que percecionam são várias ao mesmo tempo, tal como nós, simplesmente elas sem ajuda não conseguem filtrar as mais importantes, não conseguem bloquear o tic tac do relógio se estiverem a assistir a uma palestra, isso provoca desconforto e sem a orientação necessária, esta situação pode manifestar desinteresse no seu canal auditivo.

A maioria encontra-se impossibilitada de usar a fala para comunicar, pelo que necessitam que comuniquem com ela através de outras formas de comunicação.

As necessidades educativas de cada criança será o reflexo das suas capacidades e características pessoais.

Nas necessidades emocionais, como em qualquer ser humano, necessitam de afeto e atenção, de oportunidades para interagir com o contexto à sua volta e desenvolver relações sociais e afetivas com os adultos e os seus pares.

As necessidades citadas implicam a aplicação de um outro tipo de abordagem e de estratégias, daí que a sua educação tenha de ser planeada de uma forma sistemática e dentro de um processo de colaboração de tomadas de decisões.

Muitas crianças multideficientes sofrem problemas de hipertonia, hipotonia ou a mistura de ambos os casos, o estado de espírito da criança em dado momento, traduz-se no seu comportamento.

Podemos comprovar que as crianças com MD têm características específicas de acordo com as suas problemáticas, as quais fazem com que manifestem determinadas necessidades. As experiências de vida destas crianças são condicionadas pelas suas limitações motoras, cognitivas, linguísticas e sensoriais, as quais prejudicam o seu desenvolvimento e aprendizagem e condicionam as interações com o meio. Por isso necessitam de apoio constante de terceiros para poderem participar nas atividades diárias tais como, a alimentação, a higiene, a mobilidade, o vestir e o despir, (Nunes, 2008).

Segundo a mesma autora, estas crianças em termos gerais são caracterizadas por algumas características comuns apesar da sua homogeneidade, que resultam da combinação das suas limitações, da idade em que estas surgiram e das experiências por si vividas; estas limitações compreendem os níveis das funções mentais, e influenciam a sua participação e atividade nos diversos contextos.

Destacam-se quase sempre a dificuldade ou ausência total de comunicação e linguagem (normalmente estes alunos não usam a linguagem oral para comunicar e também não conseguem alimentar-se por si próprios),

apresentam mobilidade reduzida, limitações nas funções visuais ou auditiva e alguns problemas de saúde de nível respiratório, musculoesqueléticos os quais arrastam algumas comorbilidades.

No domínio da atividade e da participação estes alunos revelam dificuldades em interagir e compreender o meio que os rodeia, como resultado da reduzida participação em diversas vivências e experiências de vida, assim como a ausência de comunicação que origina a incompreensão de algumas informações recebidas.

Como nos dizem Amaral et al (2004) estas limitações resultam de dificuldades em aceder à informação existente no ambiente, em dirigir a atenção para estímulos relevantes, e na fraca interpretação da informação.

Para percebermos as reais necessidades destas crianças precisamos de proceder a uma avaliação compreensiva com a ajuda dos pais, que devem constituir um elo de ligação importante na processo educativo do seu educando, transmitindo preferências e necessidades uma vez que são eles quem melhor conhece a criança, com esta base de trabalho, é possível compreender como é que a criança interage nos diversos contextos e, com base nessa informação, planificar e organizar a intervenção mais adequada por forma a proceder ao planeamento e organização das suas aprendizagens para responder às suas necessidades (Saramago et al., 2004).

É importante a existência de uma equipa multidisciplinar, onde se incluem professores, terapeutas, psicólogos, pais e demais intervenientes que atuem com a criança para salvaguardar um processo educativo ajustado às suas reais necessidades e capacidades, tendo o cuidado de estabelecer metas tangíveis para não frustrar a criança com metas que não consegue atingir.

A partir do conhecimento da sua individualidade e das suas necessidades particulares e familiares, é possível planificar atividades promotoras de oportunidades do conhecimento do meio envolvente. Em termos curriculares a principal área curricular a considerar deve ser a comunicação, no sentido de ajudar a desenvolver competências comunicativas, a aprender conceitos, a interagir com o meio envolvente, a relacionar-se com os seus pares e a manifestar sentimentos, gostos e preferências (Nunes, 2008).

É importante também ensinar-lhes conteúdos funcionais que respondam às suas necessidades individuais, aos seus interesses e desejos (bem como

das suas famílias). É igualmente relevante promover a sua autonomia, nomeadamente na realização das atividades da vida diária, assim como proporcionar oportunidades para que estes possam apropriar-se de informação que lhes possa ser útil no presente e no futuro, aproveitando as situações reais e naturais e as oportunidades de interação social que essas situações podem proporcionar (Saramago et al., 2004).

É igualmente importante que a organização do ambiente educativo facilite a comunicação e proporcione oportunidades de aprendizagem que sejam significativas para a criança, porque uma aprendizagem positiva leva a que a criança goste de repetir as atividades que realiza. Este tipo de intervenção proporciona aprendizagens significativas em contextos naturais, isto é, em contextos relacionados com a vida particular, familiar e comunitária da criança.

Nunes (2001) realça ainda a importância de se desenvolverem atividades lúdicas, pois o envolvimento destas crianças neste tipo de atividades pode criar momentos de diversão, os quais promovem experiências divertidas, possibilitam a comunicação e a interação com outros parceiros e proporcionam uma melhor compreensão do mundo onde se encontram.

Em contexto escolar, é pertinente que os adultos que acompanham estas crianças no seu percurso sejam ativos na procura da participação dos mesmos nas diversas atividades, ou seja, devem ser promovidas atividades onde estes indivíduos possam ter um papel a desempenhar e se sintam realmente incluídos e que fazem parte daquela turma, ao invés de indivíduos que presencialmente se encontram com os pares na turma regular, mas são invisíveis, o professor não procura estabelecer comunicação nem interação com eles, quando assim acontece, a criança acaba por se sentir desvalorizada, desmotivada o que se reflete no seu sucesso educativo, daí a importância de professores bem formados e motivados para trabalhar com estas crianças (Rief F. S. e Heimburge A. J. 2000), só desta forma será possível proporcionar-lhes oportunidades de aprendizagem e experiências significativas, que lhes permitam ser felizes e viver com qualidade.

Nunes (2008) sublinha o facto de ser necessário implementar respostas educativas altamente flexíveis, que utilizem materiais e estratégias diversificadas e adequadas às características de cada aluno, de forma a

minimizar as barreiras colocadas à sua aprendizagem, tornando-se premente que os ambientes de aprendizagem apoiem a sua educação e o desafiem a aprender. Segundo esta autora, na educação destes alunos é fundamental organizar e implementar respostas educativas que:

- respondam às necessidades específicas de cada aluno e ao seu estilo de aprendizagem, bem como às necessidades da sua família;
- proporcionem experiências diversificadas e significativas;
- ajudem os alunos a participarem ativamente nas atividades que desenvolvem nos diversos contextos;
- proporcionem oportunidades de aprendizagens significativas;
- promovam a independência e a autonomia dos alunos;
- disponibilizem os apoios de que necessitam;
- assegurem um progresso efetivo;
- criem oportunidades de acederem ao currículo comum, sempre que possível.

Em síntese, as Necessidades educativas deste tipo de crianças são idênticas às das crianças que são deficiências profundas. Contudo, a perda ou diminuição da função nos sistemas sensoriais e motores torna ainda mais urgente a necessidade de uma educação adequada. A maioria encontra-se impossibilitada de usar a fala para comunicar, pelo que necessitam que comuniquem com ela através de outras formas de comunicação. Contudo, as necessidades educativas de cada criança serão o reflexo das suas capacidades e características pessoais.

As necessidades emocionais de qualquer ser humano passam pelo afeto e atenção, de oportunidades para interagir com o contexto à sua volta e desenvolver relações sociais e afetivas com os adultos e os seus pares. As necessidades acima descritas fazem com que seja necessária uma abordagem educativa sensível à condição da criança/ jovem e ao seu contexto socioeconómico. Daí que a sua educação tenha de ser planeada de uma forma sistemática e dentro de um processo de colaboração de tomadas de decisões (método de trabalho colaborativo).

1.5.A comunicação na multideficiência

Comunicar é um processo de troca de informação usado por parceiros para influenciar o comportamento de outros (Orelove & Sobsey, 2004) e requer uma complexa combinação de capacidades: motoras, cognitivas, sensoriais e sociais, encontrando-se relacionada com todas as áreas do desenvolvimento (Amaral, 2002).

A comunicação é a ferramenta para se estabelecer interações e se aceder ao mundo, é uma capacidade essencial para a aprendizagem ocorrer e permitir melhorar a qualidade de vida, pelo que deve constituir a primeira prioridade e o centro de toda a intervenção na criança multideficiente (Nunes, 2007).

Sabemos que muitas crianças com MD apresentam dificuldades na comunicação oral, desta forma é essencial perceber como a criança comunica e criar situações de comunicação no desenvolvimento de todas as atividades.

Segundo Nunes (2001) releva para a importância de considerar as formas de como transmitir a informação permitindo que a criança antecipe o que vai acontecer. Essa previsibilidade ajudará, posteriormente, na exploração do mundo.

A comunicação poderá acontecer a um nível mais básico, sendo que as primeiras razões que podem levar a criança a comunicar são para realizar pedidos, como por exemplo para pedir alimento ou água, no entanto, é igualmente importante ensiná-la a responder (ex. sim, não...), a cumprimentar pessoas, etc.

No âmbito da comunicação não verbal, designadamente, na tentativa de se dar significado a todos os momentos e torná-los potencialmente comunicativos, Amaral et al. (2004) refere que a escolha dos modos de comunicação que uma criança irá usar tem que ser um processo individual que terá que ter em conta as capacidades da criança em vários domínios.

A comunicação compreende duas vertentes: a recetiva (compreensão da mensagem transmitida) e a expressiva (produção de mensagens). As crianças com multideficiência podem usar comportamentos diferentes nestas duas vertentes (simbólicos e não simbólicos como sejam o olhar, os movimentos, as expressões faciais, o toque e as vocalizações).

Para ter assuntos de que falar é necessário que se procure a melhor forma de proporcionar à criança/jovem experiências significativas, organizadas e diversificadas e transmitir-lhe a informação usando formas de comunicação que respondam às suas necessidades individuais (Amaral et al., 2004).

Para que as crianças/jovens com multideficiência sejam bem-sucedidas (em termos de desenvolvimento e de aprendizagem) precisam de frequentar diversos ambientes onde existam oportunidades que permitam vivenciar múltiplas experiências e interagir com parceiros significativos.

Segundo Nunes e Amaral (2008), construir uma educação de qualidade para estas crianças, contemplando as suas capacidades, dificuldades e limitações, é tão importante quanto exigente, mas não é impossível. Perspetivar a educação de alunos com Multideficiência é um desafio, que está nas mãos de todos os intervenientes diretos e não diretos: escolas, famílias e sociedade.

Em contexto escolar, deverão estar envolvidos profissionais com elevado nível de especialização que lhes permita identificar necessidades de forma a providenciar as respostas mais adequadas.

As características específicas destes alunos colocam desafios muito significativos aos docentes de ensino regular que ficam, por vezes, apreensivos quanto ao tipo de trabalho a desenvolver. Este desafio é também sentido pelos seus familiares e pela comunidade em geral.

A linguagem utiliza mecanismos que servem para classificar, reforçar ou decodificar a mensagem, os extralinguísticos (gestos, expressões faciais, postura corporal) e os paralinguísticos (velocidade e ritmo das produções, entoação, as pausas) (Sim-Sim, 2008).

Algumas destas crianças usam formas de comunicação não-verbal para comunicar. Os Sistemas de Comunicação Aumentativos e Alternativos (SAAC), são frequentemente usados como meio de comunicação destas crianças e jovens.

Existem crianças que apresentam algumas perturbações ao nível da comunicação, para as ajudar tornam-se necessários apoios técnicos à comunicação, sendo eles os Sistemas Alternativos e Aumentativos da Comunicação (SAAC). Todos nós sabemos que comunicar exige um mecanismo de expressão, e que o mais utilizado é a fala. Há no entanto quem

não consiga usar a fala devido a perturbações fonológicas graves que impedem a criança de adquirir a capacidade de comunicar verbalmente, outros necessitam de sistemas que estão associados a gestos, etc.

Na impossibilidade total ou parcial da fala para comunicar, existe a necessidade de recorrer a sistemas alternativos e/ou aumentativos da comunicação para promover as capacidades comunicativas e desenvolver o potencial como ser humano igual aos outros comunicantes. Estes sistemas de apoio definitivos dão à criança a oportunidade à qualidade da sua vivência, observando, percebendo e fazendo-se entender.

Segundo os autores Tetzchner e Martinsen, (2002), a comunicação alternativa entende-se como sendo uma qualquer forma de comunicação diferente, usada por alguém em comunicação frente a frente, corresponde a formas alternativas de os indivíduos que não são capazes de comunicar pela fala, o poderem fazer de outra forma. A comunicação aumentativa consiste em complementar ou apoiar a comunicação, com o duplo objetivo de promover a fala e garantir à pessoa que se não aprender a falar pode utilizar uma forma de comunicação alternativa.

2. Centros de Apoio à Aprendizagem

A criação dos Centros de Apoio à Aprendizagem, um por cada agrupamento/escola não agrupada (Art.º 13.º do DL 54/2018), constitui uma estrutura de apoio agregadora dos recursos humanos e materiais, dos saberes e competências da escola.

Funcionando numa lógica de serviços de apoio à inclusão, o centro de apoio à aprendizagem insere-se no continuum de respostas educativas disponibilizadas pela escola.

A ação deste centro organiza-se segundo dois eixos:

- Suporte aos docentes responsáveis pelos grupos ou turmas;
- Complementaridade, com carácter subsidiário, ao trabalho desenvolvido em sala de aula ou noutros contextos educativos.

Compete ao diretor da escola definir o espaço de funcionamento do centro de apoio à aprendizagem, numa lógica de rentabilização dos recursos existentes na escola. (DL 54/2018)

Os Centros de Apoio à Aprendizagem acolhem as valências existentes no terreno, nomeadamente as unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo. (DL 54/2018)

O centro de apoio à aprendizagem constitui uma estrutura de apoio da escola, agregadora dos recursos humanos e materiais, dos saberes e competências da escola.

A criação do centro de apoio à aprendizagem, um por cada agrupamento de escolas, insere-se no quadro de autonomia das escolas e, enquanto resposta organizativa de apoio à inclusão, deve estar prevista nos documentos estruturantes que definem a política de escola, bem como os recursos a disponibilizar para a sua consecução. (DL 54/2018).

A ação educativa desenvolvida neste centro, complementar da que é realizada na turma de pertença do aluno, convoca a intervenção de todos os agentes educativos, nomeadamente o docente de educação especial.

Compete ao diretor da escola definir o espaço de funcionamento do centro de apoio à aprendizagem, numa lógica de rentabilização dos recursos existentes na escola.

Nas situações em que é necessário um apoio mais direto aos alunos, a ação do centro de apoio à aprendizagem deve complementar o trabalho realizado em contexto de sala de aula, para o desenvolvimento de competências específicas a serem generalizadas para os contextos de vida dos alunos, assumindo sempre um carácter transitório.

O que diz a legislação no n.º 5 do artigo 13.º do DL 54/2018, para os alunos a frequentar a escolaridade obrigatória, cujas medidas adicionais de suporte à aprendizagem sejam as adaptações curriculares significativas, o desenvolvimento de metodologias e estratégias de ensino estruturado, desenvolvimento de competências de autonomia pessoal e social, tem no CAA a garantia de apoio à aprendizagem, através de uma resposta que complemente o trabalho desenvolvido em sala de aula ou noutros contextos educativos, com vista à inclusão e onde os alunos que aqui recebem apoio (CAA) têm prioridade na renovação de matrícula, independentemente da sua residência.

Todavia, sendo o conceito de centros de apoio à aprendizagem substancialmente diferente do conceito de unidades de apoio especializado, haverá que reavaliar as estratégias de intervenção mais adequadas, a mobilizar para cada aluno em particular.

As escolas de referência no domínio da visão constituem uma resposta educativa especializada, sendo que a qualidade da mesma só é possível mediante a concentração de recursos humanos e materiais especializados, que possam garantir condições de equidade no percurso educativo destes alunos, é por isso imprescindível apostar na formação dos docentes no domínio da visão bem como de equipamentos e outros materiais que permitam o acesso ao currículo.

A expansão do currículo destes alunos, através da introdução de áreas curriculares específicas, revela-se também fundamental quer no que respeita ao acesso aos conteúdos curriculares comuns, quer à autonomia e independência com vista a uma participação ativa nas diferentes atividades e ambientes da escola, bem como da comunidade (DL 54/2018).

Tabela 7 - Centro de Apoio à Aprendizagem DL 54/2018

CENTRO DE APOIO À APRENDIZAGEM (art.º 13.º, Capítulo III)						
<p>- OBJETIVOS GERAIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoiar a inclusão das crianças e jovens no grupo-turma e nas rotinas e atividades da escola e diversificação de estratégias de acesso ao currículo ▪ Promover e apoiar o acesso à formação, ao ensino superior e à integração na vida pós-escolar ▪ Promover e apoiar o acesso ao lazer, à participação social e à vida autónoma 						
<p>- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p>						
Promover a qualidade da participação dos alunos nos vários contextos de aprendizagem	Apoiar os docentes da turma a que os alunos pertencem	Apoiar a criação de recursos de aprendizagem e instrumentos de avaliação para as diversas componentes do currículo	Desenvolver metodologias de intervenção interdisciplinares que facilitem a aprendizagem, autonomia, adaptação ao contexto escolar	Promover a criação de ambientes estruturados, ricos em comunicação e interação, fomentadores da aprendizagem	Apoiar a organização do processo de transição para a vida pós-escolar	
<ul style="list-style-type: none"> • Acolhem as “unidades especializadas” • Prestam apoio pedagógico aos docentes das turmas de pertença dos alunos • Respostas complementares ao trabalho de sala de aula para os alunos com as medidas adicionais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adaptações curriculares significativas (PEI) ▪ Metodologias e estratégias de ensino estruturado ▪ Competências de autonomia pessoal e social 						

2.1 Pressupostos dos centros de apoio à aprendizagem- CAA

Estas unidades vieram aglutinar as UAEM e pretendem ser locais com ambientes educativos estruturados onde os alunos se sintam devidamente acompanhados e que proporcionem a estimulação da comunicação e a procura de informação entre estes e os seus pares e entre todos os outros atores que aqui se encontram envolvidos.

São pressupostos dos centros de Apoio à Aprendizagem:

- Fomentar a aprendizagem de conteúdos importantes para o indivíduo, tanto na sua vida presente como futura;
- Proporcionar oportunidades de aprendizagens centradas na experiência da vida real do aluno, adequadas à sua idade cronológica, capacidades, necessidades e interesses e que valorizem a comunicação;
- Desenvolver atividades naturais e funcionais que promovam a autonomia pessoal e social nos diversos contextos;
- Aplicar metodologias e estratégias de intervenção transdisciplinares, adequadas às necessidades individuais do aluno e que possibilitem a frequência dos seus ambientes naturais;
- Organizar e apoiar o processo de transição para a vida adulta;
- Assegurar apoios específicos ao nível das terapias, da psicologia, da orientação e da mobilidade;
- Criar espaços de reflexão e de formação acerca da prática pedagógica para os profissionais, pessoal não docente e familiares.

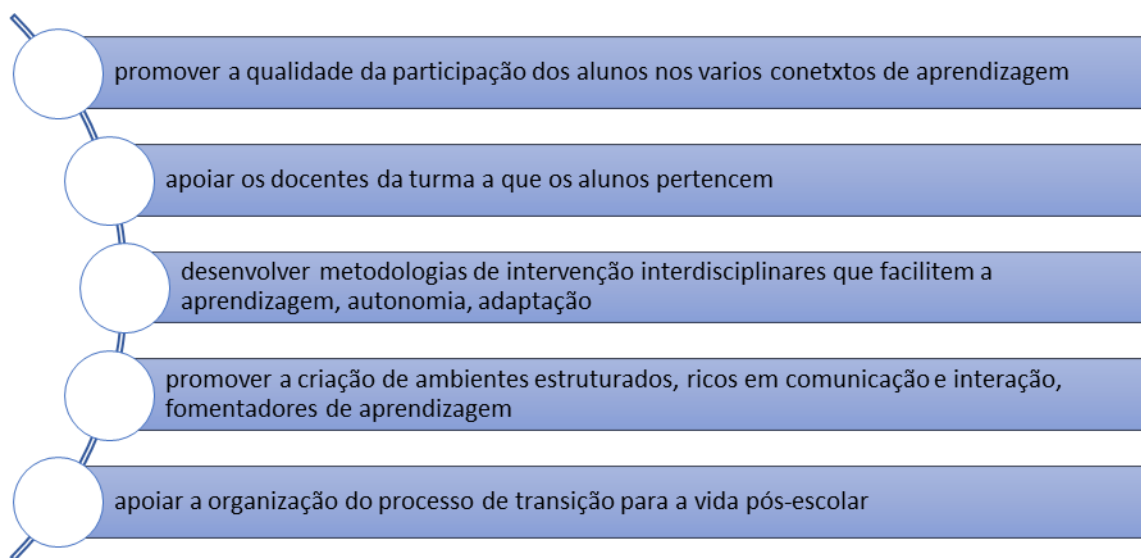


Figura 7 – Objetivos dos Centros de Apoio à Aprendizagem

3. DL. 54/2018

O Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho estabelece os princípios e as normas que garantem a inclusão, enquanto processo que visa responder à diversidade das necessidades e potencialidades de todos e de cada um dos alunos, através do aumento da participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa.

MUDANÇAS SIGNIFICATIVAS EM RELAÇÃO A ANTERIORES DIPLOMAS:

- Abandona os sistemas de categorização de alunos, incluindo a “categoria” necessidades educativas especiais;
- Abandona o modelo de legislação especial para alunos especiais e estabelece um continuum de respostas para todos os alunos;
- Coloca o enfoque nas respostas educativas e não em categorias de alunos;
- Perspetiva a mobilização, de forma complementar, sempre que necessário e adequado, de recursos da saúde, do emprego, da formação profissional e da segurança social.

Este diploma tem como uma das características principais o abandono da conceção de medidas de apoio para alunos com só com “necessidades educativas especiais” e assume uma visão mais ampla, implicando que se pense a escola como um todo, contemplando a multiplicidade das suas dimensões e a interação entre as mesmas. Por isso todo e qualquer aluno pode necessitar ao longo do seu percurso escolar de medidas de suporte à aprendizagem.

O desenho universal para a aprendizagem e a abordagem multinível no acesso ao currículo constituem-se como as opções metodológicas subjacentes a este diploma, como tal, segundo o DL, as escolas veem reforçada a sua autonomia e a flexibilidade na mobilização de recursos e estratégias que promovam e assegurem a plena inclusão educativa de todos e de cada um dos alunos.

O desenho universal para a aprendizagem apresenta-se como uma opção que responde à necessidade de organização de medidas universais

orientadas para todos os alunos. Definindo-se como um modelo estruturante e orientador na construção de ambientes de aprendizagem acessíveis e efetivos para todos os alunos, constitui uma ferramenta essencial no planeamento e ação em sala de aula.

Entende-se pelo descrito anteriormente que o DL n.º 54/2018 constitui uma evolução natural do estabelecido pelo DL 3/2008, publicado há 10 anos, uma vez que abandona a categorização dos alunos com deficiência segundo o diagnóstico médico e exige apoio para todos os alunos que dele necessitem, independentemente das suas condições físicas, intelectuais, sociais e emocionais, para que possam aprender em conjunto partilhando as mesmas conjunturas educativas e processos de aprendizagem.

Este apoio deve ser tanto quanto possível orientado em sala de aula regular, apoiado por equipa multidisciplinar que garanta os meios necessários para que a ajuda chegue a todos aqueles que precisam, independentemente de rótulos, categorização ou classificação da deficiência, ou seja, a nova conceção deste DL afasta a ideia de que é preciso categorizar para intervir, afirmando os pressupostos do Perfil do Aluno à Saída da Escolaridade obrigatória seja atingida por todos.

À semelhança do que já acontecia com o DL 3/2008 qualquer pessoa (pais, professores, técnicos...) pode identificar um aluno que necessite de medidas de suporte à aprendizagem e inclusão (“referenciação”) havendo depois uma Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva (EMAEI) que deverá reunir a documentação necessária e convocar os intervenientes necessários para melhor avaliar o aluno em questão e posteriormente, propor as medidas tidas como necessárias (DL 54/2018).

Esta nova legislação pressupõe o envolvimento ativo e contínuo dos diferentes intervenientes no processo educativo na sensibilização para a inclusão e na adoção de práticas inclusivas, sendo que, os pais ou Encarregados de Educação são também chamados a dar o seu contributo e constituem-se como elementos colaborantes da EMAEI ao longo do processo (DL 54/2018).

A abordagem multinível referida no recente DL sobre educação inclusiva, pretende dar respostas a todos os alunos que delas necessitem e coloca o enfoque nas respostas educativas e pedagógicas ao invés do enfoque

no eventual diagnóstico de um aluno. As medidas de suporte à aprendizagem e à Inclusão estão organizadas por níveis sendo que existem:

Medidas universais: são aquelas que se dirigem a todos os alunos e que têm como objetivo promover a participação e o sucesso escolar

Medidas seletivas: são aquelas que se dirigem a alunos que evidenciam necessidades de suporte à aprendizagem que não foram colmatadas pela aplicação das medidas universais

Medidas Adicionais: são aquelas que se dirigem a alunos que apresentam dificuldades acentuadas e persistentes ao nível da comunicação, interação, cognição ou aprendizagem e que implicam recursos adicionais significativos.

Tabela 8 - Medidas de Suporte à Aprendizagem

Medidas de Suporte à Aprendizagem e à Inclusão		
Artº 8	Dirigem-se a Todos os Alunos	1.Diferenciação pedagógica
Medidas Universais	Visam fornecer respostas educativas para todos os alunos, incluindo os que precisam de medidas seletivas e adicionais	2.Acomodações Curriculares 3.Enriquecimento curricular 4. Promoção do comportamento pró-social 5. Intervenção com foco académico ou comportamental em pequenos grupos.
Artº 9	Dirigem-se aos alunos que evidenciam necessidades de	1.Os percursos curriculares diferenciados

<p>Medidas Seletivas</p>	<p>suporte à aprendizagem, que não foram supridas em resultado da aplicação das medidas universais</p>	<p>2. Adaptações curriculares não significativas</p> <p>3. Apoio psicopedagógico</p> <p>4. Antecipação e o reforço das aprendizagens</p> <p>5. Apoio tutorial</p>
<p>Artº 10</p> <p>Medidas Adicionais</p>	<p>Destinam-se a alunos que têm dificuldades acentuadas e persistentes ao nível da comunicação, interação, cognição ou aprendizagem.</p>	<p>1. Frequência por disciplinas</p> <p>2. Adaptações curriculares significativas</p> <p>3. Plano individual de transição</p> <p>4. Desenvolvimento de metodologias e estratégias de ensino estruturado</p> <p>5. Desenvolvimento de competências de autonomia pessoal e social</p>

As medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão (Artigos 7.º a 10º do DL 54/2018) podem ser mobilizadas cumulativamente.

A determinação destas medidas é da responsabilidade da equipa multidisciplinar, baseada nos dados ou evidências, decorrentes da avaliação e monitorização sistemática dos progressos do aluno, de acordo com as suas necessidades potencialidades e interesses para uma melhor adequação das

medidas a adotar, com enfoque em dimensões pedagógicas e curriculares, e numa lógica de corresponsabilização dos diferentes intervenientes.

Pretende-se uma avaliação para a aprendizagem, com destaque para as suas vertentes diagnóstica e formativa.

Sempre que haja necessidade de implementação de medidas seletivas ou adicionais cabe à equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva, a elaboração do Relatório Técnico-Pedagógico (RTP) e nele devem constar informações como:

- Identificação dos fatores que facilitam ou dificultam o progresso e o desenvolvimento das aprendizagens do aluno;
- Identificação das medidas de suporte à aprendizagem e à inclusão a mobilizar;
- Operacionalização de cada medida, incluindo objetivos, metas e indicadores de resultados;
- Identificação dos responsáveis pela implementação das medidas e do coordenador;
- Procedimentos de avaliação da eficácia de cada medida;
- Momentos intercalares de avaliação da eficácia das medidas;
- Procedimentos de articulação com os recursos específicos de apoio à inclusão definidos no Art.º 11º
- Concordância expressa dos pais.

O Programa Educativo Individual (PEI) não se destina a todos os alunos, é para aqueles alunos que dentro das medidas adicionais, necessitam de adaptações curriculares significativas (Art.º 24.º do DL 54/2018). Este documento é elaborado pela equipa multidisciplinar de apoio à educação inclusiva apenas quando é proposta a medida adicional: adaptações curriculares significativas.

A sua elaboração deve considerar as competências e as aprendizagens a desenvolver pelos alunos, a identificação das estratégias de ensino e as adaptações a efetuar no processo de avaliação, bem como outros dados de relevo para a implementação das medidas, não esquecendo as expectativas dos pais.

Outro aspeto a considerar é a utilização metodológica do desenho universal, “Esta abordagem baseia-se em modelos curriculares flexíveis, no

acompanhamento e monitorização sistemáticas da eficácia do contínuo das intervenções implementadas, no diálogo dos docentes com os pais ou encarregados de educação e na opção por medidas de apoio à aprendizagem, organizadas em diferentes níveis de intervenção, de acordo com as respostas educativas necessárias para cada aluno adquirir uma base comum de competências, valorizando as suas potencialidades e interesses.” (Decreto-Lei 54/2018).

Está subjacente a este modelo: proporcionar múltiplos meios de representação, de ação e expressão e meios de envolvimento. A indicação expressa desta opção metodológica será o maior desafio. Reiterar a ideia de que o currículo deve ser flexível e não formatado trará dificuldades na arrumação de ideias e plano de intervenção que apesar de escrito reside somente, nas nossas conceções e crenças.

As opções metodológicas (DUA) e a abordagem multinível baseiam-se no conhecimento resultante de pesquisas e práticas oriundas de várias áreas do saber: a educação, a psicologia do desenvolvimento, as ciências cognitivas, as neurociências e ainda nos princípios do Desenho Universal para a Aprendizagem.

Esta abordagem implica monitorizar o trabalho e a eficácia da intervenção, as medidas educativas implementadas, o diálogo dos docentes com os pais e encarregados de educação e também organizar as medidas por diferentes níveis de intervenção, de acordo com as necessidades específicas de cada aluno, valorizando as suas potencialidades.

Utilizando abordagens flexíveis, personalizadas e adequadas às necessidades individuais, o DUA permite definir objetivos educativos e equacionar estratégias, materiais e formas de avaliação adequadas às características e necessidades de todos os alunos e não apenas de alguns. Implica que os professores demonstrem flexibilidade na forma como envolvem os alunos nas situações de aprendizagem, no modo como apresentam a informação e na forma como avaliam os alunos, permitindo que evidenciem as competências e os conhecimentos adquiridos de diferentes formas.

O DUA aplica-se ao currículo, incluindo à avaliação, e à prática pedagógica na sala de aula focando-se em potenciar a participação e o progresso de todos os alunos e norteia-se por três princípios básicos:

- proporcionar múltiplos meios de representação;
- proporcionar múltiplos meios de ação e de expressão;
- proporcionar múltiplos meios de envolvimento.

Assumindo claramente uma orientação inclusiva, o Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, vem reforçar o direito de cada um dos alunos a uma educação consentânea com as suas potencialidades, expectativas e necessidades, num conjunto de respostas planeadas no âmbito de um projeto educativo comum e plural que proporcione a todos a participação e o sentido de pertença em verdadeiras condições de equidade.

A intervenção do docente de educação especial realiza-se de acordo com duas vertentes: uma relativa ao trabalho colaborativo com os diferentes intervenientes no processo educativo dos alunos e outra relativa ao apoio direto prestado aos alunos que terá, sempre, um carácter complementar ao trabalho desenvolvido em sala de aula.

Cabe à equipa multidisciplinar apoiar os docentes na sua prática pedagógica, designadamente no que se prende com a seleção das estratégias mais adequadas. Neste domínio, pode funcionar como uma equipa de apoio à resolução de problemas, no sentido de clarificar, propor e ajudar a organizar soluções.

Para atuar eficazmente junto dos docentes, a linha de ação desta equipa terá de ser predominantemente colaborativa, abrangente e respeitadora das competências e saberes de cada um. Uma intervenção inclusiva não pode ancorar-se numa visão redutora que aponte para os défices.

A educação inclusiva através do DL 54/2018 pretende ser uma meta atingível e não utópica, esta transformação exige mudanças significativas na escola e nos professores e em todos os agentes envolvidos no processo educativo, mas também na forma de desenvolver práticas pedagógicas eficazes que garantam a aprendizagem de todos.

É um processo que se desenrolará lento pois vai de encontro às mentalidades de dirigentes e professores do sistema de ensino português, cada um com as suas próprias vivências e convicções, uns defendendo a inclusão, outros a integração.

A escola precisa de uma metamorfose, nomeadamente uma reorganização do ambiente, mas que não seja apenas o ambiente físico, uma

nova organização da estrutura da sala de aula, da divisão do tempo, do trabalho dos professores, dos ambientes educativos propícios ao estudo, do trabalho cooperativo, da diferenciação pedagógica, da comunicação à criação. (Costa e Couvaneiro, 2019).

4. Escola inclusiva

O movimento escola inclusiva teve um grande impulso a partir da conferência mundial sobre a educação para todos, realizada em Jomtien, na Tailândia, em 1990, e mais tarde na conferência mundial sobre necessidades educativas especiais, em Salamanca, em 1994. (Gaitas e Morgado 2010).

Segundo Costa (1996) a inclusão consiste no empenhamento da escola em receber todas as crianças, reestruturando-se de forma a poder dar resposta adequada à diversidade de todos os seus alunos.

Apesar da escola inclusiva ser benéfica para todos os alunos, pois contribui para o desenvolvimento da solidariedade e tolerância, facilitando aos que têm deficiências, dificuldades ou problemas a possibilidade de aprender a conviver num mundo heterogéneo, o seu funcionamento exige mudanças que não passam apenas por introduzir medidas adicionais. É necessário, como refere a Declaração de Salamanca, uma profunda reforma do ensino regular.

Numa recente pesquisa nacional portuguesa (Sanchez-Ferreira et al., 2010) observaram que os professores do ensino regular denunciam falta de conhecimento para lidar com alunos com deficiência dentro de salas.

Os trabalhos de Rosenthal e Jacobson (1968), foram importantes pois contribuíram para evidenciar os desajustes existentes nas práticas escolares às características dos alunos, pondo em evidência que uma escola plural exige processos pedagógicos adaptados a cada um dos diferentes alunos.

Assim a integração de alunos considerados diferentes na escola regular era consequência da heterogeneidade da população escolar.

Assim, se a escola integrativa procura responder à diferença, apenas legitimada por um parecer médico-psicológico, centrando-se excessivamente no aluno e nas suas dificuldades, sem refletir sobre si mesma, a escola inclusiva pretende dar uma resposta de qualidade a todas as formas de diferença, através de uma adequação pedagógica e curricular (Correia, 2001).

A equidade é um dos conceitos chave e um dos princípios orientadores de uma Escola Inclusiva uma vez que permite que todos os alunos possam aprender e ter as mesmas oportunidades de aprendizagem.

O DL 3/2008 foi um dos documentos principais e orientadores quando se falava de um aluno com necessidades educativas especiais (NEE). Contudo a nova legislação inclusiva, abandona a categorização dos alunos.

No contexto da inclusão a diferença passa a ser considerada como uma característica comum a todas as pessoas, que a têm em menor ou maior grau, o que implica que as escolas ultrapassem o «mito da homogeneidade», e reconheçam a diferença como uma característica enriquecedora da espécie humana, talvez a mais interessante e dinâmica (Monteiro, 2008).

Segundo Nunes e Amaral (2008), construir uma educação de qualidade para estas crianças, contemplando as suas capacidades, dificuldades e limitações, é tão importante quanto exigente, mas não é impossível.

A educação de alunos com Multideficiência é um desafio das escolas, das famílias e da sociedade em geral. As respostas no meio escolar devem contar com profissionais altamente qualificados aptos a identificar necessidades de forma a providenciar as respostas mais adequadas.

Estes alunos colocam desafios significativos aos docentes, familiares e comunidade que por vezes têm dificuldade em apresentar o tipo de trabalho a desenvolver para a sua perfeita inclusão.

Apesar da importância que cada vez mais assume a ideia de educação inclusiva, existem ainda diferentes leituras do que é e do que preconiza. É necessário refletir e não assumir que existe uma aceitação total da filosofia da educação inclusiva (Freire & César, 2005; Lindsay, 2007, cit. por Gaitas e Morgado 2010).

Existem ainda professores do ensino regular resistentes à ideia de inclusão, que acreditam que o lugar destes alunos é no CAA, local que supostamente oferece aos docentes de EE todos os meios materiais, e humanos para que sejam sempre estes os principais responsáveis pelos seus alunos (Ainscow & César, 2006).

Os pressupostos da escola inclusiva relacionam-se, com a predisposição dos professores, traduzida nas suas atitudes, reconhecendo-se a sua importância para a qualidade do processo de ensino e aprendizagem (Ainscow, 1998).

Os ideais de uma sociedade inclusiva tem como base condições de acessibilidade e participação em todos os contextos da vida, daí ser necessário

auscultar as opiniões dos professores relativamente a esta matéria uma vez que a eficácia da inclusão pode ser comprometida pelas crenças e atitudes destes profissionais (Artiles, Kozleski & Waitoller, 2011), na operacionalização da escola inclusiva.

A Educação na escola inclusiva, requer cooperação, trabalho em equipa e uma prática docente e organizacional orientada para a resolução de problemas (Ainscow & César, 2006; Ainscow & Miles, 2008), uma formação adequada (Bénard da Costa, Leitão, Morgado, & Pinto, 2006; Correia, 2008a; Florian, 2008, 2009; Pomar et al., 2009; Rodrigues, 2008a; UNESCO, 1994) ou o reforço de uma orientação para o envolvimento com a comunidade educativa onde a participação dos pais é elemento preponderante (Horrocks, White, & Roberts, 2008; Villa, 3 Thousand, Nevin, & Liston, 2005), mas também o indispensável suporte da estrutura hierárquica da escola e a respetiva dotação de recursos (Morgado, 2009a; Rodrigues, 2007).

Os valores a que nos referimos estão bem definidos por Pearpoint & Forest (1992), citados por Sanchez (1996), quando dizem que são “os da aceitação, pertença e comunidade, as relações pessoais, a interdependência para além da independência e a consideração da integração escolar de alunos com NEE “.

Para além disso, referem que “Uma escola inclusiva olha para todos os alunos como sendo capazes de aprender e valoriza e honra todos os tipos de diversidade como uma oportunidade para aprender sobre o que nos faz humanos” (p. 27).

Uma escola que se autointitula inclusiva, adota como linhas orientadoras (García, 1996; Salend, 2001, citados por Morgado, 2003), a importância de considerar a totalidade dos alunos sem exceção, o respeito pelos diferentes estilos e ritmos de aprendizagem dos alunos, acolher e gerir a diversidade de interesses, motivações, expectativas, capacidades e ritmos de desenvolvimento de todos os alunos.

Stainback & Stainback referidos pela autora (Sanchez, 1996), definem a escola inclusiva como aquela que atende todos os estudantes num sistema único, proporcionando-lhes programas educativos estimulantes e adequados às suas capacidades e necessidades, com os apoios que alunos e professores possam necessitar.

A escola inclusiva deve-se pautar por ser um lugar onde todos pertencem, onde todos são aceites e apoiados pelos colegas e outros membros da comunidade escolar, onde o aluno com é visto como um membro necessário e válido da comunidade escolar (Uditsky, 1993).

A educação inclusiva atribui a todos a importância devida e tem como premissa acolher a diversidade humana, comprometendo-se a fazer o que for necessário para proporcionar a cada estudante da comunidade, o direito inalienável da pertença a um grupo, na consideração de que uma sociedade democrática deve oferecer as mesmas oportunidades a todos os seus membros (Parrilla, 1992).

Bénard da Costa (1996) defende que a colocação de uma destas crianças numa escola de educação especial impede toda uma série de contactos humanos, nomeadamente com as crianças da vizinhança e um maior afastamento da família.

Segundo Sanchez (1996) estas crianças quando privadas da interação com os seus pares da turma poderão perder um conjunto de competências sociais que não lhes é oferecido com a convivência exclusiva com outras crianças portadoras de deficiências graves (Sanchez, 1996).

O que resulta dos momentos de interação destas crianças com adultos e os seus pares traduz-se em relações de amizade e de afetividade, sendo por isso esta interação fundamental para o desenvolvimento do ser humano (Uditsky 1993).

Exige-se, agora, que se parta da consideração do ser humano com características distintas, apreciando cada uma das diferenças. Deste modo, em cada contexto, nomeadamente o escolar, ao invés de serem eliminadas as diferenças, elas deverão ser valorizadas e a escola terá que olhar “para as diferenças individuais como algo que deve ser incentivado e motivo de regozijo” (Ainscow, 1998, p. 22).

Numa nova perspectiva inclusiva, as diferenças devem ser valorizadas e apreciadas e não vistas como um rótulo que categoriza as diferenças individuais da criança, por forma a preconizar o desenvolvimento da plenitude das potencialidades de cada aluno, seja ou não portador de qualquer tipo de especificidade, pretendendo uma vida em comunidade valorizada por todos.

Pesquisas realizadas por Lopéz-Lopéz (2012), discutem as possibilidades, as barreiras, a realidade necessária para que a educação inclusiva não seja somente um número nas estatísticas dos diferentes países. A educação foi marcada pela dicotomia educação regular e educação especial e, conseqüentemente, por uma classificação, na qual os alunos, considerados normais, estariam na escola regular e os que apresentassem alguma deficiência, na escola especial.

Ao mesmo tempo, é hoje reconhecido que, quando perante processos de inovação como o exigido numa escola inclusiva, as atitudes são condição determinante do seu sucesso e como “as atitudes são preditoras das condutas; se se quer que as condutas mudem, torna-se necessário modificar as atitudes” (Montmollin, 1990).

Bénard da Costa (1996) refere a separação da criança da classe como um fator negativo para a sua auto imagem, podendo esta considerar-se como diferente e diminuída, assim como a sua permanência na sala de apoio longe dos colegas, representa muitas vezes, uma menor estimulação, uma interação mais pobre com os colegas, um currículo mais restrito e oportunidades educativas mais limitadas;

Ainda a mesma autora salienta a importância da personalidade do professor e a sua estratégia pedagógica, o currículo e a forma como é transmitido a cada aluno, a interação aluno professor e aluno-aluno, os materiais educativos utilizados e, numa forma geral, todo o ambiente da classe, como fortes promotores da inclusão destas crianças na escola, ressalvando ainda como fator restritivo o facto dos especialistas (professores especializados, terapeutas, etc.) permanecerem em espaços próprios, o que impede que exerçam a importante ação formativa que poderia ser a sua se estivessem em contacto direto e constante com os colegas de ensino regular.

CAPÍTULO II – COMPONENTE EMPÍRICA

O presente estudo reflete a inclusão nas escolas, mais propriamente nas diversas barreiras pessoais, físicas, estruturais e atitudinais a que as crianças com multideficiência são ainda sujeitas nas escolas de ensino regular, tal como refere a nossa pergunta de partida;

É indispensável formar os docentes e demais profissionais em colaboração direta com estas crianças com competência para saber proporcionar aprendizagens diferenciadas de acordo com as limitações que apresentam.

Esta é considerada uma temática ainda pouco explorada em contexto nacional, mas que para nós se reveste de extrema importância pelo contacto direto a que estamos expostos diariamente a estas situações.

1. INVESTIGAÇÃO QUANTITATIVA

Este nosso trabalho insere-se no contexto global da designada investigação quantitativa.

Segundo Pardal e Lopes (2011) os pressupostos duma investigação quantitativa baseiam-se nas seguintes alíneas abaixo transcritas:

- Referência ao positivismo;
- Ênfase nas estruturas sociais na definição da ação social;
- Ênfase na regularidade e estabilidade dos fenómenos sociais;
- Preocupação com a explicação causal dos fenómenos;
- Preocupação nomotética: valorização da validade externa;
- Ênfase em modelos matemáticos na recolha e tratamento dos dados;
- Ênfase no produto da investigação;
- Assunção de objetividade: distanciamento face ao objeto de estudo; ênfase na explicação do fenómeno a partir do exterior;
- Preocupação com neutralidade do investigador.

Ora porque o questionário é um instrumento de recolha de informação, preenchido pelo informante e constitui, seguramente, a técnica de recolha de dados mais utilizada no âmbito da investigação sociológica, usamos este tipo de instrumento para levar a cabo a nossa proposta inicial de abordagem à inclusão na multideficiência.

Um questionário pode apresentar uma ou diversas modalidades de perguntas: abertas, fechadas ou de escolha múltipla.

Toda e qualquer técnica de recolha de dados apresenta vantagens e desvantagens de utilização. Cabe ao investigador pesar umas e outras e, face a ambas, tomar as suas decisões e ter os respetivos cuidados. Assim, a seguir se explicitam:

Tabela 9 – Vantagens e desvantagens do questionário

Vantagens	Desvantagens
Comparado com os outros instrumentos de recolha de dados, o questionário, suscetível de ser administrado a uma amostra lata do universo, mesmo quando remetido pelo correio, é barato;	O questionário não é aplicável a iletrados e só o é, com reservas, a inquiridos com dificuldade de compreensão das questões, o que o impede de ser utilizado na realização de diversos estudos;
Garante, em princípio, o anonimato, condição necessária para a autenticidade das respostas;	O inquirido pode ler todas as questões antes de responder, o que não é conveniente, e facilita a resposta em grupo, mormente se enviado pelo correio, perturbando a informação.
Não precisa de ser respondido de imediato, permitindo ao inquirido a escolha da hora mais adequada para o efeito.	Frequentes atrasos na devolução, sobretudo quando tal é feito pelo correio.

2. QUESTÃO DE PARTIDA

De acordo com Quivy, (1998) uma pergunta de partida constitui normalmente um primeiro meio para romper com o senso comum e deve ao mesmo tempo, ter três qualidades essenciais: clareza, exequibilidade e pertinência, pois através da pergunta de partida consegue-se ter uma ideia clara acerca do objetivo a alcançar.

De acordo com Almeida e Freire (2008), o primeiro passo numa investigação dá-se quando se procura uma resposta a uma pergunta, dificuldade ou problema, podendo este ser definido como uma questão ou uma resposta.

Assim, a nossa questão de partida baseia-se em apurar as barreiras que impedem a inclusão das crianças com MD na escola.

2.1. ESQUEMA GERAL DA INVESTIGAÇÃO

Para melhor clarificarmos o processo investigativo, elaboramos e apresentaremos uma grelha com o esquema geral de investigação, sob forma de questionário, que se encontra em anexo (ver anexo 1).

2.2. METODOLOGIA

No presente estudo os procedimentos metodológicos são de cariz quantitativo, uma vez que serão utilizados questionários para a obtenção de respostas e posterior tratamento estatístico dos dados obtidos no questionário.

Os métodos para selecionar uma amostra podem ser agrupados nas duas “famílias” seguintes.

Os métodos de amostragem casual (também chamados “métodos probabilísticos”) e os métodos de amostragem não-casual (também chamada “dirigida” ou “métodos não probabilísticos”).

Na amostra desta investigação relaciona-se mais o método de amostragem não casual, ou seja, estes métodos não são aconselháveis quando se pretende extrapolar para o Universo os resultados e conclusões

obtidos com a amostra, mas podem ser úteis no início de uma investigação – por exemplo, para testar as primeiras versões de um questionário.

Dentro deste tipo de métodos os mais vulgares são: amostragem por conveniência e amostragem por quotas. (Hill&Hill,2009)

O método de amostragem por conveniência são os casos facilmente disponíveis. O método tem vantagem por ser rápido, barato e mais fácil de implementar e conseguir os resultados a que se propõe o investigador. Mas a desvantagem é que, em rigor, os resultados e as conclusões só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados para o Universo. Isto porque não há garantia de que a amostra seja razoavelmente representativa do Universo. No caso de uma amostra por conveniência muitas vezes não é óbvio identificar o Universo do estudo!), (Hill&Hill,2009, pp.49-50).

Face ao objeto de estudo definido ao longo deste trabalho considerou-se adequada a construção de um questionário como método instrumento de recolha de dados à procura de encontrar respostas para os objetivos da investigação. Este instrumento permite um esquema que define quais os principais temas a explorar e prevê eventualmente certas perguntas, mas a forma como os temas serão conduzidas ao longo da conversa, o modo como as perguntas serão formuladas e a ordem dos temas e perguntas não são fixadas previamente.

Os questionários permitem transformar a informação em dados, e permitem “medir” o conhecimento de determinada pessoa, os seus valores e preferências assim como as suas atitudes e crenças (Tuckman, 2000).

Neste estudo utilizaremos maioritariamente o tipo de resposta mista onde o inquirido pode optar por dar uma resposta simples, fechada, ou opinar sobre a questão que lhe é colocada.

2.3. AMOSTRA

Relativamente aos participantes, a amostra obedece a critérios geográficos definidos, ou seja, a escolas do Porto que contemplem Centros de Apoio à Aprendizagem, sendo os resultados da pesquisa elaborados por

professores de EE que apoiam professores do ensino regular onde estas crianças com multideficiência se encontram.

3. Procedimentos e instrumentos de pesquisa

Este estudo procedeu-se por etapas. A primeira etapa deste estudo resultou na escolha do tema, pelo que após iniciou-se o enquadramento teórico sobre o mesmo. Noutra etapa deu-se o início ao processo de investigação propriamente dito, através da estruturação de toda a metodologia, definição dos instrumentos e posterior aplicação dos questionários aos professores de EE e de ensino regular. A última etapa materializou o tratamento e análise de dados uma vez que, num processo de investigação, a colheita de dados” consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim” (Fortin, 1999).

4. Construção do questionário

Para procedermos a este estudo solicitamos autorização às escolas no sentido de informar sobre as intenções do nosso questionário e informar os participantes relativamente aos objetivos do mesmo.

A realização deste estudo implicou igualmente a observância de princípios éticos, aceites pela comunidade da investigação em ciências sociais, nomeadamente a garantia do anonimato dos participantes e a fidelidade das informações obtidas.

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta fase, após a organização, mapeamento de todos questionários e introdução na base de dados, procedemos à análise dos mesmos através de gráficos e tabelas em word que foram extraídos através do Windows 8. Tabelas e gráficos com as respetivas legendas materializam e ilustram, pois, as respostas obtidas.

INFORMAÇÃO PESSOAIS

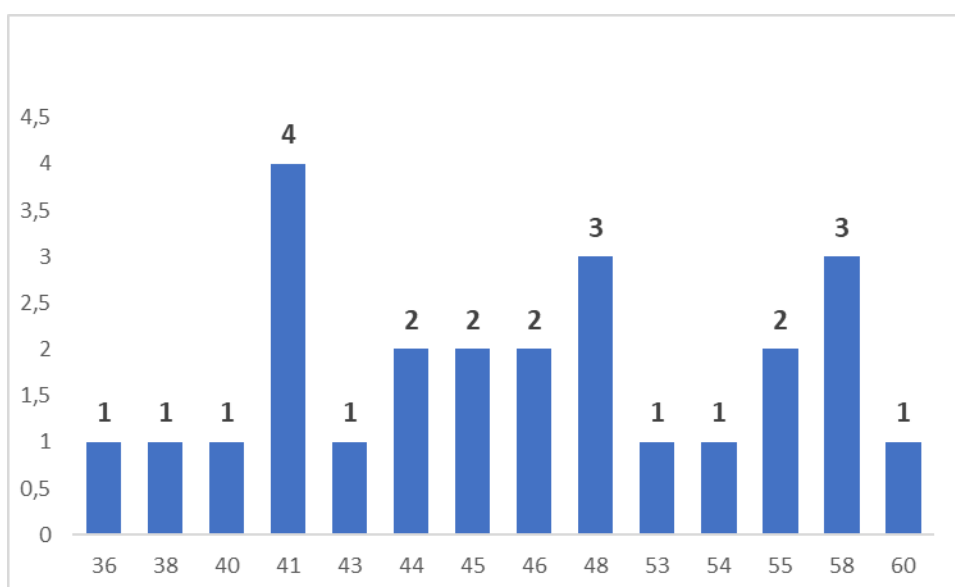


Gráfico 2 – Idade dos Docentes

Como se observa no gráfico nº 2, podemos verificar que as idades oscilam entre os 36 e os 60 anos e com maior número de docentes aos 41,48 e 58 anos de idade sendo que 5 dos professores optaram por não responder a esta questão.

Relativamente a esta matéria apresentamos um quadro com o registo dos professores com 50 ou mais anos por 100 professores num intervalo de tempo situado entre 1996 e 2018, no ensino pré-escolar, básico e secundário.

Tabela 10 - Índice de envelhecimento dos docentes em exercício no ensino escolar

Anos	Nível de ensino				
	Educação Pré- Escolar	Ensino Básico 1º ciclo	Ensino Básico 2º e 3º ciclos e Secundário		
			Total	2º Ciclo	3º Ciclo e Secundário
+ 1996	x	123,8	35,3	x	x
2000	17,1	78,8	45,3	83,7	34,8
2001	22,1	82,3	49,6	88,8	38,3
2002	24,7	83,4	52,9	88,6	41,6
2003	26,9	82,7	63,7	97,1	52,1
2004	31,8	78,2	68,4	98,3	57,3
2005	35,2	67,6	76,9	110,2	64,5
2006	39,0	59,9	93,7	125,2	81,8
2007	52,2	77,7	102,1	141,1	88,5
2008	67,0	77,1	118,6	171,6	101,0
2009	71,9	74,3	106,4	145,2	93,1
2010	80,0	82,7	113,0	140,5	102,6
2011	103,0	101,0	125,7	146,0	117,8

2012	144,0	150,2	186,7	204,0	179,8
2013	191,4	199,5	348,5	429,1	322,4
2014	235,0	300,3	523,7	604,9	497,7
2015	290,0	372,9	669,7	784,6	635,3
2016	361,5	476,1	876,7	990,9	842,1
2017	435,5	572,5	1.157,9	1.197,1	1.145,0
2018	513,7	764,8	1.358,3	1.313,9	1.373,8

Fontes/Entidades: DGEEC/MEd - MCTES, PORDATA

Última atualização: 2019-07-16

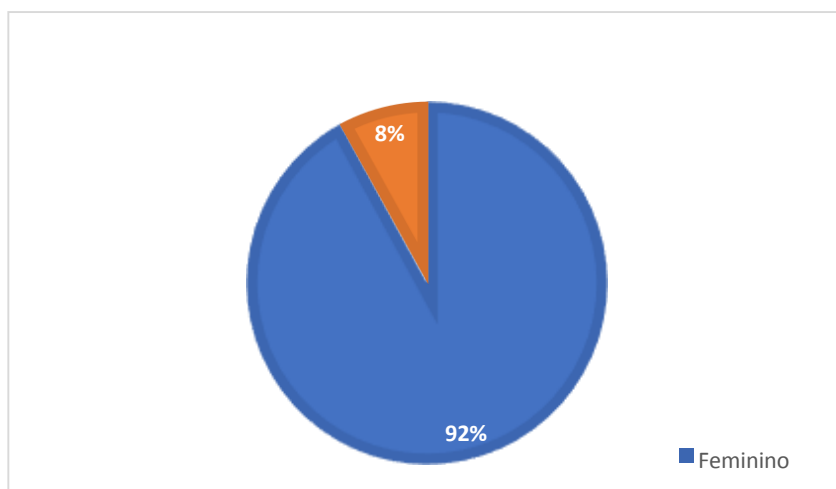


Gráfico 3 – Percentagem por Género

No gráfico correspondente ao género, verificamos que existe uma maioria de docentes do sexo feminino.

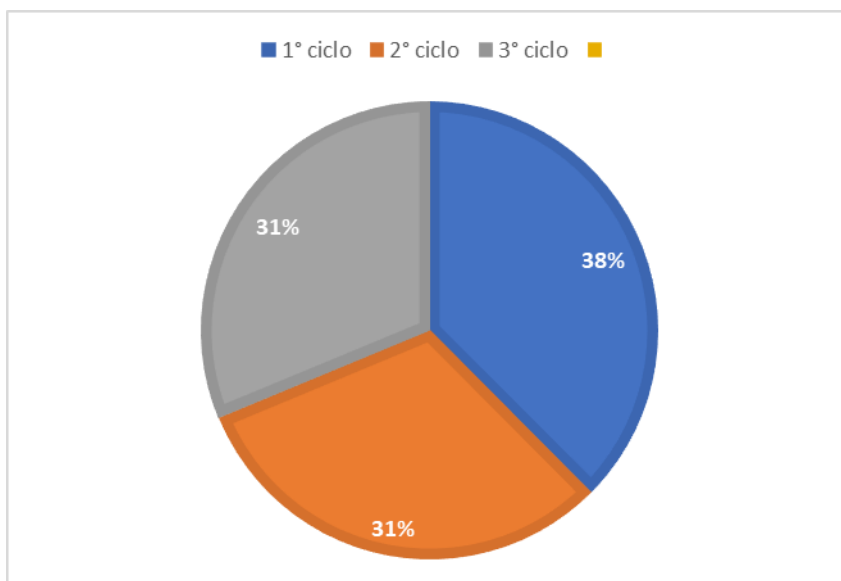


Gráfico 4 – Ciclo que leciona

Nesta questão podemos inferir que existe um equilíbrio entre os ciclos lecionados, embora o 1º ciclo (38% das respostas dos docentes inquiridos) se apresente com uma percentagem mais elevada, ainda que a diferença entre eles seja mínima. O segundo e terceiro ciclo apresentaram valores iguais de 31%.

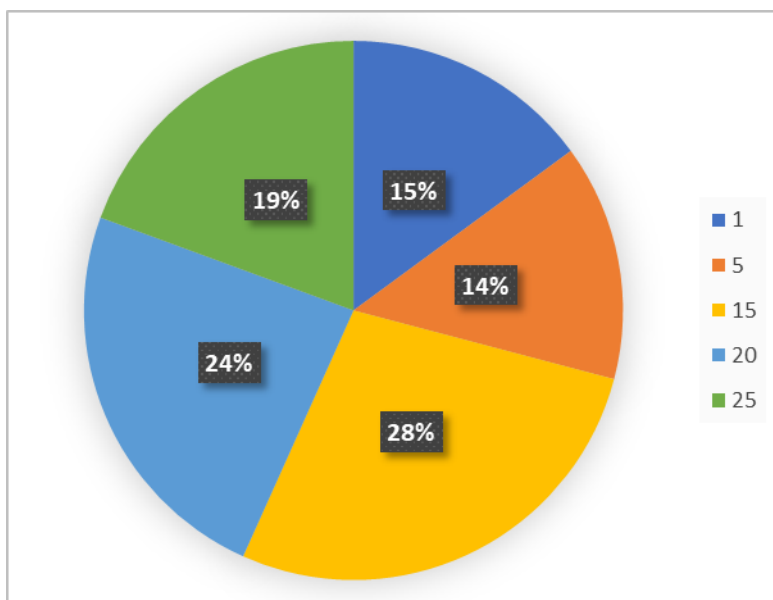


Gráfico 5 – Tempo de serviço dos docentes analisados (total em anos)

Neste gráfico concluímos, por ordem decrescente de tempo ao serviço da educação, que 19% se dedicam a este trabalho há 25 anos; 24% há 20

anos; 28% 15 anos; 14% há 5 anos ; 15% há um ano que levam a cabo a sua atividade docente.

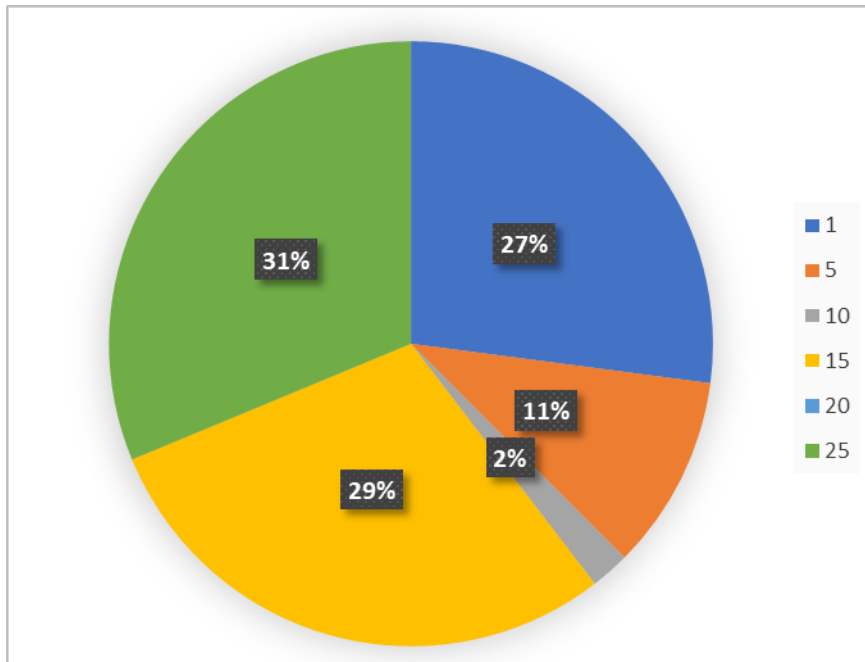


Gráfico 6 – Tempo de serviço em Educação Especial

O gráfico nº 6 situa estes profissionais ao nível de anos de docência em ensino especial. Assim sendo conseguimos determinar que existem 3 percentagens com intervalos muito próximos, 31% para os docentes com 25 anos de serviço, 29% para os docentes com 15 anos de serviço, e 27% de docentes têm apenas 1 ano de serviço.

Os docentes que apresentam menor número de anos de serviço correspondem a 2% (10 anos de serviço) e 11%(5 anos de serviço), no total dos sujeitos da amostra.

Devemos também referir que todos os docentes anteriormente mencionados prestam apoio educativo na atualidade.

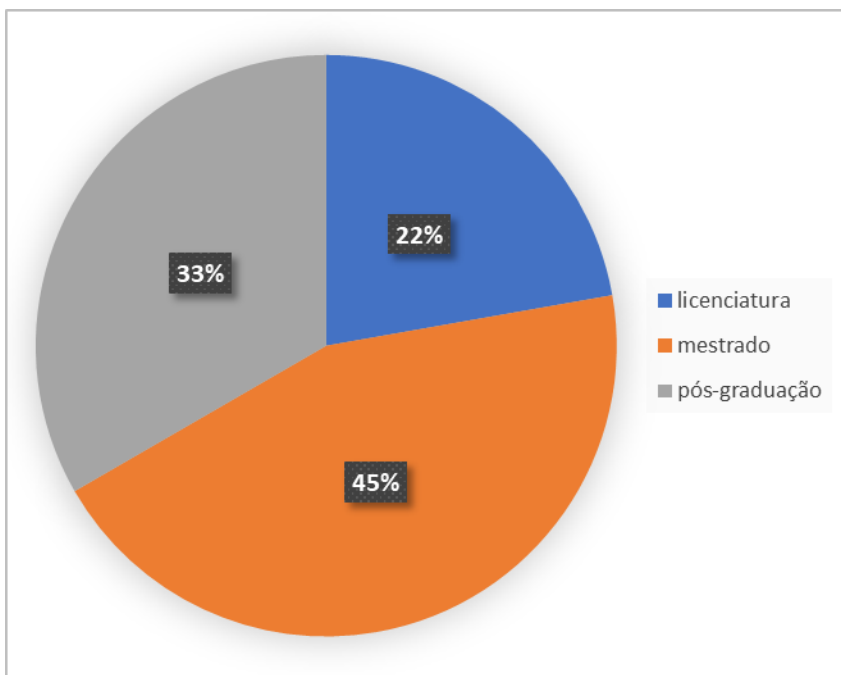


Gráfico 7 – Habilitações académicas

No gráfico nº 7 constatamos que quase metade dos docentes (45%) tem como habilitação académica o mestrado, seguindo-se os docentes habilitados com pós graduação (33%) e por último os docentes com licenciatura que correspondem a 22% dos inquiridos.

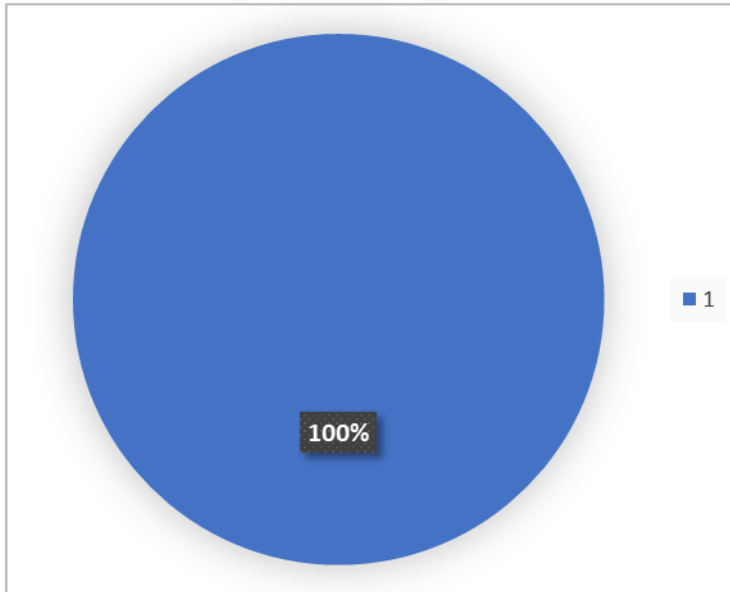


Gráfico 8 – Formação em Educação Especial

No gráfico nº 8 todos os inquiridos, no total da amostra, referem que trabalham com as crianças multideficientes afirmando ter formação na área da educação especial.

DADOS RELATIVOS AO(S) ALUNO(S)

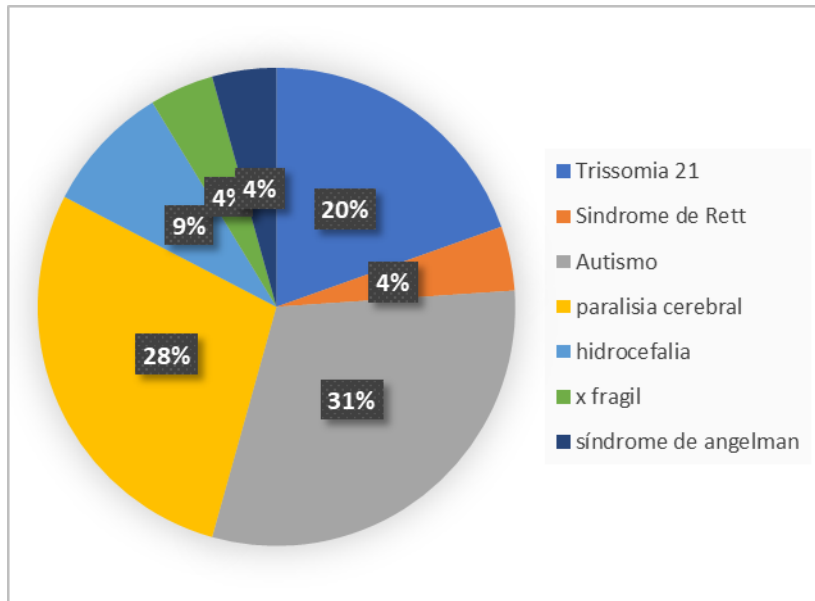


Gráfico 9 – Qual a origem da diversidade funcional do aluno com MD que acompanha

Este gráfico permite-nos perceber que a maioria das crianças multideficientes nas escolas inquiridas, apresentam na sua maioria Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e esta percentagem situa-se nos 31%, o que contraria alguma bibliografia que sugere a paralisia cerebral como a principal causa da Multideficiência.

A multideficiência aqui surge como a 2ª causa, mas muito próxima da PEA com valores de 28%.

A trissomia 21 surge como 3ª causa da multideficiência em crianças com idade escolar, os valores de 20% são os recolhidos no questionário para este distúrbio genético.

Todas as outras causas de MD surgem com percentagens inferiores a 10%.

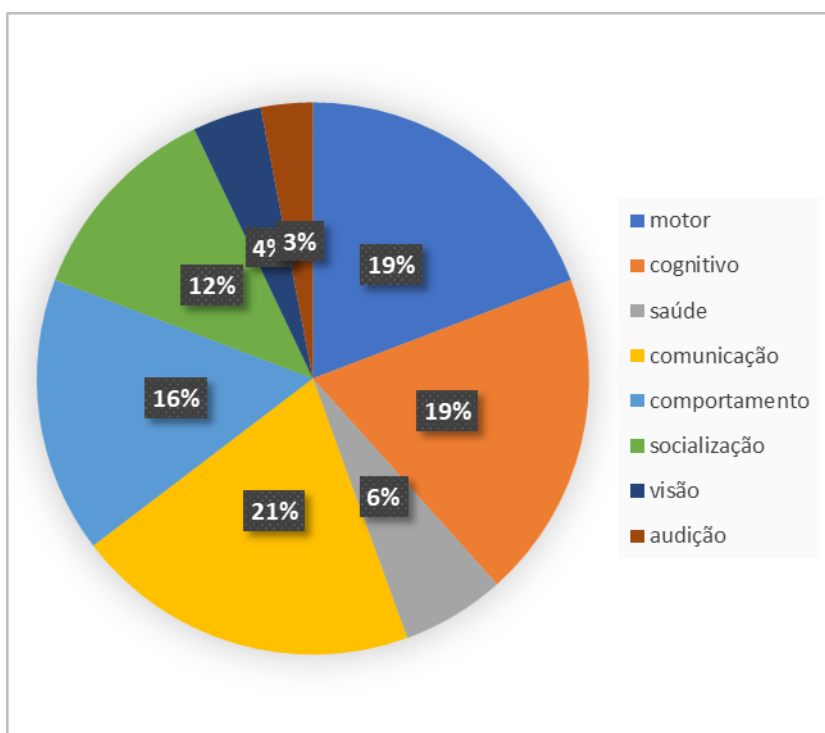


Gráfico 10 – Quais os domínios mais afetados na criança com MD

De acordo com este gráfico podemos verificar que na criança multideficiente os domínios que estão mais afetados são o domínio motor, o cognitivo e a comunicação, todos os outros também se encontram afetados, mas num número de crianças inferior.

Organização escolar e curricular

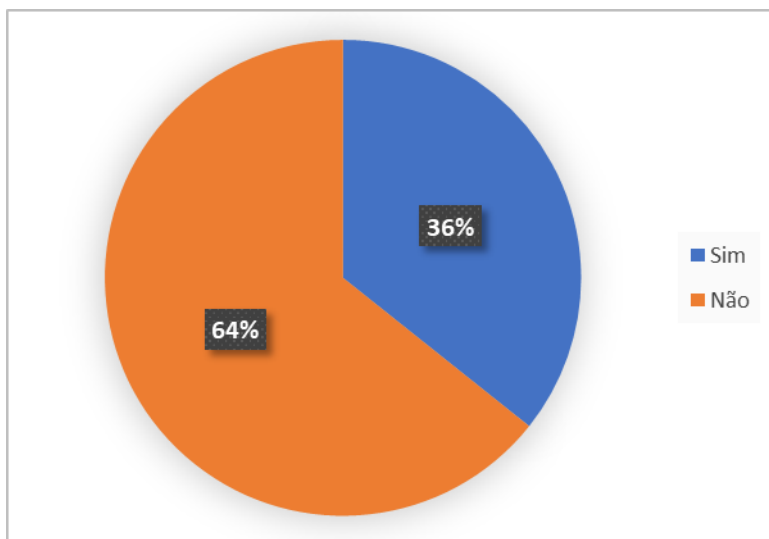


Gráfico 11 – Recursos humanos suficientes para dar o devido apoio à criança com MD

A maioria dos inquiridos opina que a escola não contempla recursos humanos para fazer face à diversidade existente. Apenas 36 % dos docentes vê a escola com os recursos suficientes para atender a todos os alunos.

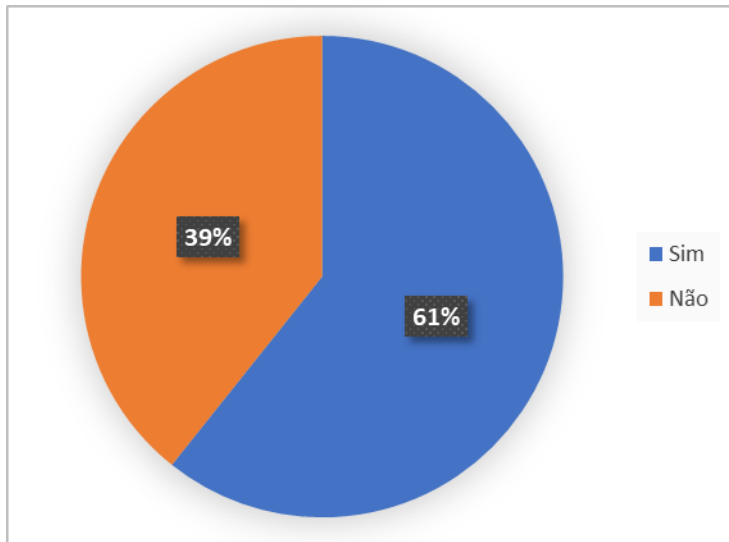


Gráfico 12 – O projeto educativo da escola/agrupamento define atividades que visam a inclusão de crianças com MD

Pelos dados expostos neste gráfico podemos afirmar que 61% das escolas que participaram neste estudo se preocupam e promovem estratégias que visam o sucesso de todos e de cada um na escola.

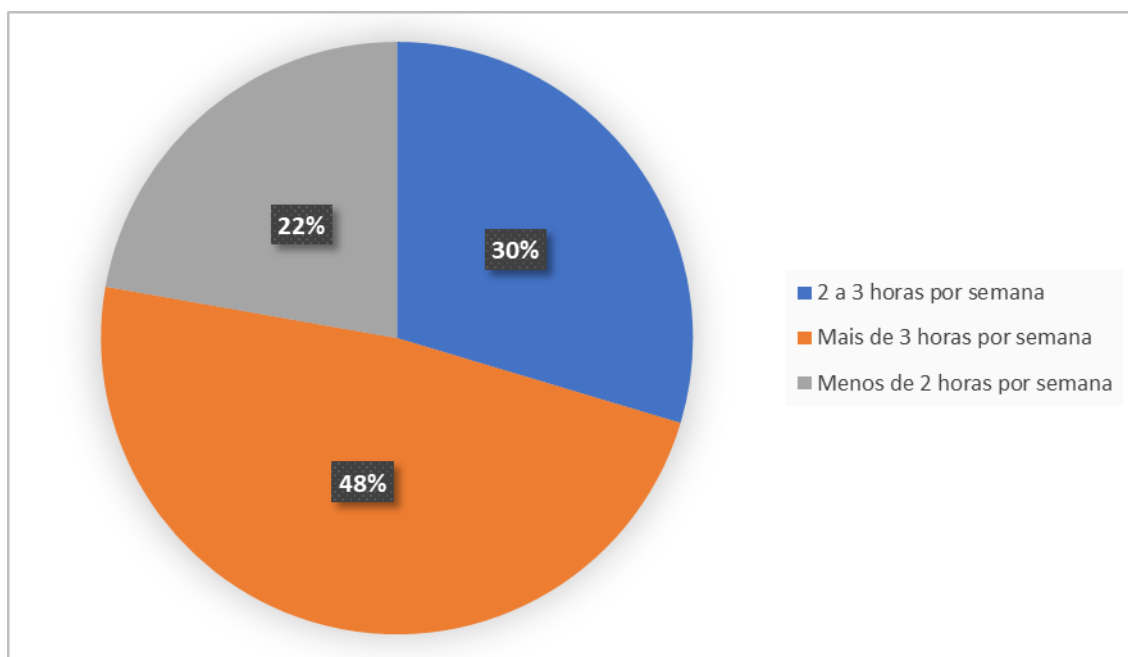


Gráfico 13 – Qual o período/tempo que o aluno com MD permanece em contexto de turma regular

Segundo análise do gráfico número 13 verificamos que quase metade das escolas a que pertencem estes docentes, 48%, opta por desenvolver as aprendizagens dos alunos com MD na classe regular, junto com os pares, com uma assistência semanal superior a três horas por semana, para que estes tenham acesso às interações que decorrem desse envolvimento.

Contudo, constatamos, também, que em 52% das escolas o aluno com MD permanece no CAA a maior parte do tempo, correspondendo a 30 % os alunos que passam apenas 2 a 3 horas por semana em classe regular e 22% por períodos inferiores a 2 horas por semana.

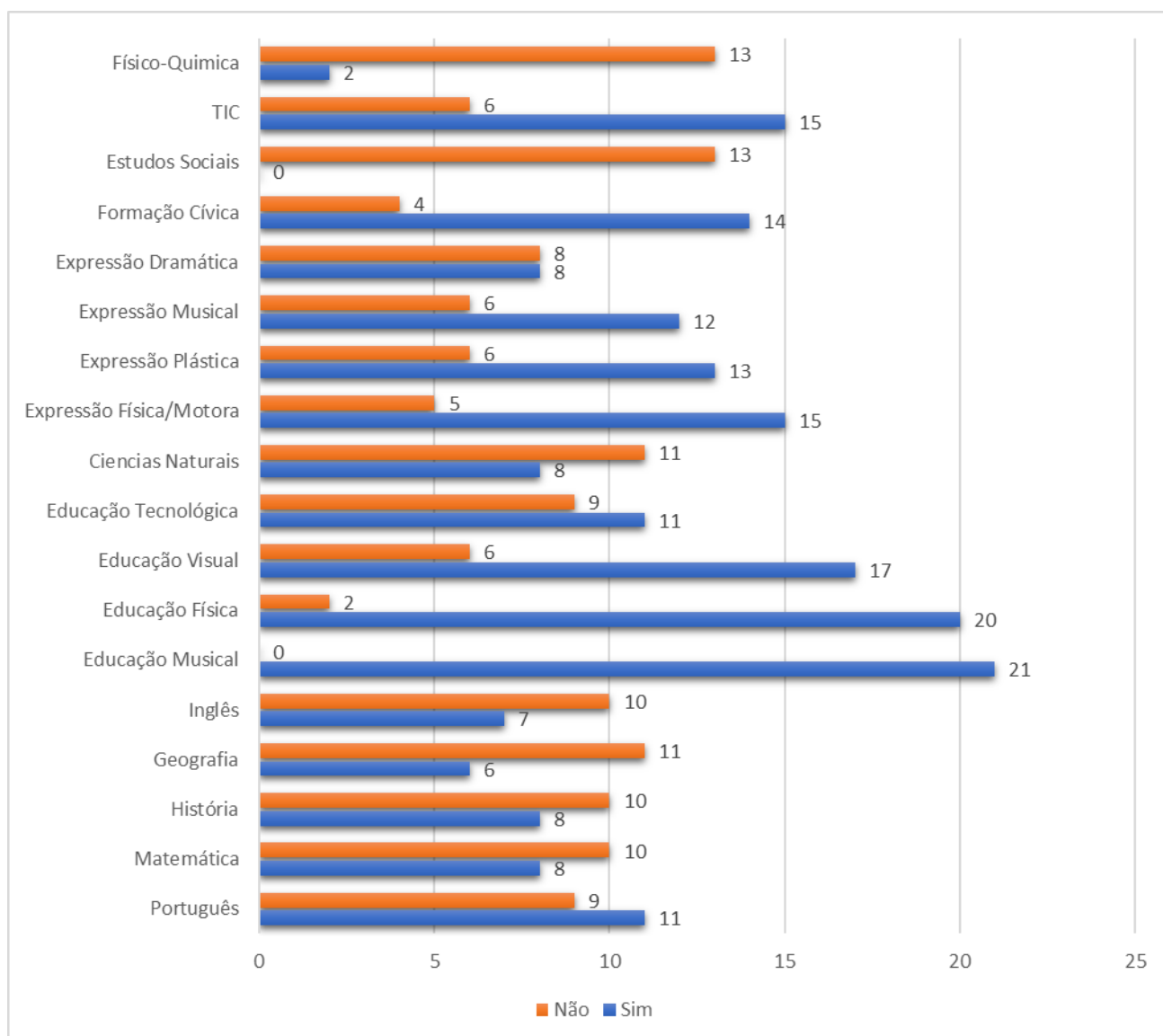


Gráfico 14 – Quais as disciplinas em que o aluno com MD participa

Relativamente à permanência do aluno na sala de aula de ensino regular com a turma, constatou-se que tal permanência ocorre com maior incidência, nas disciplinas de carácter prático, a saber: Educação Visual e Musical, Educação Tecnológica, Educação Física, e TIC.

A elevada participação dos estudantes na disciplina de Educação Musical, parece sugerir o bem estar e tranquilidade oferecido aos mesmos, através da música.

Outras disciplinas frequentadas pelos alunos com MD
Francês
Desporto adaptado
Educação Moral, religiosa e católica
Atividades terapêuticas
Oficina de expressão dramática e musical
Espanhol
Oficina do ser e do agir

Tabela 11 – Outra disciplina, qual?

Nesta tabela, questionamos os professores no sentido de identificarem outras disciplinas não mencionadas no nosso inquérito e onde os alunos com MD tivessem participação, e obtivemos como resposta, a presença do aluno em disciplinas como a de língua Francesa, Desporto adaptado, Educação Moral e Religiosa, Atividades terapêuticas, Oficina de Expressão Dramática, Espanhol e Oficina do Ser e do Agir. A participação é, pois, mínima neste tipo de alternativas.

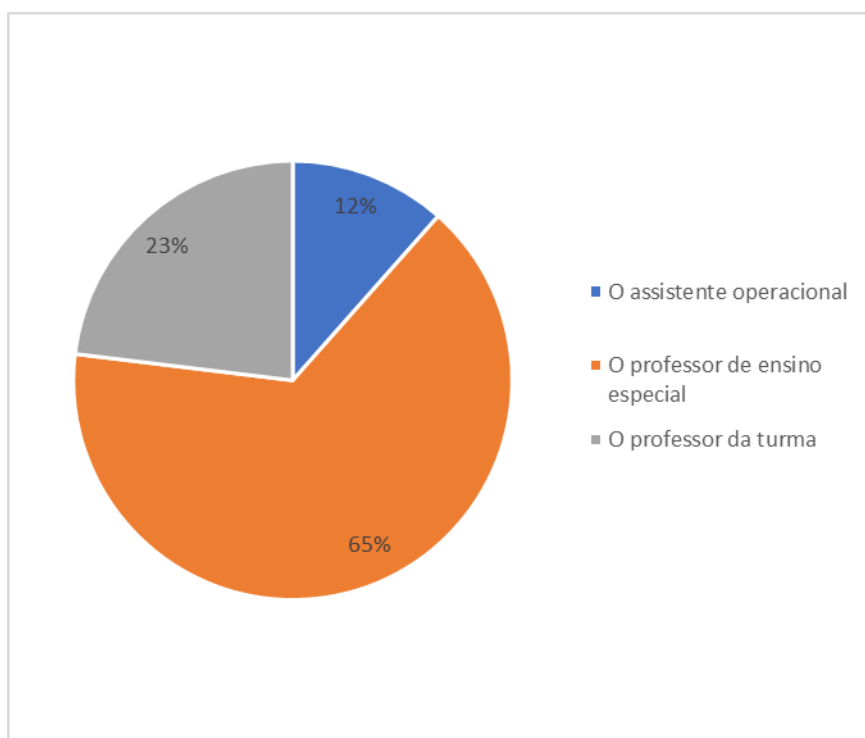


Gráfico 15 – Quem acompanha o aluno na turma

No que respeita ao acompanhamento por parte dos adultos, ficamos a conhecer que 65% dos alunos com MD quando estão com a classe regular são acompanhados pelo professor de EE.

O professor da turma também é mencionado em 23% dos inquiridos, ou seja, estes alunos quando na sua turma não tem acompanhamento para além do professor de ensino regular, que já tem ao seu encargo a restante turma.

O assistente operacional acompanha 12% dos alunos quando estes se deslocam à turma.

É importante que estas crianças tenham apoio sempre que necessário, em contexto de sala de aula, quer do professor de Educação Especial, quer do docente da turma, para sentir que fazem parte da comunidade escolar.

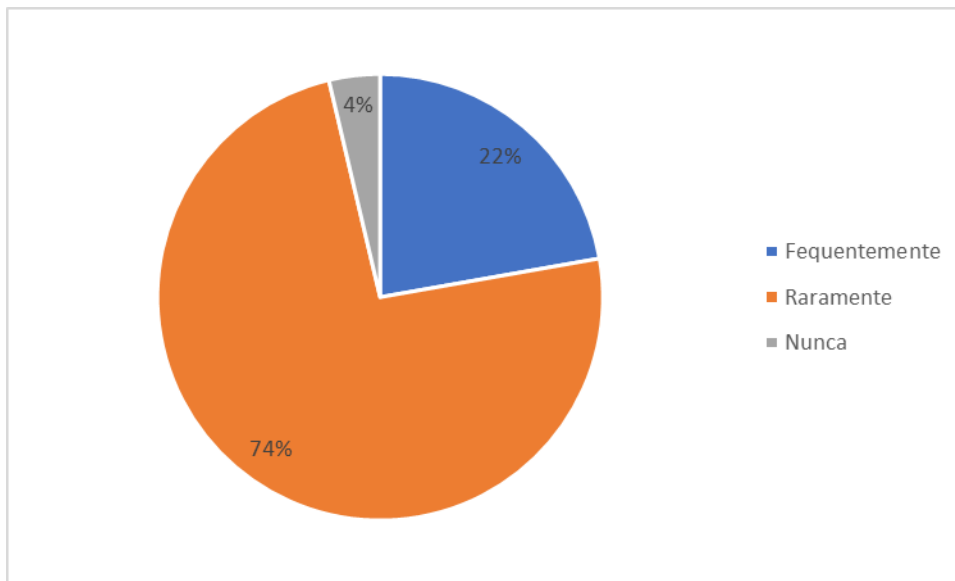


Gráfico 16– O aluno com MD é solicitado a intervir na sala de aula

Pelos dados expostos podemos corroborar que grande parte dos alunos não se encontram incluídos na turma, mas sim integrados, ou seja, estão a marcar presença no grupo turma, mas não têm participação ativa, tal como revelam os dados extraídos no parecer dos sujeitos da amostra.

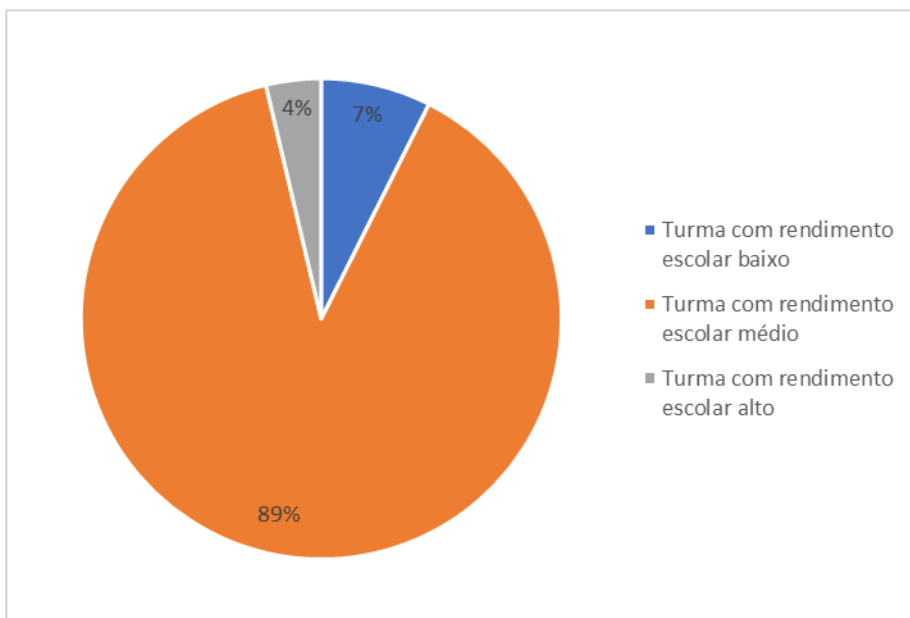


Gráfico 17 – Como caracteriza a turma do ponto de vista da aprendizagem onde o aluno com MD se encontra incluído

Verificamos que a maioria dos professores (89%) referiram que estas turmas eram constituídas em média por alunos de nível com rendimento médio, embora surgissem algumas situações de nível de rendimento baixo (7%), situação que não será desejável porque o aluno em questão poderá ficar prejudicado nas suas interações.

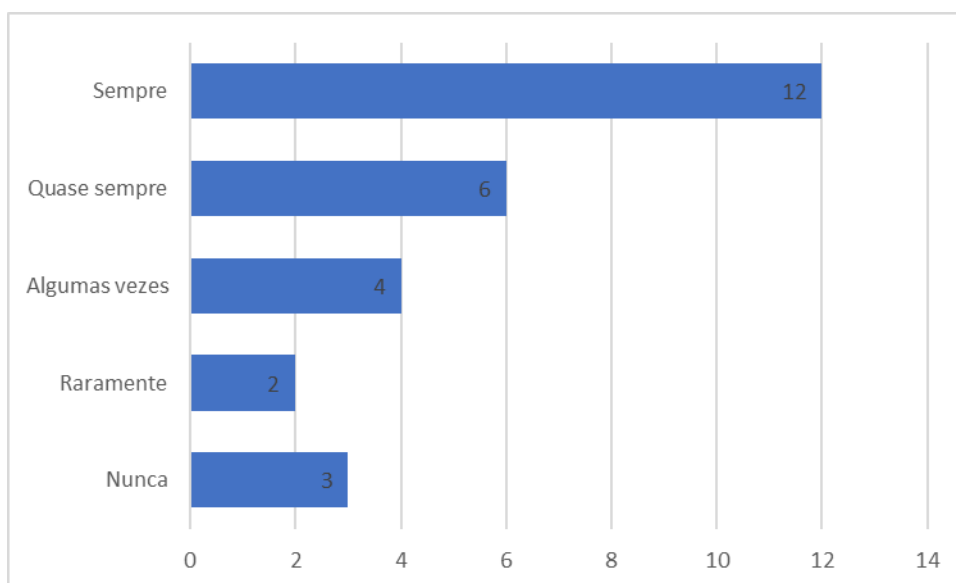


Gráfico 18 – A criança com MD desloca-se à cantina para efetuar as refeições com os seus pares da turma

Ladeira e Amaral (1999) referem que a convivência entre pares não se deve restringir apenas à sala de aula, mas ser alargada aos outros espaços da escola (recreio, ginásio, sala de recursos, etc.), sendo necessário organizar as atividades de modo a facilitar essa convivência.

Da leitura deste gráfico podemos analisar que de acordo com as respostas obtidas, 12% das crianças com MD partilham o período destinado às refeições com os seus pares da turma.

No entanto, metade desta percentagem (6%) quase sempre se deslocam à cantina para fazer as refeições em conjunto, 4% das crianças em questão nem sempre acompanham os pares no período das refeições, e temos 5% de alunos com MD que raramente ou nunca partilham o período em questão.

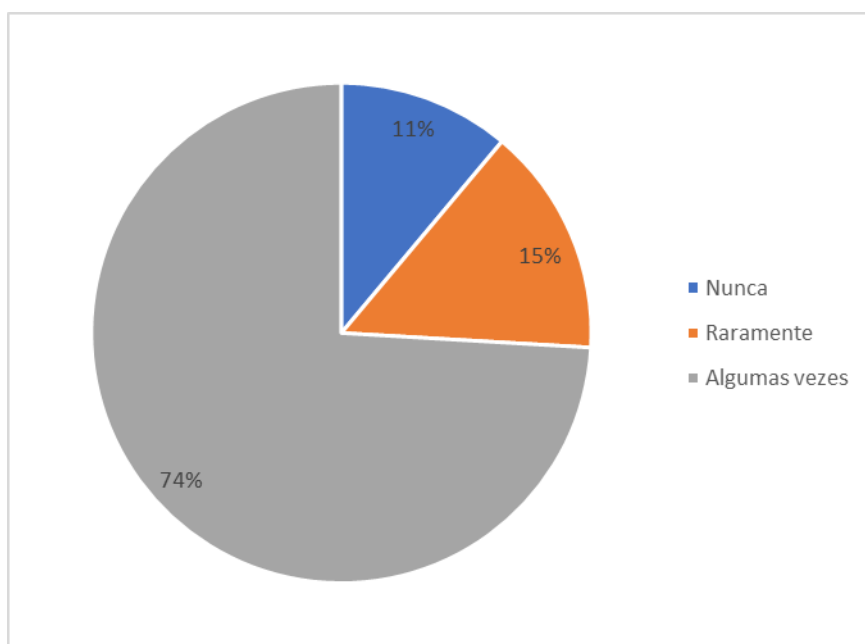


Gráfico 19 – A criança com MD participa nos intervalos com os seus pares da turma

Pelo exposto neste gráfico percebemos que a interação que se opera entre o aluno com MD e os colegas de turma, nos intervalos das aulas, parece não traduzir intercâmbios em tais espaços de lazer., dada a elevada percentagem de “algumas vezes” manifesta pelos inquiridos.

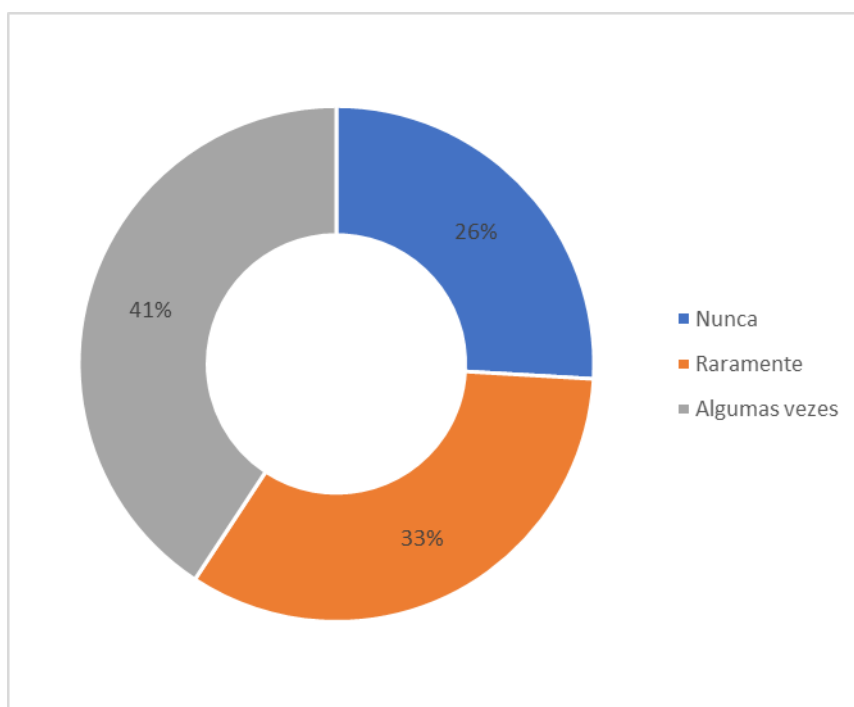


Gráfico 20 – O grupo turma desloca-se ao CAA para efetuar atividades com crianças com MD

Ao ser inserido num trabalho em grupo com outros colegas, o aluno multideficiente irá, com certeza, sentir a necessidade de comunicar com os pares, interagindo com estes, aliás, objetivo pretendido: o desenvolvimento da comunicação e ao mesmo tempo da socialização. Verificamos, no entanto, que a partilha do grupo-turma com o grupo da MD não é levada a cabo com alguma assiduidade uma vez que impera o “nunca” e o “raramente”, num total de 59%.

Tabela 12 - Aprendizagens do aluno em contexto real

Aprendizagens do aluno em contexto real				
	Sim	Não	Raramente	Com frequência
Supermercado	13%	8%	6%	
Pastelaria	11%	8%	6%	
Centro de Saúde	17%	26%	57%	
Farmácia	17%	57%	26%	
Banco	0	22%	78%	
CTT	26%	48%	26%	
Cinema	5%	11%	7%	
Cabeleireiro	14%	57%	29%	
Feira	1%			
Café	2%			
Centro Social	1%			
Florista	1%			
Lojas de roupa	1%			

Pelos dados apresentados podemos perceber que a articulação com a comunidade já existe embora a percentagem dos tópicos Não e Raramente se encontre ainda elevada. Conseguimos também apurar que o centro de saúde não é um destino de eleição dos docentes como sendo um local da comunidade a visitar.

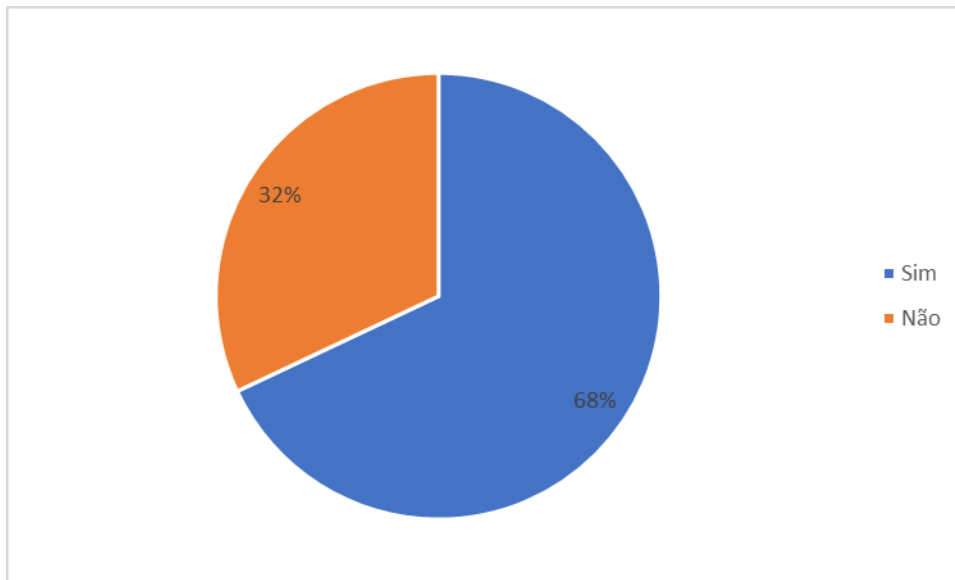


Gráfico 21 – O aluno com MD participa nas visitas de estudo com a turma regular

Da apreciação dos resultados deste gráfico também verificamos que 32% da amostra corresponde a crianças que não acompanham a turma nestas visitas.

Foi também aqui questionado, se existem visitas de estudo, mas os alunos com MD não são incluídos porque têm interesses distintos, ou se

atualmente a escola não faz visitas de estudo por falta de verbas, para estas duas questões não foram selecionadas respostas.

Ainda nesta questão quisemos saber que outros motivos invalidavam a participação dos alunos com MD nestas visitas. As respostas que obtivemos na identificação de outras problemáticas que inviabilizariam a participação do aluno com MD nesta atividade, indicam as condições de saúde como fator determinante da sua participação ou não, e uma outra observação mencionada refere a participação do aluno em visitas de estudo organizadas pelas disciplinas que frequentam...

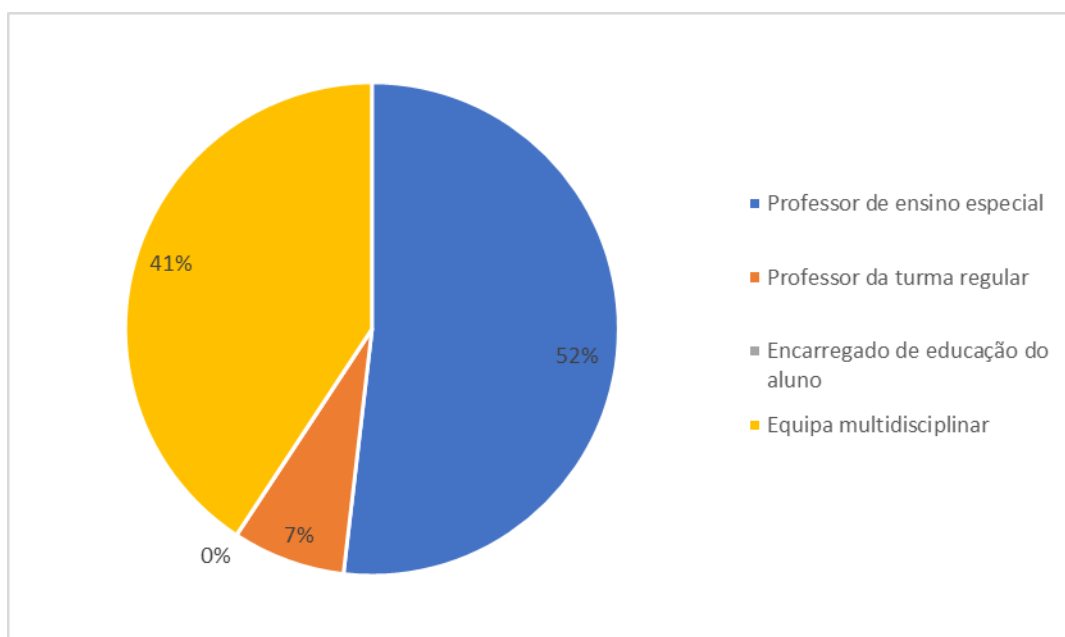


Gráfico 22 – Participação nas estratégias para a inclusão e sucesso do aluno na escola

Podemos considerar que no domínio das práticas colaborativas entre professores ainda existe trabalho a ser feito.

Apesar da criação das equipas multidisciplinares (DL. 54/2018), o professor de EE ainda é visto como o principal catalisador da inclusão destes alunos no meio académico, podemos corroborar esta constatação através da

análise ao gráfico supra, onde a responsabilidade da inclusão escolar é situada nos 52% no tópico referente ao docente de educação especial sendo que a participação do docente do ensino regular teve apenas 7% dos votos, o que nos leva a aferir a ausência de hábitos de trabalho em equipa por parte dos professores.

A equipa multidisciplinar criada pela recente legislação inclusiva (DL 54/2018), situa-se ainda em segundo plano com 41% das intenções dos inquiridos o que demonstra a crescente capacidade de cooperação e articulação entre os docentes com o intuito de estabelecer o melhor caminho inclusivo dos discentes com MD.

De acordo com o gráfico percebemos que a participação dos pais nas estratégias inclusivas do aluno na escola é completamente nula, ou seja, ainda existem barreiras à participação da família no processo educativo do aluno na escola.

Segundo Vieira e Pereira (2012), a existência de estereótipos por parte dos docentes, relativamente ao aluno e aos pais, impedem-nos de ver a pessoa em si e perdem deste modo a oportunidade de diálogo e cooperação necessária à participação dos pais na escola.

Segundo os mesmos autores, alguns docentes consideram os pais responsáveis pela situação dos filhos, ou porque não os sabem educar, ou porque não tem padrões sobre como deve ser uma educação apropriada, sendo que por vezes, são mesmo tidos como pouco inteligentes, vulneráveis e em casos raros até como adversários (Vieira e Pereira 2012, p.97).

Existem ainda outras etiquetas comuns para categorizar os pais, tais como “...os que tratam mal os filhos, os pobres, os sujos, os que têm “mau ambiente em casa”, e os da “nossa classe” (Vieira e Pereira 2012, p.97).

Estes factos têm um efeito contrário ao que seria desejável, a participação ativa dos pais na escola. Para o sucesso do aluno na escola, os pais deveriam ser tratados como parceiros no processo educativo.

Seria uma mais valia para todos um maior envolvimento dos pais na escola, porque permitia que estes também conseguissem compreender as próprias necessidades do filho, os objetivos educacionais propostos, e a aquisição de competências funcionais para ensinarem aos seus filhos em casa ou em ambientes diversificados (Vieira e Pereira 2012).

O educador também sairia beneficiado com esta cooperação entre pais e escola, porque ficaria a conhecer e compreender melhor tudo o que diz respeito ao aluno, além de que, os pais têm que estar de acordo com os objetivos propostos no processo educativo dos seus filhos, e por isso não há como fugir a esta cooperação (Vieira e Pereira 2012).

Quisemos também conhecer que outras participações poderiam intervir no processo de inclusão e sucesso do aluno na escola, e como resultado a esta questão tivemos 3 docentes a responder que todos os intervenientes do gráfico devem participar para o sucesso e inclusão do aluno na escola, e 1 professor que refere a importância da articulação com o professor da turma regular, conforme corroboramos no gráfico seguinte.

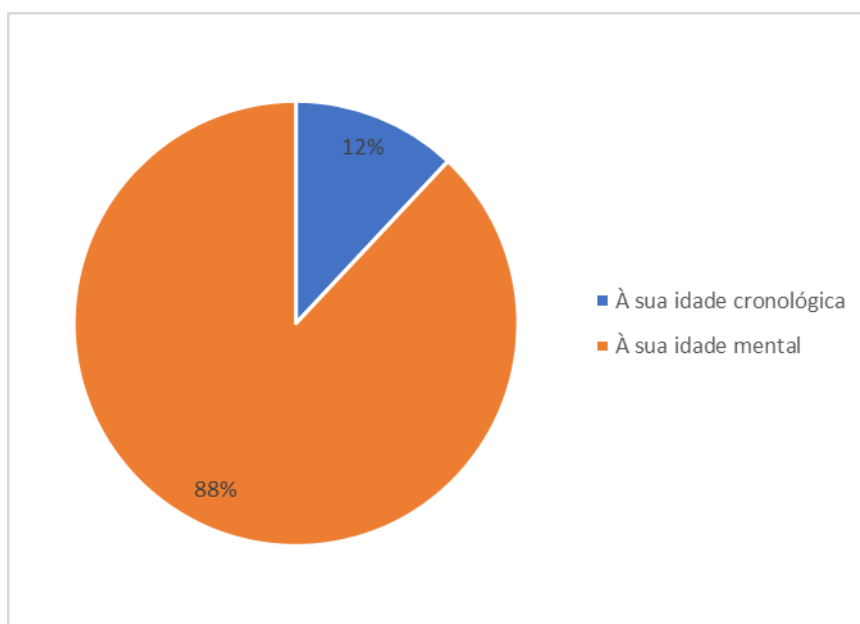


Gráfico 23 – As aprendizagens do aluno com MD devem obedecer

Podemos concluir através desta análise que a maioria dos professores baseia-se na idade mental das crianças para traçar objetivos relativamente às suas aprendizagens.

Segundo Vieira e Pereira (2012) esta concepção está errada e deve ser abandonada, a idade cronológica é a idade por excelência a ser considerada na seleção dos objetivos do programa educativo do aluno. Para melhor aferirmos esta seleção, devemos ter como questão de partida se o objetivo proposto seria aceitável para um jovem “normal” da mesma idade, se um objetivo for risível para um jovem da mesma idade cronológica então devemos abandoná-lo pois trata-se de um objetivo desadequado para a idade.

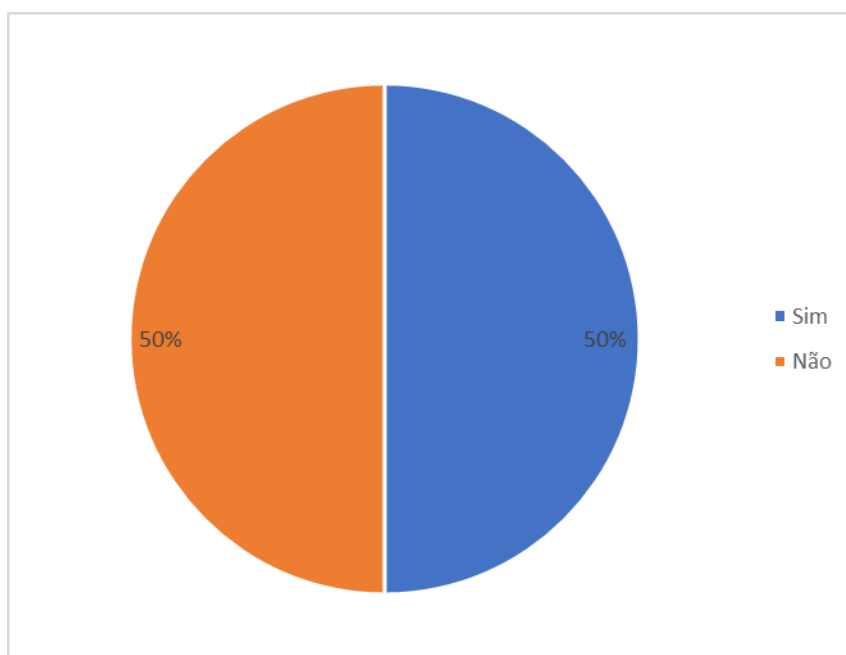


Gráfico 24 – Considera o contexto de grupo turma mais potencializador do desenvolvimento da criança do que o centro de apoio à aprendizagem

Verificamos que as opiniões, no total dos sujeitos, revelam valores antagónicos, isto é, metade concorda enquanto a outra metade discorda em que o contexto grupo de turma é mais potencializador do desenvolvimento da criança com MD.

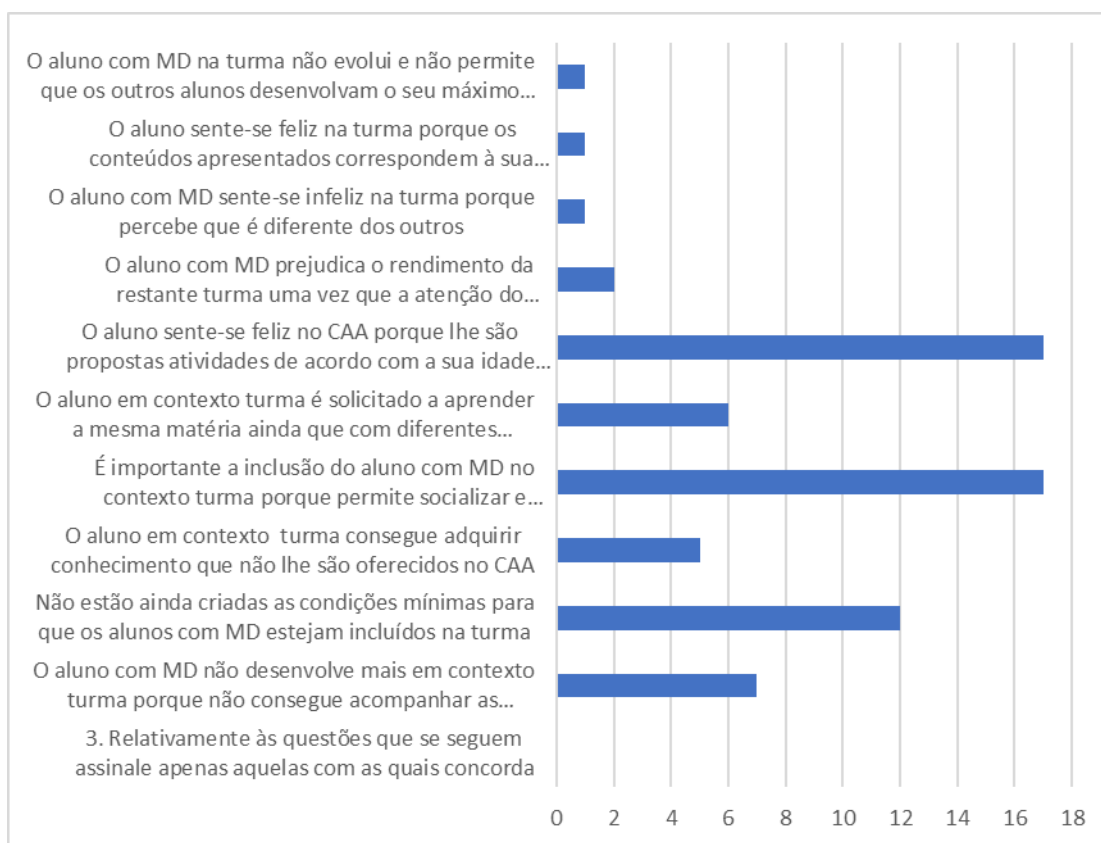


Gráfico 25 – Relativamente às questões que se seguem, assinale apenas aquelas com as quais concorda

Neste gráfico questionamos os docentes relativamente a questões com as quais concordam. Verificamos que uma das questões mais assinaladas corresponde ao facto do aluno se sentir melhor no CAA porque as atividades apresentadas vão de encontro à sua idade mental fazendo com que este se sinta realizado, esta resposta remete-nos para o facto de muitos professores ainda infantilizarem os alunos com MD que se encontram no CAA, pelo facto de associarem a idade mental às aprendizagens dos alunos, não lhes permitindo assim evoluir de acordo com os parâmetros normais da sua idade.

A outra questão que apresenta um maior nível de concordância dos docentes refere-se à importância da inclusão do aluno com MD em sala de aula

porque permite socializar e conviver com os pares, estes docentes estão de acordo com a inclusão e acreditam nos benefícios da presença de crianças com deficiência na sala da turma regular

Estas duas questões são as mais assinaladas pelos docentes sendo que cada uma obteve 17 votos.

A terceira questão mais assinalada, com 12% de respostas reporta a opinião dos docentes relativamente à inexistência das condições mínimas para a permanência dos alunos com MD na turma.

Seguidamente temos 7% de concordância na afirmação, "O aluno com MD não desenvolve mais em contexto turma porque não consegue acompanhar as matérias", ou seja, podemos referir que parte dos docentes inquiridos acredita que o aluno com MD não consegue acompanhar as matérias nem recorrendo a diferenciação pedagógica, este ponto podemos verificar na afirmação que se segue "O aluno em contexto turma é solicitado a aprender a mesma matéria ainda que com diferentes estratégias e métodos, sentindo-se assim incluído" foi indicada apenas por 6% dos docentes.

A afirmação "O aluno em contexto turma consegue adquirir conhecimentos que não lhe são propostos no CAA" obteve uma percentagem de concordância correspondente a 5% dos docentes, nesta situação podemos aferir que o numero de respostas também não é o desejável porque não existe reconhecimento da importância dos conteúdos lecionados em sala de aula.

Dois por cento dos docentes assumem que "O aluno com MD prejudica o rendimento da restante turma uma vez que a atenção do professor se encontra mais dividida.

Por último temos três frases com 1% de aprovação cada uma, são elas, “O aluno com MD na turma não evolui e não permite que os outros alunos desenvolvam o seu máximo potencial”, “ O aluno sente-se feliz na turma porque os conteúdos apresentados correspondem à sua idade cronológica”, “O aluno com MD sente-se infeliz na turma porque percebe que é diferente dos outros”.

Podemos assumir uma divisão significativa dos docentes relativamente a alguns conceitos considerados entraves à inclusão dos alunos com MD, nomeadamente a questão das aprendizagens se basearem na idade mental dos alunos;

O facto de pensarem que não existem condições ideais na turma para a permanência da criança com MD leva a que estes estejam demasiado tempo no CAA, privados da interação com os pares, e da circulação de outros espaços na escola, percorridos na deslocação para a sua turma.

Pela análise das questões propostas constatamos que um elevado número de professores é de opinião que os alunos beneficiam com a presença de crianças com MD quando estas são incluídas nas suas turmas;

A presença de alunos com MD vem estabelecer uma nova dinâmica na turma, impondo o desenvolvimento de respostas, no domínio da diferenciação pedagógica, o que implica a maximização dos recursos.

A inclusão traz, como vantagem, o incentivo da relação com os outros, permitindo a interação designadamente através da socialização.

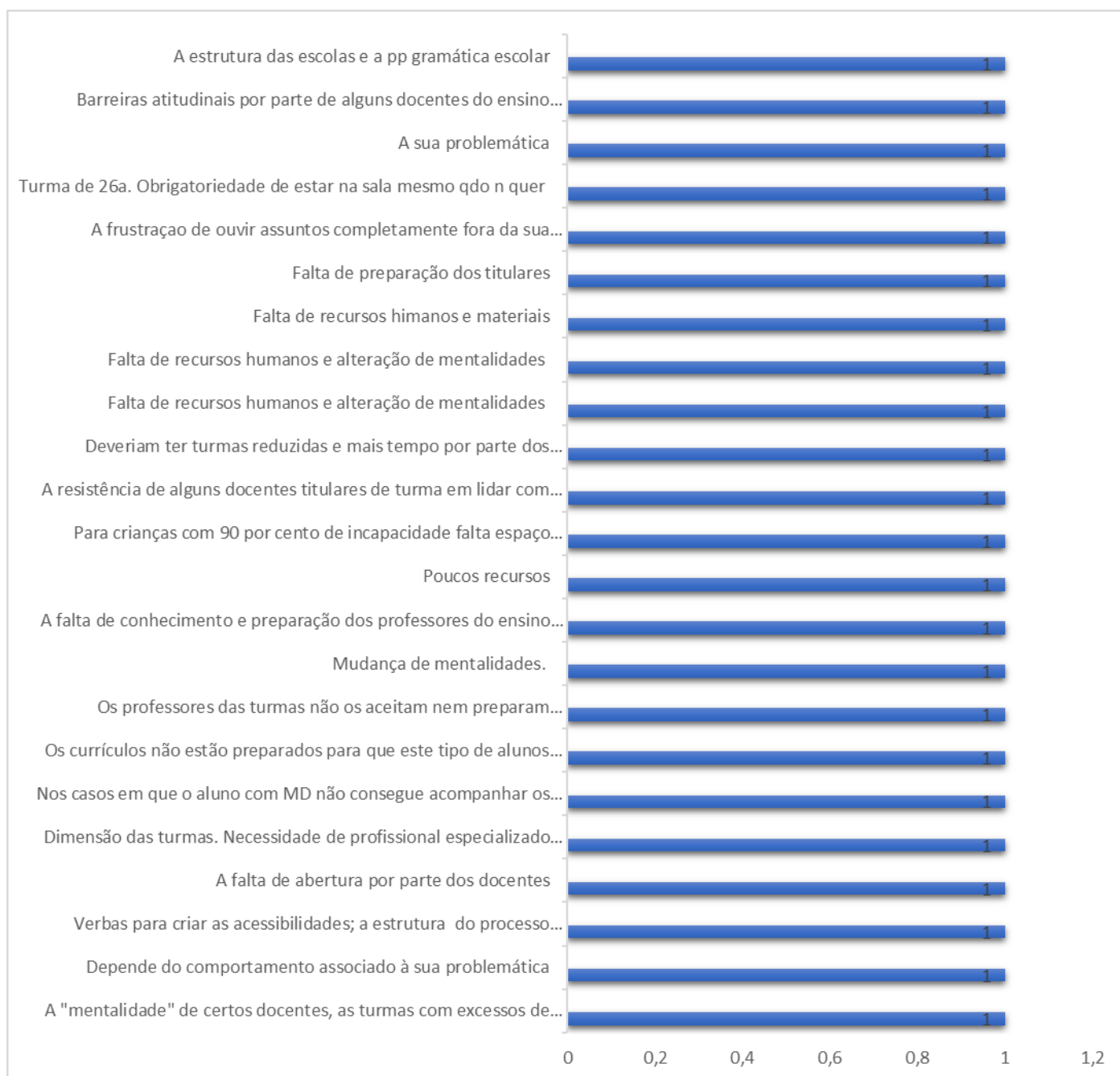


Gráfico 26 - Na sua opinião quais os aspetos que dificultam o processo de inclusão destas crianças e jovens na sala do ensino regular

No que diz respeito aos principais obstáculos à inclusão, os docentes referem os preconceitos, a mudança de mentalidades, a falta de recursos humanos e indicam a insuficiente formação dos docentes na matéria.

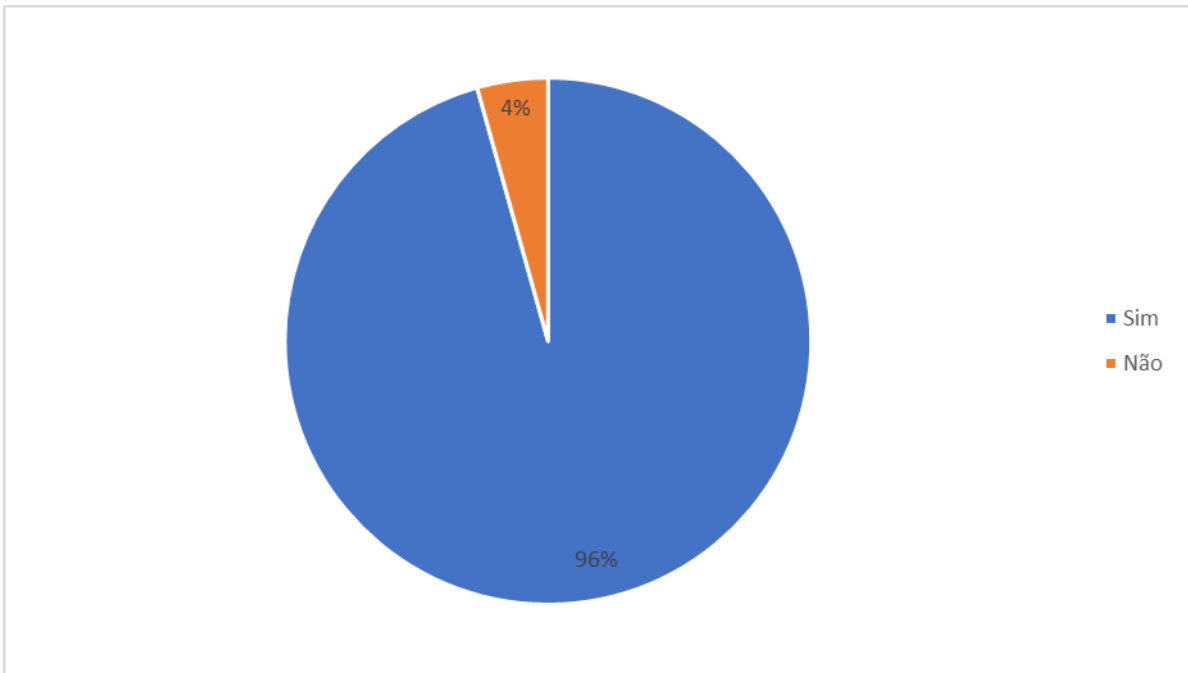


Gráfico 27 – Como profissional acredita no sucesso destes alunos?

Polémica é esta última questão: como se poderá afirmar que se acredita no sucesso destes alunos quando, na verdade, existem tantas barreiras à sua inclusão (não é solicitado na turma; escassa partilha no período das refeições e intervalos; parecer de que a aprendizagem deverá atender à idade mental e não cronológica; permanência no CAA e não na sala de apoio regular, etc.) A este tipo de questões me referirei nas Conclusões .

1. Discussão de Resultados

O presente estudo teve como linha orientadora o modo como os docentes de EE que trabalham com alunos com MD percebem as práticas educativas para promover a inclusão destes discentes.

Iniciamos com uma abordagem relativa aos dados sociodemográficos dos docentes, e verificamos que a faixa etária compreendida entre os 40 e os 50 anos foi a resposta dominante dos 30 professores inquiridos neste estudo.

Tal como pudemos apuramos na tabela nº 10, e de acordo com o gráfico sobre a faixa etária (gráfico nº 2), verificamos uma tendência para o envelhecimento dos docentes em exercício ao longo dos anos.

Relativamente à percentagem por género dos docentes de EE em análise constatamos que são sobretudo elementos do sexo feminino.

Nos gráficos nº 5 e 6 podemos confirmar o tempo total de serviço dos docentes em anos, e o tempo dedicado à EE dos docentes participantes neste estudo.

Verificamos que o tempo de serviço dos docentes oscila entre um ano de serviço e vinte e cinco anos ao serviço da educação, facto este que nos permite perceber tratar-se de pessoal docente com bastante prática nestes domínios de conhecimento e apoio à Educação Especial.

Relativamente aos dados sobre os alunos, é importante referir que a prevalência da PEA na origem da diversidade funcional dos alunos é a mais marcante com 31% das respostas dos professores inquiridos, sendo que a paralisia cerebral, que normalmente é a primeira causa de origem da multideficiência, passa para segundo lugar (gráfico nº 10).

Através destas respostas poderíamos configurar em que áreas as escolas deveriam apostar relativamente à formação especializada dos docentes, para que o sistema pudesse responder às necessidades da diversidade dos alunos que atualmente têm a seu cargo.

Nunes (2006), no estudo efetuado em Portugal para recolha de dados evidencia que as limitações cognitivas estão quase sempre presentes nas crianças com MD e os 396 alunos sinalizados com multideficiência a nível nacional, a frequentar espaços de apoio em estabelecimentos de ensino regular, 391 (99%) apresentavam limitações acentuadas no domínio cognitivo, 354 (89%) tinham associadas acentuadas limitações no domínio motor, 362 (91%) tinham também associadas limitações no domínio da comunicação, linguagem e fala, 150 (38%) manifestavam limitações visuais e 54 (13%) tinham limitações na audição.

Os dados do estudo supra vão de encontro às informações apresentadas no nosso gráfico nº 10, que avalia quais os domínios mais afetados na criança com MD, e que reporta precisamente a afetação dos mesmos domínios.

Já anteriormente, em outro estudo (Nunes, 2002), se constatava que na caracterização das crianças com multideficiência o domínio mais afetado é o cognitivo associado ao domínio motor (90%) seguindo-se o domínio da comunicação (81%), da saúde (50%), o domínio da visão (39%) e finalmente o da audição (7%).

De acordo com Correia (2008 pág. 57), “estes domínios dariam lugar a especializações que deveriam ter a duração de pelo menos um ano e incluírem, para além do elenco das disciplinas, um projeto de carácter prático.

A educação de alunos com multideficiência exige recursos humanos e materiais específicos, sendo que as escolas deveriam proporcionar todos os recursos adequados às especificidades das problemáticas que apresentam, assim como recursos humanos e materiais necessários à prestação de uma resposta educativa especializada e adequada. No entanto, conseguimos perceber através das respostas ao gráfico 11, que a maioria dos professores, encontra lacunas a nível dos recursos humanos presentes nas escolas.

Supostamente, a criação dos CAA deveria possibilitar uma melhor gestão desses recursos humanos e materiais assim como a respetiva concentração e potencialização dos mesmos (DL 54/2018), no entanto em

algumas escolas, como nos indica este gráfico, percebemos que isso não se verifica.

Um documento importante que se revela como suporte da inclusão nas escolas é o Projeto Educativo.

Este documento consagra a orientação educativa da escola onde versam os valores, finalidades, objetivos e estratégias que os agrupamentos privilegiam e que sustentam os projetos curriculares (Amorim e Virgo 2008).

No entendimento de Rodrigues (1995, p. 64), “cada instituição escolar, deverá elaborar um projeto educativo, o qual deverá ter como ponto culminante, dar a melhor resposta à variedade de necessidades educativas dos alunos, no contexto real de cada escola e da comunidade em que está envolvida”. Nesta ordem de ideias, este Projeto Educativo promoverá a abertura, o diálogo e a cooperação na construção de uma escola inclusiva.

Formosinho (2000, p. 121) refere que o modo de construção do projeto de escola “permitirá compreender se a autonomia a construir é, de facto, um processo autonómico ou antes, uma reconversão do processo da Administração Educativa que exige, agora, uma reformulação de procedimentos de forma a preservar o essencial de um sistema centralizado.” É, deste modo, indispensável aferir se o projeto se constrói porque é uma obrigação resultante do processo de execução do regime de autonomia e gestão das escolas, ou se deriva da possibilidade de cada escola delimitar o seu espaço social, enquanto serviço público de educação.

Neste podemos perceber que a elaboração dos Projetos Educativos não deve atender somente ao cumprimento dos normativos legais vigentes; Ele deve projetar as mais recentes políticas inclusivas de cada escola, mas, para isso, é preciso que haja uma consciencialização sobre o que é a escola inclusiva.

Tal como refere Rodrigues (1995) as questões relativas à Inclusão devem ser um aspeto fundamental do Projeto Educativo, enquanto espaço estratégico da política educativa local. Este procedimento permitirá criar as condições ideais de inclusão social de todas as crianças.

As escolas são a base de construção de uma sociedade que respeita a diferença e a dignidade de todos os seres humanos devendo reger-se por políticas que promovam a equidade e o sucesso de todos os alunos.

No entanto, podemos concluir, através da análise do gráfico 12, que ainda existe um número considerável de escolas que apesar de apregoarem a inclusão, não têm ainda patente práticas promotoras de equidade educativa no que concerne às práticas educativas e à gestão da diversidade, uma vez que não incluem as propostas de participação do aluno com MD no seu projeto educativo.

Na tentativa de inclusão dos alunos com MD na sala de aula (gráfico nº 13) deparamo-nos com uma elevada percentagem de alunos a permanecer muito tempo em contexto de CAA, ou seja, 22% dos alunos apenas participam na turma em períodos inferiores a 2 horas semanais e 30% apenas permanecem em contexto turma 2 a 3 horas por semana, tendo em conta estas percentagens e a perspetiva de inclusão proposta pelo novo DL de educação inclusiva (54/2018), onde todos os alunos sem exceção devem ter participação ativa em contexto turma, verificamos que a inclusão fica muito aquém do proposto pela nova legislação em vigor.

A inclusão pressupõe que mesmo os alunos com dificuldades severas tenham acesso aos contextos regulares de ensino em classes regulares e que participem ativamente nesses mesmos contextos (Nunes & Madureira, 2015).

Não podemos deixar de observar que existem ainda opiniões divergentes sobre os locais onde estes alunos devem permanecer, ou seja, no decorrer deste estudo tomamos consciência de que existem docentes que acham pertinente a permanência dos alunos no CAA, outros consideram que estes devem permanecer mais tempo em contexto turma.

Segundo Downing, 2002; Fuchs & Fuchs, 1994; Stainbeck & Stainbeck, 1992, cit. por Ferreira (2009) a inclusão dos alunos com Multideficiência deve ser feita na sala de aula do ensino regular. Outros autores, porém, (Zigmond & Baker, 1995) questionam se devido às características específicas que estes

alunos evidenciam não seria necessária uma intervenção especializada e individualizada, só possível em ambientes segregados. Outros ainda defendem uma situação mista, ou seja, estes alunos devem transitar entre um local e outro. (Brown, et al., 1991).

Jackson 2005, citado por Nunes 2008, salienta ainda que “...na educação destes alunos é necessário encontrar o meio menos restritivo possível e simultaneamente o mais adequado para responder às suas necessidades específicas ...” (p.17). A sala de aula é um local de excelência pois permite o contato com grupos heterogêneos de aprendizagem, que por sua vez possibilitam a promoção de um ensino assistido entre pares.

A inclusão da criança com MD na turma deverá beneficiar toda a comunidade escolar, a diversidade deve ser encarada como uma característica do indivíduo que fortalece a turma e proporciona a todos, maiores oportunidades para a aprendizagem (Stainbeck, S. & Stainbeck, W., 2008). Este aspeto é reforçado por Kelly, Foreman, Bennett e Pascoe (2008), ao afirmarem que a socialização entre pares com e sem deficiência é extremamente benéfica para as crianças com MD porque nesta interação se efetuam trocas sociais e comunicativas. As interações comunicativas têm para estes autores um papel fundamental no desenvolvimento de experiências significativas.

Nunes (2008), considera que os alunos com MD, independentemente da sua condição cognitiva e física, têm necessidades iguais às dos seus pares.

Necessitam de interagir, brincar e aprender com os seus pares no ambiente escolar de modo a adquirirem competências que lhes permita viver em sociedade, independentemente do caminho a percorrer para traçarem os objetivos propostos.

Compreendemos as dificuldades acrescidas que estes alunos representam para os docentes, nomeadamente no que diz respeito em dinamizar atividades com estes alunos na sala de aula, ou seja, a diferenciação pedagógica como método de ensino estamos seguros não ser ainda preconizada pelos professores, facto este que acaba por afastar estes alunos,

para o CAA., tal como verificamos quando demos conta do reduzido número de horas que alguns alunos permanecem na turma regular.

Uma vez mais se reafirma a necessidade da interação com alunos com MD porquanto Rief & Heimburge (2000), referem que a forma como o professor vê, entende e percebe o mundo, e interage com os alunos, influencia, claramente, o sucesso dos mesmos.

Podemos afirmar que, na busca do sucesso escolar, os professores devem adequar as suas práticas pedagógicas e sociais às aptidões dos alunos e ao acreditarem nas suas competências e no seu sucesso passarão uma mensagem de confiança que produz no aluno a valorização do self e das suas capacidades em seu lato sentido..

As disciplinas com mais participação dos alunos com MD, revelam ser as disciplinas de carácter prático, tais como a educação física, educação visual e tecnológica, assim como educação musical..

Segundo Cross (2014) a música é uma forma universal de comunicação humana, e para uma comunidade de indivíduos que apresentam défices cognitivos e sensoriais, esta pode também representar uma forma de comunicação e de superação de barreiras linguísticas, físicas, mentais e cognitivas.

Carvalho (2011), refere-se à música como a possibilidade de ser um veículo transmissor de aprendizagens, experiências, de treino e aperfeiçoamento das capacidades de concentração e raciocínio, assim como é também importante no controle de emoções, na criação de autoconceito, e na estabilização do corpo e da mente.

Relativamente à disciplina de Educação Física podemos referir as vantagens que trará aos vários aspetos da vida dos indivíduos com multideficiência, uma vez que muitas vezes estes sofrem de problemas de postura que provocam traumatismos músculo-esqueléticos.

Mas a Educação Física não beneficia só a saúde, é transversal a outros aspetos importantes da vida, nomeadamente no plano afetivo e no reforço da auto imagem. No plano psicomotor promove o desenvolvimento das

capacidades motoras e a aprendizagem de vocabulário relacionado com o tema e por último, o plano cognitivo também sai reforçado. A participação em jogos incrementa o desenvolvimento das funções percetivo-motora e a integração social do individuo nas atividades da comunidade (Carvalho 1998).

Ainda de acordo com o mesmo autor, as pessoas com diversidade funcional podem, regra geral, praticar atividade física e desporto, porque é uma forma de promover a saúde o bem estar de qualquer individuo.

Estes autores reforçam também a ideia de que o exercício físico regular e sistemático tem um papel importante, também no reforço de hábitos saudáveis e favorecem um estilo de vida saudável.

A disciplina de EVT (Educação Visual e Tecnológica) visa contribuir para a formação de crianças e jovens, criativas, autónomas e participativas, desenvolvida em atividades que irão contribuir para a concretização de projetos, através de soluções que vão dar resposta a problemas encontrados em contexto de sala de aula e tendo em conta o meio envolvente, não descurando os processos artísticos, tecnológicos e estéticos.

A relação das TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação) com a EVT, é uma mais valia para estes alunos, visto que a grande maioria apresenta problemas de comunicação, que em alguns casos podem ser colmatados recorrendo ao computador.

As novas tecnologias permitem ultrapassar barreiras, quer pelas potencialidades de novos produtos e serviços que aparecem no mercado, quer através das **ajudas técnicas** cada vez mais eficazes.

O uso cada vez mais generalizado de computadores e de materiais pedagógicos digitais merecem uma atenção particular no caso dos alunos com diversidade funcional. Neste caso da multideficiência, eles não devem ser apenas utilizados numa perspetiva lúdica, mas, em paralelo, com a vertente mais pedagógica relacionando os conteúdos das disciplinas.

Segundo Ponte (1991), o computador pode ser considerado um instrumento educativo, porque promove a auto confiança no aluno, ao estimular

e diversificar neste as suas atividades cognitivas e ao proporcionar-lhe um papel mais determinante no seu processo de construção do saber.

Ainda relativamente às novas tecnologias, é de salientar o seu papel como potenciador de inclusão e de qualidade de vida de vários grupos de pessoas e em especial dos que têm necessidades específicas de comunicação.

Em Portugal a Fundação Altice tem procurado contribuir ativamente para o crescimento inteligente, sustentável e inclusivo de toda a sociedade portuguesa, promovendo o acesso de todos à educação, à vida ativa e social, através de soluções de tecnologia, que coloca ao serviço da população.

Uma ferramenta de inclusão digital com soluções de comunicação adaptadas a cidadãos com necessidades específicas, e que possibilita o seu acesso à atividade escolar é o chamado PC EYE MINI.

O PC EYE MINI é uma câmara que se instala no computador e permite aos utilizadores o acesso ao computador através do olhar, o equipamento destina-se a pessoas que não conseguem utilizar os membros superiores, tetraplégicos, pessoas com Esclerose Lateral Amiotrófica, ou com graves limitações neuromotoras como é o caso da paralisia cerebral, e neste caso os indivíduos com multideficiência, permitindo acessibilidade ao computador através do olhar.

Este equipamento pode ser subsidiado pela segurança social, apresentando o certificado multiusos do utente para verificação do grau de incapacidade.

Relativamente a outras disciplinas menos frequentadas pelos alunos cabe à equipa multidisciplinar a planificação de atividades que favoreçam a possível inclusão destes alunos através da organização de atividades de grupo onde o aluno tenha participação ativa, para se sentir totalmente incluído na turma da qual faz parte.

Este trabalho permitiria a interação do aluno multideficiente com os seus pares em atividades organizadas durante tempo determinado e em atividades promotoras para o seu desenvolvimento.

Na participação ativa do aluno na turma devemos ter em conta os pressupostos do DL 54/2018 que refere que o aluno da turma deve estar incluído em todas as atividades ou, quando por qualquer incapacidade tal não possa ocorrer, deve ser envolvido noutra atividade de substituição.

Para que esta inclusão se verifique é necessário a articulação entre a equipa multidisciplinar para adequar metodologias ao processo de aprendizagem do aluno, avaliar e acompanhar a conformidade das respostas e delinear novas formas de atuação se necessário, uma vez que é fundamental que todos os intervenientes no processo, encontrem a melhor forma de proporcionar à criança experiências significativas, organizadas e diversificadas, com utilidade para a sua vida futura (Amaral et al. (2004).

Segundo Rodrigues (2001), todos os alunos podem e devem aprender juntos nas turmas do ensino regular, num ambiente de aprendizagem diferenciado e de qualidade para todos.

Consideramos que seria benéfico para todos se os alunos fossem incluídos em turmas de nível médio ou superior, o qual constatamos ser uma realidade nas escolas inquiridas.

Outro aspeto a considerar na inclusão dos alunos com MD em turmas regulares, é a relutância em colocar estes alunos em turmas de nível superior, pelo facto dos docentes acreditarem que o aluno com MD poderá prejudicar o rendimento global da turma.

Podemos ainda referir que existem escolas que agrupam os alunos por níveis de rendimento., aliás posição partilhada por metade dos inquiridos analisados.

Segundo Melero e Rodrigues et al. (1992) a inclusão de alunos com diversidade funcional nas turmas regulares não influencia os resultados académicos, em contrapartida, poderá acrescentar benefícios, pelo facto de os tornar mais tolerantes e sensíveis através das experiências positivas de convivência.

Correia (1999), também apoia esta partilha e interação, segundo o autor, o contacto entre os alunos promove o conhecimento e a diversidade das características humanas, compreendendo que a partilha de aspetos comuns e de necessidades excede as diferenças.

Na análise efetuada aos questionários pode constatar-se que a interação entre o aluno MD e os seus pares é praticamente inexistente fora do espaço da sala de aula, cingindo-se aos 41% registados para o tópico algumas vezes.

Relativamente às opções Raramente e Nunca, o gráfico (21) também nos dá indicações sobre as interações que se operam entre pares no CAA, sendo que os resultados apresentam percentagens elevadas para ambas as opções, o que significa que não existe uma articulação previamente definida sobre a cooperação entre pares nos respetivos espaços.

Estes momentos de interação poderiam ser pensados pelos docentes responsáveis pelo aluno, durante alguns intervalos pois essas situações aumentariam o tempo de convívio entre o aluno com MD e os seus pares abrindo oportunidades a novos contextos de interação.

O que aqui referimos vai ao encontro das palavras de Correia que afirma que a inclusão exige (...) a reestruturação da escola e do currículo no sentido de permitir a todos os alunos, com as mais diversas capacidades e interesses, características e necessidades, uma aprendizagem em conjunto.

Auscultamos os docentes com o intuito de perceber a relevância dada às aprendizagens em contexto real e identificamos alguns setores onde alguns discentes se deslocam para efetuar estas aprendizagens. Verificamos que não existe, em nenhuma das opções apresentadas, a opção com frequência assinalada, o que nos leva a acreditar que estas aprendizagens são efetuadas de forma muito esporádica.

De acordo com Domingues & Ferreira (2009a) a abertura à família e à comunidade são essenciais na aprendizagem da criança multideficiente porque garantem experiências funcionais em contexto real mas também porque, terminado o seu percurso escolar, será nestes dois contextos (família e comunidade) que o jovem estará inserido.

Para Nunes (2008) as atividades devem ser realizadas em contextos reais e significativos, e ter um caráter funcional, de modo a facilitar a aquisição de competências básicas. As atividades a desenvolver devem ser de qualidade e significativas para os alunos.

Saramago et al., (2004) também referem que se devem proporcionar atividades de cariz funcional, realizadas em contextos naturais, que contribuam para aumentar a independência destas crianças na sua vida futura.

Ladeira e Amaral (1999) sugerem a participação em atividades na comunidade que envolvam serviços públicos e outros (correios, biblioteca, cinema, lojas, café, etc.) criando e desenvolvendo interações com pessoas e ambientes e alargando as experiências.

Na questão onde pretendíamos saber se o aluno com MD acompanha a turma nas visitas de estudo, do que nos refere o gráfico (22) ficamos a conhecer que 68% dos inquiridos refere a inclusão do aluno com MD nesta atividade.

Ladeira e Amaral (1999) sugerem a participação dos alunos com MD em visitas de estudo, em conjunto com os outros alunos uma vez que esta situação origina o desenvolvendo de interações com pessoas e ambientes e consequentemente a expansão de um leque de experiências ainda reduzido.

No domínio das práticas colaborativas entre professores consideramos ainda existir falta de cooperação, apesar da criação das equipas multidisciplinares (DL. 54/2018). O professor de EE ainda é visto como o principal catalisador da inclusão destes alunos no meio académico, tal como corroboramos através da análise ao gráfico 23, onde a responsabilidade da inclusão escolar é situada em 52% no tópico referente ao docente de educação especial;

A equipa multidisciplinar situa-se ainda em segundo plano com 41% das intenções dos inquiridos, o que nos leva a aferir a ausência de hábitos de trabalho em equipa por parte dos professores.

Segundo Vieira e Pereira (2012), a existência de estereótipos por parte dos docentes, relativamente ao aluno e aos pais, impedem-nos de ver a pessoa em si e perdem deste modo a oportunidade de diálogo e cooperação necessária à participação dos pais na escola.

Segundo os mesmos autores, alguns docentes consideram os pais responsáveis pela situação dos filhos, ou porque não os sabem educar, ou

porque não tem padrões sobre como deve ser uma educação apropriada, sendo que por vezes, são mesmo tidos como pouco inteligentes, vulneráveis e em casos raros até como adversários (Vieira e Pereira 2012, p.97).

Existem ainda outras etiquetas comuns para categorizar alguns pais, aspeto este que em nada beneficia não só o intercâmbio entre pais e educadores, assim como poderá comprometer o processo educativo.

O envolvimento dos pais na escola é uma mais valia indispensável, pois permite que estes também consigam compreender as próprias necessidades do filho, os objetivos educacionais propostos e a aquisição de competências funcionais para ensinarem aos seus filhos em casa ou em ambientes diversificados (Vieira e Pereira 2012).

O educador, por sua vez, também sai beneficiado com esta cooperação entre pais e escola porque fica a conhecer e compreender melhor tudo o que diz respeito às aprendizagens do aluno, para além da dinâmica resultante do acordo em relação aos objetivos propostos no processo educativo dos seus filhos não havendo, por isso como fugir a esta cooperação (Vieira e Pereira 2012).

No gráfico que ausculta as opiniões dos docentes sobre se as aprendizagens dos alunos devem obedecer à idade mental ou à idade cronológica, concluímos que a maioria dos professores baseia-se na idade mental das crianças para traçar objetivos relativamente às suas aprendizagens.

Segundo Vieira e Pereira (2012) esta conceção está errada e deve ser abandonada pois a idade cronológica é a idade por excelência a ser considerada na seleção dos objetivos do programa educativo do aluno. Para melhor aferirmos esta seleção, devemos ter como questão de partida se o objetivo proposto seria aceitável para um jovem “normal” da mesma idade, se um objetivo for risível para um jovem da mesma idade cronológica então devemos abandoná-lo pois trata-se de um objetivo desadequado para a idade (gráfico 24).

A recente legislação inclusiva tem como um dos principais enfoques a inclusão dos alunos em turma regular para realização das aprendizagens e da

participação do discente com MD e, no gráfico 25 colocamos a questão sobre as aprendizagens do aluno serem mais potencializadoras do desenvolvimento da criança no grupo turma ao invés do CAA, e, de acordo com as respostas que obtivemos verificamos que metade dos sujeitos inquiridos reconhece o CAA como local de excelência para o desenvolvimento da criança enquanto que outra metade discorda e refere que o contexto em grupo de turma é mais potencializador do desenvolvimento da criança com MD.

Desta análise podemos aferir que muitos docentes ainda consideram o CAA como local preferido para a permanência destes alunos, e referem o facto do aluno se sentir melhor no CAA porque as atividades apresentadas vão de encontro à sua idade mental fazendo com que este se sinta realizado. Esta resposta remete-nos para o facto de muitos professores ainda infantilizarem os alunos com MD que se encontram no CAA, pelo facto de associarem a idade mental às aprendizagens dos alunos, não lhes permitindo, assim, evoluir de acordo com os parâmetros normais da sua idade. Em contrapartida, os docentes também referem que a inclusão do aluno com MD em sala de aula permitem maior desenvolvimento das suas capacidades, ou seja, podemos concluir que a inclusão no papel está reforçada, mas na pratica existem ainda muitas contradições que levam à segregação destes alunos no CAA por períodos superiores ao desejável, de acordo com a nova legislação inclusiva.

Achamos também pertinente questionar os docentes se acreditavam no sucesso dos alunos com MD e como resposta obtivemos um sim quase total (96%), esta questão suscita-nos algumas dúvidas uma vez que ao longo das respostas pudemos constatar a fraca inclusão dos alunos nas atividades e participação na escola, sendo que grande percentagem dos alunos não tem participação ativa e os que têm é por períodos limitados de tempo. Deste modo podemos questionar a que tipo de sucesso os docentes se referem ao acreditarem num sucesso onde a inclusão parece não fazer parte da sua prática e ideologia educativa.

Existem, pois, docentes que acreditam no sucesso dos alunos e, noutra vertente oposta, os que não acreditam no seu sucesso académico.

Será imprescindível a realização da mesma investigação com uma amostra mais ampla de modo a obter mais resultados que nos permitissem comparar resultados mais abrangentes por forma a averiguar as afirmações aqui evidenciadas.

Conclusão

A realização deste estudo possibilitou a identificação de práticas inclusivas em contexto escolar relacionadas aos alunos com MD, assim como o apuramento de barreiras e entraves à inclusão através de atitudes adotadas pelos docentes inquiridos.

Apresentamos, em seguida, algumas conclusões que nos pareceram mais relevantes.

De uma forma geral podemos concluir que os docentes inquiridos neste estudo referem práticas escolares inclusivas na medida em que reconhecem vantagens ao nível do desenvolvimento de interações sociais entre a turma regular e o aluno com MD e em contextos reais como práticas benéficas para ambas as partes. Na prática, porém, viemos a verificar que esta inclusão não se verifica porque a participação efetiva não é assegurada a todos e a cada um dos alunos conforme refere o DL 54/2018.

Este recente diploma sobre legislação inclusiva refere a necessidade de 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.

Relativamente aos dados resultantes das perguntas feitas através do inquérito, a sua análise possibilitou conhecer que uma percentagem significativa de professores refere a importância da inclusão, mas como verificamos ao longo desta incursão, tal inclusão não se processa porque não inclui todos os alunos, isto é, alunos com MD não se incluem na grande maioria das atividades escolares..

Relativamente à participação do aluno em sala de aula constatamos que é inexistente, ou seja, o aluno quando se encontra com o grupo turma não é

solicitado a intervir, o que pode levar o aluno a sentir-se desvalorizado enquanto aluno da turma.

As disciplinas que têm a participação do aluno são as disciplinas de caráter mais prático, sendo que outras disciplinas não têm participação dos discentes porque muitos docentes partem do pressuposto de que o aluno não tem capacidade de aprendizagem e por isso é melhor mantê-lo no CAA.

Verificamos também que relativamente à participação do aluno nas refeições e no recreio existe uma percentagem elevada de alunos que ainda não tem participação ativa nestas atividades o que nos leva a aferir que a inclusão não se verifica porque não chega a todos, ou seja, nem todos tem oportunidade de participar porque não lhes é oferecida essa opção.

As atividades em contexto real que permitem uma vivência das situações do dia a dia e que preparam de alguma forma estes discentes para a sua vida futura, são atividades pontuais e que também não são praticadas por todos, destacamos que em nenhuma deslocação à comunidade em nenhum momento os discentes se deslocaram ao banco, e presumimos que futuramente esta é uma das opções mencionadas que se afigura de extrema importância futura uma vez que muitos destes indivíduos vão necessitar de colaboração em atividades que envolvam, por exemplo, dinheiro, e desta forma pensamos ser esta interação crucial para eventos futuros.

Desvaloriza-se também a cuidado da imagem, uma vez que o cabeleireiro tem uma participação isenta de 57% dos indivíduos.

Podemos de forma resumida acrescentar que as aprendizagens em contexto real acabam por não abranger todos e cada um dos discentes e por isso não poderemos afirmar que temos escolas inclusivas nesta questão, e também na pergunta que colocamos sobre a participação dos alunos com MD nas visitas de estudo com a turma, uma vez que esta opção também não é usufruída pela totalidade dos discentes.

As interações mais funcionais e significativas e simultaneamente abrangendo outras áreas de intervenção e em vários locais também são um

bom indicador de inclusão das escolas, o que neste caso não podemos afirmar como certo uma vez que não há envolvimento de todos os participantes.

Questionamos os docentes com intenção de perceber de que forma se adequam as aprendizagens dos alunos, e constatamos que prevalece a ideia de que a idade mental se sobrepõe a idade cronológica, o que nos permite afirmar que estes discentes na sua maioria estão expostos a contextos que não contemplam a exploração máxima dos seus potenciais, oferecendo-lhe aprendizagens que se centrem na sua idade cronológica, por forma a terem oportunidades de se aproximarem, de acordo com as suas disfunções, aos seus pares.

A ideia de que o CAA é catalisador, ou mais impulsionador de aprendizagens, ao invés da sala de aula regular é uma conceção errada, tal como afirmamos na discussão dos resultados, citando autores que o afirmam, mas que está presente na maioria dos docentes.

Na questão que colocamos se os professores acreditam no sucesso dos alunos, é-nos dada uma maioria de respostas afirmativas o que nos leva a pensar em que conteúdos os docentes acreditam neste sucesso, uma vez que estas crianças são infantilizadas e muitas delas não têm oportunidade de participação em quase todas as atividades.

À educação inclusiva está subjacente a atitude com que se perspetive tal como a prática pedagógica dos professores e a organização e gestão da escola e das turmas. Ora, quanto à prática pedagógica dos professores, a flexibilização curricular e a pedagogia diferenciada centrada na cooperação, bem como estratégias como a aprendizagem cooperativa, são medidas que permitem dar resposta a todos os alunos, no contexto do seu grupo-turma, facto este não refletido na análise destes dados.

As medidas inclusivas passam por atitudes, às quais, obviamente, estão inerentes valores e, práticas de cada indivíduo que estão em consonância com esses valores ou não e que implica a gestão escolar através, da liderança dos órgãos de gestão, que promove ou não a cooperação entre professores, os alunos e os encarregados de educação.

Gerir as parcerias com outras instituições da comunidade onde a criança com MD está inserida, como as da área da saúde e da psicologia, entre outras, é fundamental, para a construção da escola inclusiva, desde logo, e para a implementação da educação inclusiva ou, pelo contrário, para a manutenção de uma escola que, em nome da inclusão, mantém e reforça práticas segregativas.

Numa recente pesquisa nacional portuguesa (Sanches-Ferreira et al., 2010) observaram que os professores do ensino regular denunciam falta de conhecimento para lidar com alunos com deficiência dentro de salas, ora numa escola que se pretende inclusiva os dirigentes escolares devem apostar na formação dos docentes para fazer face a situações segregacionistas que ainda teimam em persistir.

Em modo de conclusão considerando o conjunto de indicadores que obtivemos através das respostas dos inquiridos, podemos afirmar que as necessidades mais prementes para fazer face à inclusão propriamente dita e aos contextos inclusivos na escola situam-se na formação dos docentes, muitos deles ainda cativos de métodos tradicionais que funcionam como barreiras à inclusão, e a disponibilização de recursos humanos e materiais de acordo com as especificidades do aluno também é apontada pelos docentes como uma falha à inclusão.

De acordo com os resultados podemos afirmar que as escolas aqui representadas não são inclusivas porque não oferecem a participação nas várias vertentes do ensino a todos os indivíduos com MD.

Verificamos haver muitas falhas nas escolas e muitas barreiras que advém de pensamentos e crenças assimilados na mentalidade dos docentes.

O predomínio de sujeitos com idades mais avançadas e respetivas respostas “poderão ser lidas” como um entrave às matérias inclusivas uma vez que muitos destes profissionais poderão estar presos a velhos paradigmas onde a inclusão é uma utopia e práticas inclusivas representam o perfeito desfasamento entre a teoria e a prática.

Sabemos que alterar mentalidades se prolonga no tempo e abarca gerações, fazendo parte de tal movimento a mudança de mentalidades relativas à inclusão da pessoa com Multideficiência... Anseio, pois, que esta que me é dado viver consiga auto superar-se no sentido de objetivar os princípios básicos da liberdade propagados em Abril e, sobretudo, que tais princípios se estendam a quantos, por direito, merecem ser e viver na e da partilha social, em seu mais amplo sentido.

Referências Bibliográficas

- Ahmad R. (1986) Bruxism in children. *J Pedod.*10:105- 26.
- Ainscow, M. (1998). *Necessidades especiais na sala de aula: um guia para a formação de professores.* Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, Edições UNESCO.
- Ainscow, M., Porter G., Wang, M. (1997) *Caminhos para as Escolas Inclusivas.* Lisboa. Instituto de Inovação Educacional.
- Akeson JP. (2000) *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.* 4.ed. São Paulo: Artes medicas
- Almeida, A. M. C & Rodrigues, D. (2006). *A Percepção dos Professores do 1º CEB e Educadores de Infância sobre Valores Inclusivos e suas Práticas* In D. Rodrigues (org.) *Investigação em Educação Inclusiva.* Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana, vol. 1.
- Almeida, A. M. T (1997). *As relações entre pares em idade escolar. Um estudo de avaliação da competência social pelo método de Q-sort.* Tese de Doutoramento não publicada, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação.* 5ªed. Braga: Psiquilibrios
- Amaral, I.; Saramago, A. R.; Gonçalves, A.; Nunes, C. & Duarte, F.(2004). *Avaliação e Intervenção em Multideficiência.* Lisboa: Centro de Recursos para a Multideficiência. Ministério da Educação. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Amaral, L. (2002). *Characteristics of communicative interactions between children with multiple disabilities and their non-trained teacher: effects of na intervention process.* Tese doutoramento. Porto: Faculdade de Psicologia e ciências da educação da universidade do Porto
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.* Lisboa: APA
- Andrada, M.G. (2000). *Paralisia Cerebral – etiopatogenia/ diagnóstico/ intervenção.* Lisboa.
- Arthur-Kelly, M., Foreman, P., Bennet, D., Pascoe, S. (2008). *Interaction, inclusion and students with profound and multiple disabilities: towards an agenda for research and practice.* *Journal of Research in Special Educational Needs,* 8, 3, 161–166.

- Artiles, A., Kozleski, E. & Waitoller, F. (2011). Inclusive Education. Examining Equity on Five Continents. Cambridge, MA. Harvard Education Press
- Bairrão, J. (1998). Os Alunos com Necessidades Educativas Especiais, Subsídios para o Sistema da Educação. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Bandazhevsky, Y. (2013). Danos causados pelas radiações ionizantes sobre órgãos e sistemas vitais de fetos e crianças pequenas . Estudos Avançados, 27(77), 201-206.
- Bandeira, A. e Martins, E. (2018). Fenilcetonúria. Pedipédia - Enciclopédia Pediátrica Online. [Online] Abril de 2018
- Barata, N. (2016). Paralisia Cerebral: Eficácia de um programa de intervenção grupal. Livpsic
- Barbosa S. (2002) Fisioterapia Respiratória: Encefalopatia Crônica da Infância. Rio de Janeiro, RJ: Revinter
- Barros, J. M.; Viegas, J.; Seabra, A. C. (2001). A recreação e o desporto. In C. Louro, Acção social na Deficiência (pp. 229-252). Odivelas: Europress.
- Batshaw, M.; Pellegrino, L.; Roizen, N. (2007). Children with disabilities. 6ª ed. Paulh Bookes
- Benard da Costa, A. M. (1996). A Escola Inclusiva: Do Conceito À Prática. Inovação, 9, 151-163.
- Bénard da Costa, M. A. (1996). A Escola Inclusiva: do conceito à prática. Lisboa. Instituto de Inovação Educacional. Vol. 9, nº 1/2.
- Bevilacqua, Maria Cecília (1998). Conceitos básicos sobre a audição e deficiência auditiva. Bauru: HPRLLP-USP
- Bizarra, M., F., P. (2008). Saúde Oral na Deficiência Avaliação da implementação de programas comunitários. Tese de mestrado. Universidade Aberta: Lisboa
- Bobath, K. Bobath, B. (1976). Desarrollo Motor en distinto tipos de parálisis cerebral. Medico panamericana
- Brown, J. S., & Duguid, P. (1991). Organizational learning and communities-of-practice: toward a unified view of working, learning, and innovation. Organization Science, vol. 2, 40-57.
- Calp, Casa do Professor, Amorim, M. C., Virgo (2008). Currículo e Planificação. 1º Ciclo do Ensino Básico. Editora Nova Educação.
- Candeias, A. (Coord.), (2009). Escola inclusiva: Contributos para a sua implementação. Évora: CIEP- Centro de Investigação em Educação e psicologia – Universidade de Évora.

- Carter MT, St Pierre SA, Zackai EH, Emanuel BS, Boycott KM. Phenotypic delineation of Emanuel syndrome (supernumerary derivate 22 syndrome): Clinical features of 63 individuals. *Am J Med Genet A* 2009;149A: 1712-21.
- Carvalho, J. (1998). Desporto para deficientes. *Desporto –Centro de Estudos e Formação Desportiva*. 4, 22-25
- Carvalho, S. C. (2011). *Terapia da Música e do Som Em Crianças com Necessidades Educativas Especiais*. Universidade Católica Portuguesa Braga.
- Coluccini, M. et al. (2007). Kinematic characterization of functional reach to grasp in normal and in motor disabled children. *Gait and Posture*, Oxford, v. 25, p. 493–501
- Contreras, M. & Valencia, R. P. (1997). *A criança com deficiências associadas*. Lisboa. R. Bautista (Org.), *Necessidades Educativas Especiais*. Dina Livro.
- Correia, L. (2008). *Inclusão e necessidades educativas especiais – um guia para educadores e professores (2ª ed)*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2001). Educação inclusiva ou educação apropriada? In D. Rodrigues (Ed.), *Educação e diferença: Valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Costa, A. A. (1995). .A Educação Especial na reforma do sistema educativo. *Revista Educação*, 10, 10- 14.
- Costa, A. M. B. (1999). Uma educação inclusiva a partir da escola que temos, 25-36. In Conselho Nacional de Educação (ed.) Lisboa: Ministério da Educação.
- Costa, A.M. B. (1996). A Escola Inclusiva: Do Conceito à Prática. *Inovação*, 9, 1 e 2, 151-163.
- Costa, Ana Maria Bernard (1981)-*Integração de Crianças Deficientes em Portugal, Comunicação ao Encontro sobre Integração da Criança e Jovens Deficientes*, pp. 30-43. Lisboa: Serviço de Educação da Fundação Calouste Gulbenkian
- Costa, J. A. (1996). *Imagens organizacionais da escola. (Colecção Perspectivas Actuais/Educação)*. Porto: Edições ASA.
- Cross, Ian (2014) “Music and communication in music psychology”. *Psychology of Music*, 42(6): 809•819.
- Denari, F. (2006). Um (novo) olhar sobre a formação do professor de educação especial: da segregação à inclusão. In. D. Rodrigues (Org.). *Inclusão e educação. Doze olhar sobre a educação inclusiva*. (pp. 36-63). São Paulo: Summus Editorial.

- Dicke JM (1989). Teratology: principles and practice. Medical Clinics of North America 73:567-582
- Domingues, E., & Ferreira, P. (2009). A Resposta Educativa para Alunos com Multideficiência/ surdo-Cegueira Congénita e para Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo. International Conference "Changing Practices in Inclusive Schools. Évora.
- Domingues, E., & Ferreira, P. (2009). As Unidades de Ensino Estruturado e Especializado ao Serviço de Alunos com NEE: uma Vivência. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, (pp. 4787-4793). Braga.
- Dutt, R., Roduta-Roberts, M., & Brown, C. A. (2015). Sleep and Children with Cerebral Palsy: A Review of Current Evidence and Environmental NonPharmacological Interventions. Children, 2 (1), 78-88.
- Eliasson, A.C. et al. (2006).Development of hand function and precision grip control in individuals with cerebral palsy: a 13-year follow-up study. Pediatrics, Vermont, v. 118, n. 4, p. 1226-1236.
- Ferreira (2009) - Fávero, O., Ferreira, W. Ireland, T. & Barreiros, O. (Orgs.). (2009). Tornar a educação inclusiva. Brasília
- Ferreira et al. (2006). Inclusão versus Exclusão no Brasil: reflexões sobre a formação docente dez anos após Salamanca. In: Rodrigues, D. (Org.). Inclusão e Educação: doze olhares sobre a Educação Inclusiva. São Paulo: Summus Editorial.
- Formosinho, J., Ferreira, F. & Machado, J. (2000). Políticas educativas e autonomia das escolas. Porto: Edições ASA
- Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência
- Fraccaro M, Lindsten J, Ford CE, Iselius L. The 11q;22q (1980) translocation: a European collaborative analysis of 43 cases. Hum Genet;56:21-51)
- Franklin DL, Luther F, Curzon MEJ. (1996) The prevalence of malocclusion in children with cerebral palsy. Eur J Orthod. 18:637-43.
- Freire, P. (2008). Pensamento de Paulo Freire como matriz integradora de práticas educativas no meio popular
- Gaitas, S., Morgado, J. (2010). Educação, diferença e psicologia. Análise Psicológica, 2 (XXVIII): 359-375
- Grandjean, E. (1998). Manual de ergonomia; adaptando o trabalho ao homem. 4ª ed. Porto Alegre – Bookman

- Hill, M. & Hill, A. (2009). Investigação por questionário. Edições Silabo. pp.49-50
- Horrocks, J. L., White, G. & Roberts, L. (2008). Principals' attitudes regarding inclusion of children with autism in Pennsylvania public schools. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(8), 1462-1473.
- Jesus, D. M. (2009). Inclusão escolar, formação continuada e pesquisa-ação colaborativa. In: C. R. Baptista (Org.). *Inclusão e escolarização, múltiplas perspetivas*. (pp. 95-106). Porto Alegre: Editora Mediação.
- João Costa e João Couvaneiro, 2019. *Conhecimentos vs Competências, Uma Dicotomia Disparatada na Educação*. Guerra e Paz.
- Kirk e Gallagher (1991) - KIRK, S. A.; GALLAGHER, J. J. (1991) *Educação da criança excepcional*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Kirk, S. A.; Gallagher, J. J. (2002). *A Educação da criança excepcional*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Ladeira, F.; Amaral, I. *A educação de alunos com multideficiência nas escolas de Ensino Regular*. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica, 1999. (Coleção Apoios Educativos).
- Leitão, F. R. (2006). *Aprendizagem Cooperativa e Inclusão*. Lisboa: Edição do autor
- Leite, Jaqueline Maria Rezende Silveira; Prado, Gilmar Fernandes do. (2004) *Paralisia cerebral. Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos*. *Neurociências*, p. 41-45
- Lopéz, J. L. (2012). *Facilitadores de la inclusión*. *Revista Educación Inclusiva*, 5(1), 175-187.
- Mednick, M. (2007). *Supporting Children with Multiple Disabilities*. 2nd Edition. Editora Continuum.
- Melero, M. (1992). *Modelos cognitivos y desarrollo educativo*. In Florez, J.; Trancoso, M. (Eds). *Síndrome de Down y Educacion*. Ediciones Cientificas y Técnicas. Barcelona. 205 - 233.
- Monteiro, J. V. F. (2008). *Contributos das TIC na inclusão de alunos com NEE*. Tese de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro. Disponível em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2008001653>
- Montmollin, M. (1990). *A ergonomia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morales Chávez MC, Nualart Grollmus ZC, Silvestre Donat FJ. (2008) *Clinical prevalence of drooling in infant cerebral palsy*. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.13:e22-6.

- Morgado, J. (2009). Os Caminhos da Educação Inclusiva. In G. Portugal (Org.) Ideias, Projectos e Inovação no Mundo das Infâncias – o percurso e a presença de Joaquim Bairrão. (177-187) Aveiro: Universidade de Aveiro
- Morgado, J.(2003). Qualidade, inclusão e diferenciação. Lisboa: ISPA.
- Nelson KB, Swaiman KF, Russman SR (1994). Cerebral Palsy. In: Swaiman KF (ed.). Pediatric neurology: principles and practice. St. Louis: Mosby Company, 471-88
- Newman et al. (2006). Sleepdisorders in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol, 48 (7)
- Nizo, C. (2015). Genética e Evolução
- Nunes, A. M. d. S. (2007). O perfil do cuidador da criança portadora de Paralisia Cerebral. Revista Meio Amb. Saúde
- Nunes, C. & Amaral, I. (2008). Educação multideficiência e ensino regular: Um processo de mudança de atitude. Revista Diversidades, 6 (20), 4-9
- Nunes, C. (2001). Aprendizagem activa na criança com multideficiência – guia para educadores. Coleção Apoios Educativos. Lisboa: Ministério da Educação. Departamento de Educação Básica.
- Nunes, C. (2002). Crianças e Jovens com Multideficiência e Surdocegueira. Contributos para o Sistema Educativo. Lisboa: Ministério da Educação.
- Nunes, C. (2005). Os alunos com Multideficiência na sala de Aula. In I. Sim-Sim, Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades da Criança ou da Escola? Lisboa: Texto Editores.
- Nunes, L. (1999). A prescrição da actividade física. Lisboa: editorial Caminho.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade a tomada de decisão clínica em Enfermagem. In II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 10 de Maio 2006.
- Nunes, M. L; Cavalcante, V. (2005) Avaliação clínica e manejo da insônia em pacientes pediátricos. J. Pediatr. v. 81, n. 4.
- Nunes, C. & Madureira, I. (2015). Desenho Universal para a Aprendizagem: Construindo práticas pedagógicas inclusivas. Lisboa: Escola Superior de Educação de Lisboa.
- Oliveira A. I. A. (2010). Integrando tecnologias para leitura em crianças com paralisia cerebral na educação inclusiva .Dissertação apresentada ao Departamento de Teoria de Pesquisa do Comportamento da Universidade do Estado do Pará para obtenção do grau em Doutor, orientada por Grauben José Alves de Assis.Pará

- Orelove, F. P. e Sobsey, D. R. N. (2000). *Educating Children with Multiple Disabilities: a Transdisciplinary Approach*. 3ª Edição. Paul Brookes Publishing Co., Inc. Baltimore.
- Orelove, F., Sobsey, D., Silberman R., (2004). *Educating Children With Multiple Disabilities. A Collaborative Approach*. Fourth Edition. Brookes.
- Pardal, L.; Lopes, E. (2011) *Métodos e técnicas de investigação social*. Areal
- Parrilla, A. (1992). *La integración escolar como experiencia institucional*. Sevilla: Universidad. Grupo de Investigación del Departamento de Didáctica y Organización Escolar.
- Ponte, J. (1991). *O computador como instrumento de mudança educativa*. Lisboa: Texto Editora. Coleção "Educação Hoje".
- Quivy, R. Campampenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ª ed. Gradiva
- Reid SM, McCutcheon J, Reddihough DS, Johnson H. (2012) Prevalence and predictors of drooling in 7- to 14-year-old children with cerebral palsy: a population study. *Dev Med Child Neurol*.54:1032-6.
- Rief, F. S., Heimbuge, e A. J., (2000). *Como Ensinar Todos os Alunos na Sala de Aula*
- Rodrigues, A. (1995). "Integração de Currículo". *Comunicações*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rodrigues, D. (2007). *Educação Inclusiva: mais qualidade à educação*. In C. P. Dutra (Org.), *Ensaio Pedagógicos* (pp. 29-35). Brasília: Ministério da Educação.
- Rodrigues, D. (2008a). *Desenvolver a Educação Inclusiva: dimensões do desenvolvimento profissional*. *Inclusão Revista da Educação Especial*, 4(2), 7-16.
- Rodrigues, D. (Org.) (2001). *Educação e Diferença. Valores e Práticas para uma Educação Inclusiva*. Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, D. (Org.) (2003). *Perspectivas sobre inclusão: Da educação à sociedade*. Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, D.; Andéres, M.; Bayón, A. (1992). *Experiências sobre integración escolar de ninos com síndrome de Down*. In Florez, J.; Trancoso, M. (Eds). *Síndrome de Down v educacion*. Ediciones Cientificas y Técnicas. Barcelona. 189 -196.
- Rodrigues, L. Chagas, J. Amaral, C. (2010). *Estudo da prevalência de bruxismo e avaliação de saúde bucal em pacientes com paralisia cerebral*. *Saúde bucal e paralisia cerebral*. 2(1): 41-42

- Rodrigues, William Costa (2007) Metodologia Científica
- Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. (2007) A report: the definition and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol.109:8-14.
- Rosenthal, R. e Jacobson, L. (1968).Pygmalion in the Classroom. New York: Holt, Rinehart e Winston.
- Rotta, N.T. (2002). Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. Jornal de Pediatria, 78 (1), 48- 53.
- Sanches-Ferreira, M. & Micaelo, M. (2010). Teacher education for inclusion country report Portugal. Odense, Denmark: European Agency for the Development of Special Needs Education.
- Sanchez, I. R. (1996). Necessidades Educativas Especiais e Apoios e Complementos Educativos no Quotidiano do Professor. Porto: Porto Editora
- Santos ECA, Bertoz FA, Pignatta LMB, Arantes FM.(2006). Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial.
- Sara (1999). Sistema de alerta e resposta apropriada meningites, normas e procedimentos. 2ª edição. Ministério da saúde. Direção geral da saúde
- Saramago, A. R., Gonçalves, A., Nunes, C., Duarte, F. e Amaral, I. (2004). Avaliação e Intervenção em Multideficiência. Centro de Recursos para a Multideficiência. Ministério da Educação. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços de Educação Especial e do Apoio Socioeducativo. Lisboa.
- Schmidt, R. A.; Lee, T. D. (1999). Motor control and learning: a behavioral emphasis. 3.ed. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Senner et al. (2004). Drooling, saliva, production, and swallowing in cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology, 46
- SIM-SIM, Inês, SILVA, Ana Cristina, NUNES, Clarisse, (2008) Linguagem e Comunicação no Jardim de Infância: Textos de Apoio para os Educadores de Infância; Coord. Inês SimSim. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Smith, D.D. (2008). Introdução à educação especial: ensinar em tempos de inclusão. 5ª Edição. Porto Alegre. Artmed
- Smithells RW (1980). The challenges of teratology. Teratology 22: 77-85
- Stainback, S., & Stainback, W. (2008). Inclusão: Um guia para educadores. Porto Alegre: Artmed.

- Teixeira, J. (2004). Mudança de concepções dos professores. Lisboa: Instituto Piaget – Divisão Editorial
- Tetzchner, S.V., Martinsen, H., (2002). Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa, colecção Educação Especial. Porto: Porto Editora
- Tuckman, W. Bruce (2000) Manual de Investigação em Educação. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Uditsky, B. (1993). «From integration to inclusion: the Canadian experience», in R.Slee (ed.) Is There a Desk with My Name on It? The Politics of Integration. Londres: Falmer Press.
- UNESCO (1994). Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais. UNESCO. Salamanca.
- Varellis MLZ. (2006).O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia – Manual Prático. São Paulo: Santos
- Vieira, F., Pereira, M.,(2012) “Se Houvera Quem me Ensinara” A Educação de Pessoas com Deficiência Mental. 5ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira, M. T, (1996). Para uma visão integrada dos apoios educativos. Papel do professor de Educação Especial. Texto policopiado.
- Zigmond N, & Baker JM. (1995). An exploration of the meaning and practice of special education in the context of full inclusion of students with learning disabilities. The Journal of Special Education. 29,109-115.
- Zoppa, A. C. L. (1998). Terapia ocupacional em paralisia cerebral espástica. In Souza. AMC

Webgrafia

Amaral, I. & Nunes, C. (2008), Educação, Multideficiência e Ensino Regular: um Processo de Mudança de Atitude. Diversidades, pp. 4-9). http://www.madeiraedu.pt/Portals/7/pdf/revista_diversidades/revistadiversidades_20.pdf, acessado em 20 de dezembro de 2017.

Amaral, I. (2004). Règles pour l'intervention en communication. Le Journal de l'Action Sociale: L' Handicap Rare, nº 33. Retirado em 20 de fevereiro de <http://www.cresam.org/dbi23.htm>

Amaral, I.; Saramago, A. R.; Gonçalves, A.; Nunes, C. e Duarte, F. (2004). Avaliação e intervenção em multideficiência. Centro de Recursos para Multideficiência. Lisboa: Ministério da Educação. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)
<http://aaid.org/>

Associação de Cegos Louis Braille <https://www.aclouisbraille.org.br/>

Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO)
<http://www.acapo.pt/>

Associação Portuguesa de Dislexia
<http://www.dislex.co.pt/>

Associação Portuguesa de Pessoas com Dificuldades de Aprendizagem Específicas <http://www.appdae.net/>

Associação Portuguesa de Surdos <http://apsurdos.org.pt/>

Bizarra, M. F. (2015). Estado de Saúde Oral das Pessoas com Paralisia Blog de Arlindo (<http://www.arlindovsky.net/2015/03/40830/>)

Cardoso VH. (2009). Bruxismo - Tratamento com Medicamentos, Clube Dentalis [periódico eletrônico] 15 (1). Disponível em: <http://www.dentalis.com.br>
Cerebral no Distrito de Lisboa (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Lisboa. Lisboa.

Comité de Terapêutica do American College of Medical Genetics and Genomics. Deficiência de fenilalanina hidroxilase: diagnóstico e diretriz de manejo. Genetics in medicine. 2014.

Direcção-Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular. Acessado em 30 de janeiro de 2018, em <http://www.dgidc.min-edu.pt>.

E – Portefólio Metodologias Investigação Educação- Método de Recolha de Dados por Questionário, acessado em 3 de março de 2018 em: http://e-portefolio-mie.blogspot.pt/2009/11/metodo-de-recolha-de-dados-por_24.html

Entre Amigos - Rede de Informações Sobre Deficiência

Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral <http://www.fappc.pt/>
Federação Nacional das Cooperativas de Solidariedade Social (Fenacerci)
<https://www.fenacerci.pt/>
<http://appdae.net/>
<http://www.aamr.org/>
<http://www.acapo.pt/>
<http://www.apdis.com/dislexia>
<http://www.apsurdos.pt/>
<http://www.deficientesvisuais.org.br/>
<http://www.entreamigos.com.br/textos/default/surdez.html>
<http://www.fappc.pt/>
<http://www.fenacerci.pt/>
<http://www.fpas.org.pt/>
<http://www.interdys.org/>
<http://www.ldanatl.org/>
<http://www.ncl.org/>
<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/esquistossomose>
<http://www.wfdeaf.org/>
<http://www.worldblindunion.org/>
http://www02.madeira-edu.pt/dre/publicacoes_dre/revista_diversidades.aspx
<https://www.aaica.pt/quemsomos/artigosvisao.php>
<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=2905&language=English>
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182015-de-1122015-pdf.aspx>
<https://www.infoescola.com/doencas/doenca-infecciosa/>
<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
<https://www.saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/encefalite>
Instituto de Genética Médica Jacinto de Magalhães. Fenilcetonúria: Folheto Informativo. Porto: s.n., 2003.
Learning Disabilities Association of America <https://ldaamerica.org/>
National Center for Learning Disabilities <https://www.ncl.org/>
saudeCuf.pt
The International Dyslexia Association
The National Family Association for deaf-Blind, (1999). Communication at Home and in the Community Helpful Strategies & Suggestions From Parents & Families With a Child Who is Deaf-blind. Sands Point: The National Technical Assistance Consortium for Children and Young Adults Who Are Deaf-Blind.

Unidade de Doenças Metabólicas - Hospital de Sant Joan de Déu. Guia metabólica: Fenilcetonúria. Barcelona, Espanha: s.n.

World Blind Union (WBU)

World Federation of the Deaf (WFD)

www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/

ANEXOS

Anexo 1
Esquema Geral da Investigação (Adaptado de Torres González
(2003).

Título ou Pergunta de Partida:	As barreiras que impedem a inclusão as crianças com MD na escola?
Para: (clarificar objetivos)	<p>-Perceber se os professores utilizam estratégias específicas e diferenciadoras no processo de ensino aprendizagem</p> <p>- Quais as estratégias mais favoráveis ao processo de ensino aprendizagem</p> <p>- Elencar algumas das estratégias de ensino aprendizagem para os alunos com MD.</p>
Respondendo a:	Estratégias específicas no processo de ensino aprendizagem e as suas barreiras no ensino regular com crianças com MD
Como: (fases)	<p style="text-align: center;"><u>Enquadramento teórico</u></p> <p style="text-align: center;">Multideficiência</p> <p style="text-align: center;">Etiologia da Multideficiência</p> <p style="text-align: center;">Domínios afetados na multideficiência</p> <p style="text-align: center;">Caraterísticas e necessidades das crianças com MD</p> <p style="text-align: center;">Centros de apoio à aprendizagem</p> <p style="text-align: center;">Decreto – lei 54/2018</p> <p style="text-align: center;">Escola Inclusiva</p> <p style="text-align: center;"><u>Parte empírica</u></p> <p style="text-align: center;">Metodologia: Quantitativa</p> <p style="text-align: center;">Técnica instrumental: questionários</p> <p style="text-align: center;">Pergunta de partida</p> <p style="text-align: center;">Procedimentos e instrumentos de pesquisa</p> <p style="text-align: center;">Tratamento e análise de dados</p> <p style="text-align: center;">Construção do questionário</p> <p style="text-align: center;">A apresentação e Análise dos resultados</p>

	<p>Discussão dos resultados</p> <p>Conclusão</p>
<p>Contextos Espaciotemporais</p>	<p>Ano letivo 2019-2020</p> <p>Entrega final 30 setembro</p>
<p>Foco de atenção:</p>	<p>As barreiras que impedem a inclusão das crianças com MD</p> <p>Estratégias utilizadas pelos de professores</p>
<p>Fundamentado em: (pressupostos teóricos)</p>	<p>Multideficiência</p> <p>Etiologia</p> <p>Domínios</p> <p>Decreto – lei</p> <p>Escola inclusiva</p> <p>Parte empírica</p>

Anexo 2
Questionário

Contexto Inclusivos na Escola

Informações pessoais

1. Idade

2. Sexo

Feminino:

Masculino:

3. Ciclo que leciona

1º ciclo

2º ciclo

3º ciclo

4. Tempo de serviço (total em anos)

5. Em ensino especial

6. Habilitações académicas

<input type="checkbox"/>	Bacharelato
<input type="checkbox"/>	Licenciatura
<input type="checkbox"/>	Pós Graduação
<input type="checkbox"/>	Mestrado
<input type="checkbox"/>	Doutoramento

7. Formação Especializada

Educação Especial

Dados dos alunos

1. Qual a origem da diversidade funcional do aluno com MD que acompanha

<input type="checkbox"/>	Paralisia Cerebral
<input type="checkbox"/>	Trissomia 21
<input type="checkbox"/>	Autismo
<input type="checkbox"/>	X- Frágil
<input type="checkbox"/>	Síndrome de Rett
<input type="checkbox"/>	Síndrome de Angelman
<input type="checkbox"/>	Síndrome de Tourette
<input type="checkbox"/>	Hidrocefalia

2. Quais os domínios mais afetados na criança com MD?

<input type="checkbox"/>	Motor
<input type="checkbox"/>	Cognitivo
<input type="checkbox"/>	Visão
<input type="checkbox"/>	Audição
<input type="checkbox"/>	Saúde
<input type="checkbox"/>	Comunicação
<input type="checkbox"/>	Comportamento
<input type="checkbox"/>	Socialização

Organização Escolar e Curricular

1. Considera que a escola apresenta recursos humanos suficientes para dar o devido apoio à criança com MD?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

2. Em caso afirmativo, enumere algumas atividades propostas

3. Qual o período/tempos que o aluno com MD permanece em contexto de turma regular

<input type="checkbox"/>	Menos de 2 horas por semana
<input type="checkbox"/>	2 a 3 horas por semana
<input type="checkbox"/>	Mais de 3 horas por semana

4. Quais as disciplinas em que o aluno com MD participa

<input type="checkbox"/>	Português
<input type="checkbox"/>	Matemática
<input type="checkbox"/>	História
<input type="checkbox"/>	Geografia
<input type="checkbox"/>	Inglês
<input type="checkbox"/>	Educação Musical
<input type="checkbox"/>	Educação Física
<input type="checkbox"/>	Educação Visual
<input type="checkbox"/>	Educação Tecnológica
<input type="checkbox"/>	Ciências Naturais
<input type="checkbox"/>	Expressão Física e motora
<input type="checkbox"/>	Expressão Plástica
<input type="checkbox"/>	Expressão Musical
<input type="checkbox"/>	Expressão Dramática

<input type="checkbox"/>	Formação Cívica
<input type="checkbox"/>	Estudos Sociais
<input type="checkbox"/>	TIC
<input type="checkbox"/>	Físico – Química

5. Outra disciplina, qual?

6. Quem acompanha o aluno na turma

<input type="checkbox"/>	O professor de ensino especial
<input type="checkbox"/>	O professor de turma
<input type="checkbox"/>	O assistente operacional
<input type="checkbox"/>	O tarefeiro

7. O aluno com MD é solicitado a intervir na sala de aula?

<input type="checkbox"/>	Frequentemente
<input type="checkbox"/>	Raramente
<input type="checkbox"/>	Nunca

8. Como caracteriza a turma do ponto de vista da aprendizagem onde o aluno com MD se encontra incluído?

- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Turma com rendimento escolar baixo |
| <input type="checkbox"/> | Turma com rendimento escolar médio |
| <input type="checkbox"/> | Turma com rendimento escolar alto |

9. A criança com MD desloca-se à cantina para efetuar as refeições com os seus pares de turma?

- | | |
|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Sempre |
| <input type="checkbox"/> | Quase sempre |
| <input type="checkbox"/> | Alguma vezes |
| <input type="checkbox"/> | Raramente |
| <input type="checkbox"/> | Nunca |

10. A criança com MD participa nos intervalos com os seus pares de turma?

- | | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> | Raramente |
| <input type="checkbox"/> | Nunca |

11. O grupo turma desloca-se ao CAA (centro de apoio à aprendizagem)
para efetuar atividades com a criança com MD?

<input type="checkbox"/>	Algumas vezes
<input type="checkbox"/>	Raramente
<input type="checkbox"/>	Nunca

12. Os alunos com MD interagem com a comunidade para fazer
aprendizagens em contexto real?

	Sim	Não	Raramente	Com frequência
No supermercado				
Na pastelaria				
No centro de saúde				
Na farmácia				
No banco				
Nos CTT				
No cinema				
No cabeleireiro				

13. O aluno com MD participa nas visitas de estudo com a turma regular?

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não
<input type="checkbox"/>	Atualmente a escola não faz visitas de estudo por falta de verbas
<input type="checkbox"/>	Existem visitas de estudo, mas os alunos com MD não são incluídos porque têm interesses distintos

14. As estratégias para a inclusão e o sucesso do aluno na escola têm a participação de?

<input type="checkbox"/>	Professor de ensino especial
<input type="checkbox"/>	Professor da turma regular
<input type="checkbox"/>	Encarregado de educação do aluno
<input type="checkbox"/>	Equipa multidisciplinar

15. Considera o contexto do grupo turma mais potencializador do desenvolvimento da criança do centro de apoio à aprendizagem (CAA)

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

16. Relativamente às questões que se seguem assinale apenas aquelas com as quais concorda

	O aluno com MD não desenvolve mais em contexto turma porque não consegue acompanhar as matérias
	Não estão ainda criadas as condições mínimas para que os alunos com MD estejam incluídos na turma
	O aluno em contexto turma consegue adquirir conhecimentos que não lhe são oferecidos no CAA
	É importante a inclusão do aluno com MD no contexto turma porque permite socializar e conviver com os pares
	O aluno em contexto turma é solicitado a aprender a mesma matéria ainda que com diferentes estratégias e métodos, sentindo-se assim incluído
	O aluno sente-se feliz com CAA porque lhe são propostas atividades de acordo com a sua idade mental fazendo com que este se sinta realizado
	O aluno com MD prejudica o rendimento da restante turma uma vez que a atenção do professor se encontra mais dividida
	O aluno com MD sente-se infeliz na turma porque percebe que é diferente dos outros
	O aluno sente-se feliz na turma porque os conteúdos apresentados correspondem à sua idade cronológica

O aluno no MD na turma não evolui e não permite que os outros desenvolvam o seu máximo potencial

17. Na sua opinião quais os aspetos que dificultam o processo de inclusão destas crianças e jovens na sala de ensino regular?

18. Como profissional acredita no sucesso destes alunos?

FIM DO QUESTIONÁRIO

OBRIGADO !!!

Anexo 3

Autorizações



Aos Professores de Educação Especial
Agrupamento de Escolas Abade de
Baçal

ASSUNTO: *Pedido de Autorização*

Os Serviços Académicos da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti vêm, por este meio, pedir autorização para que a estudante Sandra Isabel Oliveira Reis e Cunha, a frequentar nesta Escola o Mestrado em Ciências da Educação – área de especialização em Educação Especial, seja autorizada a passar um inquérito, em data e horas indicadas por V. Excias, sobre contextos inclusivos nas escolas do ensino público.

Estes dados serão incluídos na tese de dissertação sobre a temática *Contextos Inclusivos nas Escolas*, que a estudante está a realizar sob a orientação da docente desta Escola Doutora Rosa Maria Lima. Assim, todos os elementos recolhidos destinam-se única e exclusivamente para fins académicos.

Agradecendo desde já toda a atenção dispensada a este nosso pedido, junto enviamos os nossos melhores cumprimentos.

Porto, 28 de junho de 2019

Os Serviços Académicos

