

Filipa Maria Patrão da Cruz Ferreira

UM OLHAR
SOBRE O FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES
DE APOIO À MULTIDEFICIÊNCIA NO DISTRITO DE BRAGA



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Departamento de Ciências da
Educação e do Património

Porto

2009

Filipa Maria Patrão da Cruz Ferreira

**UM OLHAR
SOBRE O FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE
APOIO À MULTIDEFICIÊNCIA NO DISTRITO DE BRAGA**

Dissertação apresentada na Universidade Portucalense Infante D.
Henrique para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial

Orientador científico: Professora Doutora Maria Celeste Leal de Sousa
Lopes

**Universidade Portucalense Infante D. Henrique
Departamento das Ciências da Educação e do Património**

Porto 2009

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Maria Celeste de Sousa Lopes, pela orientação e apoio na realização deste trabalho.

Ao coordenador do curso Professor Doutor António Vieira pela atenção e disponibilidade.

A todos os colegas das Unidades de Apoio à Multideficiência e aos encarregados de educação que contribuíram para a elaboração deste estudo, sem os quais não seria possível realizá-lo.

Um agradecimento muito especial à minha família, pelo apoio incondicional que me proporcionaram nos momentos mais críticos.

RESUMO

Os especialistas em educação reconhecem a necessidade de implementar uma pedagogia diferenciada que vá de encontro às necessidades educativas de cada aluno. A colocação dos alunos com multideficiências nas escolas não escapa à controvérsia sobre qual o contexto mais eficaz para o seu ensino. As unidades especializadas são recurso pedagógico especializado da escola destinado a alunos com multideficiência e visam a participação activa destes alunos no seu processo de aprendizagem e a vivência de experiências de sucesso. É neste contexto que o presente estudo analisa o funcionamento das unidades de apoio à multideficiência no distrito de Braga.

Pelos resultados obtidos verificámos que estas unidades no geral funcionam bem e que encarregados de educação estão satisfeitos com o seu funcionamento. Constatámos também que há falta de recursos humanos, de recursos materiais e de espaços nas escolas para trabalhar com os alunos de multideficiência, o que limita todo o trabalho dos professores.

Pretendemos com este estudo alertar todos os profissionais de educação para a problemática das crianças com multideficiência nas unidades especializadas, que esperam por soluções e respostas adequadas para os seus problemas.

PALAVRAS-CHAVE: multideficiência; unidades especializadas, deficiência; aprendizagem; necessidades educativas especiais

ABSTRACT

Specialists in education agree on the need to implement a differentiated pedagogy that will meet the educational needs of each student. The placement of students with multiple disabilities in the schools not escape the controversy over what the most effective for your education. The specialized units are teaching resource specialist school for students with multiple disabilities and seek the active participation of students in their process of learning and living experiences of success. In the context, this study examines the functioning of units to support multiple disabilities in the district of Braga.

The results found that these units work well in general and in charge of education are satisfied with their operation. We also lack human resources, material resources and space in the school to work with students of multiple disabilities which limits all the work of teachers.

We want to alert all this study of professional education for the problems of children with multiple disabilities in specialized units, which look for solutions and responses to their problems.

KEY-WORDS: multiple disabilities; specialized units, disability, learning, special educational needs

SIGLAS E ABREVIATURAS

AADM – Associação Americana para a Deficiência Mental

AEC – Actividades de Enriquecimento Curricular

ATR-X – Alfa Talassémia Retardium Síndrome

OMS – Organização Mundial de saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão

DSEASE – Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio –
Educativo

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGIDC – Desenvolvimento Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular

DM – Deficiência Mental

DREN – Direcção Regional de Educação do Norte

NEE – Necessidades Educativas Especiais

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a
Cultura

UAM – Unidade de Apoio à Multideficiência

SUMÁRIO

Índice de Quadros	11
Índice de Gráficos	12
Índice de Figuras	14
INTRODUÇÃO	15
I PARTE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA DA MULTIDEFICIÊNCIA	18
1. A Deficiência	19
1.1. Deficiência e Multideficiência	19
1.2. A criança com Multideficiência	24
1.3. As Causas da Multideficiência	25
1.4. A importância da intervenção precoce	29
1.5. Necessidades de uma criança multideficiente	32
1.6. A aprendizagem na criança/jovem com Multideficiência	34
2. A Deficiência Mental e a Multideficiência	40
2.1. A Multideficiência associada à Deficiência Mental	40
2.2. Graus da Deficiência Mental	42
2.2.1. Deficiência Mental Limite ou Bordeline	42
2.2.2. Deficiência Mental Ligeira	43
2.2.3. Deficiência Moderada ou Média	43
2.2.4. Deficiência Mental Profunda	44
2.3. Causas da Deficiência Mental	44
2.4 Características da Deficiência Mental	46

3. A Paralisia Cerebral e a Multideficiência	49
3.1. Paralisia Cerebral a mais frequente causa da Multideficiência	49
3.2. Causas da Paralisia Cerebral	50
3.3. Quadro Clínico da Paralisia Cerebral	50
3.4. Características gerais da criança com Paralisia Cerebral	52
3.5. Possíveis deficiências associadas na criança com Paralisia Cerebral	53
 4. Unidades especializadas em multideficiência	 54
4.1. Definição	54
4.2. O que as justifica	55
4.3. População alvo	55
4.4. Principais objectivos	56
4.5. Recursos humanos e recursos materiais	57
4.6. A criação de unidades especializadas	57
4.7. Organização pedagógica	58
4.7.1. Organização das aprendizagens	58
4.7.2. Organização do ambiente de aprendizagem	59
4.7.3. Envolvimento da família	60
 II PARTE – ORGANIZAÇÃO E PLANIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	 62
 5. Problemática da Investigação	 63
5.1. Formulação da pergunta de partida	63
5.2. Objectivos do Trabalho	64
5.3. Hipóteses de Pesquisa	66
5.4. Contextualização do Estudo	67
5.5. Procedimentos Metodológicos	68
5.5.1. Metodologia	68
5.5.2. População e Amostra	69
5.5.3. Recolha de Dados	69
5.5.3.1. Inquéritos aos Professores	69
5.5.3.2. Inquéritos aos Encarregados de Educação	71
5.5.3.3. Entrevista	72
5.5.3.4. Observação participante	72

5.6. Apresentação e Análise de Dados	73
5.6.1. Inquéritos aos professores de Educação Especial colocados nas Unidades de Apoio à Multideficiência	73
5.6.2. Entrevista a professora de Unidade de Apoio à Multideficiência	86
5.6.3. Inquéritos aos Encarregados de Educação dos alunos que frequentam Unidades de Apoio à Multideficiência	89
6. Discussão dos Resultados	98
CONCLUSÃO	103
BIBLIOGRAFIA	107
ANEXOS	113

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Multideficiência: causas e efeito	27
Quadro nº 2 – Graus de deficiência mental propostos pela AADM e pela OMS ..	42
Quadro nº 3 – Concelhos com Unidades de Apoio à Multideficiência	73
Quadro nº 4 – Habilitações Profissionais dos professores	75
Quadro nº 5 – Domínios da Formação Especializada.	77
Quadro nº 6 – Número de alunos com multideficiência por unidade	78
Quadro nº 7 – Área mais importante a trabalhar com os alunos.....	79
Quadro nº 8 – Áreas mais trabalhadas pelos professores	80
Quadro nº 9 – Terapias realizadas nas escolas	83
Quadro nº 10 – Rotinas semanais	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Distribuição dos professores inquiridos quanto à idade	74
Gráfico nº 2 – Distribuição dos professores quanto ao grau de Ensino a que pertencem	74
Gráfico nº 3 – Tempo de serviço em Educação Especial	75
Gráfico nº 4 – Formação Especializada dos Professores	76
Gráfico nº 5 – Experiência na educação de crianças com Multideficiência	77
Gráfico nº 6 – Formação específica no domínio da Multideficiência	79
Gráfico nº 7 – Área mais importante a trabalhar com os alunos	80
Gráfico nº 8 – Áreas mais trabalhadas pelos professores	81
Gráfico nº 9 – Integração dos alunos nas turmas	82
Gráfico nº10 – Dificuldades sentidas pelos docentes na realização do trabalho com crianças de multideficiência	82
Gráfico nº 11 – Terapias realizadas nas escolas	84
Gráfico nº 12 – Adaptações físicas realizadas nos estabelecimentos de ensino para atender as crianças com multideficiência	84
Gráfico nº 13 – Recursos humanos e recursos materiais existentes na escola ...	85
Gráfico nº 14 – Distribuição dos Encarregados de Educação por sexo	89
Gráfico nº 15 – Distribuição dos Encarregados de Educação por idades	89
Gráfico nº 16 – Horários de funcionamento das U.A.M.	90
Gráfico nº 17 – Trabalho desenvolvido com os alunos na escola	91
Gráfico nº 18 – Aprendizagens realizadas pelos alunos	91
Gráfico nº 19 – Terapias frequentadas na escola	92
Gráfico nº 20 – Integração na turma do ensino regular	92

Gráfico nº 21 – Inclusão Educativa	93
Gráfico nº 22 – Condições físicas da escola	93
Gráfico nº 23 – Almoço na cantina escolar	94
Gráfico nº 24 – Transporte utilizado pelos alunos	94
Gráfico nº 25 – Relação com os Professores	95
Gráfico nº 26 – Relação com os Técnicos	96
Gráfico nº 27 – Relação com os Funcionários	96
Gráfico nº 28 – Grau de Satisfação/Insatisfação geral dos Encarregados de Educação relativamente ao funcionamento das Unidades de Apoio à Multideficiência dos seus educandos	97

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Membros afectados pela paralisia cerebral	52
Figura nº 2 – Alunos em actividades numa Unidade especializada em Multideficiência	55
Figura nº 3 – Mapa do distrito de Braga	67

INTRODUÇÃO

O acesso à educação em estabelecimentos do ensino regular por parte dos alunos com limitações acentuadas, como é o caso dos alunos com multideficiência tem vindo a tornar-se uma realidade nacional.

Sabe-se hoje que a aprendizagem ocorre, essencialmente, a partir das experiências reais da criança nos ambientes naturais e da interacção que estabelece com as pessoas e com os objectos. Essas experiências permitem-lhe ter acesso a informação diversificada, base do desenvolvimento cognitivo, social e emocional.

A combinação de acentuadas limitações apresentadas pelas crianças com multideficiência dificulta o seu desenvolvimento e influencia tanto a forma como funcionam nos diversos ambientes, como o modo como aprendem. O acesso ao mundo está condicionado pelas limitações cognitivas, motoras e/ou sensoriais e a capacidade de canalizar a atenção para estímulos significativos está diminuída devido à dificuldade de os seleccionar. As limitações motoras, frequentes nestas crianças, dificultam a sua capacidade de exploração dos ambientes.

Estes alunos, normalmente não usam linguagem oral o que lhe dificulta significativamente a comunicação com os outros. A ausência de meios de comunicação eficientes faz com que não tenham acesso à informação e limita as capacidades de interacção com parceiros nas actividades do dia a dia, necessitando de terapias específicas.

Para Giangreco e Doyle (2000) e Jackson (2005) os alunos com limitações acentuadas, nomeadamente os alunos com multideficiência, precisam de ter serviços e apoios específicos que permitam maximizar as suas oportunidades educativas e ter sucesso nos contextos educativos que frequentam. Muitos destes alunos necessitam, ainda, de opções curriculares específicas e de práticas de ensino altamente especializado.

Ser capaz de responder adequadamente à diversidade das necessidades destes alunos implica implementar respostas educativas que os ajudem a participar o mais activamente possível nas aprendizagens e sentirem-se aceites no grupo de pares e na comunidade a que pertencem. As respostas educativas têm de ser analisadas de acordo com as suas capacidades, necessidades e motivações, dos

desejos dos pais e das condições existentes nos contextos educativos. Ou seja, as respostas educativas devem ser diferenciadas e organizadas de modo a adequarem-se à singularidade de cada um.

Estes alunos necessitam que as respostas educativas criem oportunidades para poderem alargar as relações sociais e as amizades com os seus pares, com e sem necessidade especiais, aumentar os conhecimentos acerca do mundo que os rodeia e desenvolver actividades nos ambientes escolares e comunitários.

As unidades especializadas constituem um recurso pedagógico especializado dos agrupamentos de escola e das escolas destinado aos alunos com multideficiência e visam a participação activa destes alunos no seu processo de aprendizagem e a vivência de experiências de sucesso. Estas unidades devem ter em atenção três pressupostos básicos, as repostas educativas têm de ser adequadas à especificidade de cada aluno, a comunicação é o eixo central de toda a intervenção e a aprendizagem deve centrar-se em experiências da vida real.

A frequência específica destes ambientes educativos constitui apenas mais uma na vida destes alunos, pelo que esta resposta tem de se articular com o trabalho que se desenvolve na escola.

Assim, o tema da nossa pesquisa visa contribuir para esclarecer a problemática da multideficiência nas escolas do ensino regular. Pretende verificar como funcionam as Unidades de Apoio à Multideficiência, no sentido, de promover o sucesso educativo dos alunos.

O presente trabalho está estruturado em duas partes subdivididas em capítulos. A primeira parte constitui a componente teórica que nos levou à compreensão dos conceitos, em que os três capítulos abordam toda a problemática da deficiência/multideficiência e o quarto capítulo debruça-se sobre as unidades especializadas em multideficiência e as normas orientadoras que lhe estão subjacentes.

A Segunda parte é constituída por dois capítulos, que se destinam à problemática da investigação, descrição da metodologia, análise dos dados e discussão dos resultados.

Terminamos o nosso trabalho com a apresentação das conclusões finais.

I PARTE

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA DA
MULTIDEFICIÊNCIA**

1. A Deficiência

1.1 Deficiência e Multideficiência

Deficiência é inequivocamente um problema à escala global, existindo no mundo mais de 500 milhões de pessoas com deficiência, seja de cariz físico, mental ou sensorial. Segundo o Eurostat, só na União Europeia existem 43 milhões de pessoas com deficiência⁴. As pessoas com deficiência representam uma das maiores minorias do mundo e infelizmente continuam a enfrentar uma acentuada discriminação, independentemente de viverem numa sociedade dita desenvolvida ou em vias de desenvolvimento.

As causas, as consequências e o peso social deste fenómeno diferem de acordo com a diversidade sócio-económica e cultural de cada região e de acordo com as medidas tomadas na promoção do bem-estar, na prevenção e na reabilitação social dos seus cidadãos. A desinformação, o isolamento, a superstição e o medo foram factores, que desde sempre, muito retardaram e condicionaram o desenvolvimento humano e social das pessoas com deficiência.

Aqueles a quem ao longo de milhares de anos, ninguém ousava chamar seres humanos, foram apenas reconhecidos como tal pela ONU⁵ em 1975...*“as pessoas com deficiência... têm os mesmos direitos fundamentais que os seus concidadãos da mesma idade”*.

A Deficiência é uma de entre todas as possibilidades do ser humano, portanto, deve ser considerada, mesmo se as suas causas e consequências se modificam, como um factor natural que nós mostramos e de que falamos do mesmo modo que o fazemos em relação a todas as outras potencialidades humanas". UNESCO, (1977: 14) citado por Vieira (1996:39).

⁴ Programa Nacional para a Participação dos Cidadãos com Necessidades Especiais na Sociedade da Informação Páginas do DR: 4895 a 4905

⁵ Organização das Nações Unidas

A OMS⁶ define deficiência no domínio da saúde como sendo *"Qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica"* (OMS, 1980: 35) citado por Vieira (1996:39).

Segundo o ICIDH-2,⁷ a definição completa de pessoas com actividade limitada é: aquelas pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar, independentemente e sem ajuda, actividades humanas básicas ou tarefas resultantes da sua condição de saúde ou deficiência física/mental/cognitiva/psicológica, de natureza permanente ou temporária.

O ICIDH⁸ propõe uma classificação do conceito de deficiência que pode ser aplicada a vários aspectos da saúde e da doença, sendo um referencial unificado para a área. Estabelece, com objectividade, abrangência e hierarquia de intensidades, uma escala de deficiências com níveis de dependência, limitação e seus respectivos códigos, propondo que sejam utilizados com a CID pelos serviços de medicina, reabilitação e segurança social. Por essa classificação são conceituadas:

Deficiência: perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, reflectindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

Incapacidade: restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma actividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência directa ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objectivação da deficiência e reflecte os distúrbios da própria pessoa, nas actividades e comportamentos essenciais à vida diária.

⁶ Organização Mundial de saúde

⁷ The International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF ou ICIDH-2 – Maio 2001), documento recentemente adoptado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

⁸ McDougall J, Miller L. Measuring chronic health condition and disability as distinct concepts in national surveys of school-aged children in Canada: a comprehensive review with recommendations based on the ICD-10 and ICF. *Disabil Rehabil* 2003; 25: 922-39.

Desvantagem: prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, factores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência.

A OMS agora tem duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde: a CID-10⁹ (abreviatura da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão) e a CIF¹⁰. Na família de classificações internacionais da OMS, as condições ou estados de saúde propriamente ditos (doenças, distúrbios, lesões, etc.) são classificados principalmente na CID-10, que fornece um modelo basicamente etiológico. A funcionalidade e incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. Portanto a CID-10 e a CIF são complementares e os utilizadores são estimulados a usar em conjunto dois membros da família de classificações internacionais da OMS.

Na CIF, o termo deficiência corresponde, a alterações apenas no nível do corpo, enquanto o termo incapacidade seria bem mais abrangente, indicando os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma determinada condição de saúde) e seus factores contextuais¹¹ (factores ambientais ou pessoais), ou seja, algo que envolva uma relação dinâmica. Um indivíduo pode apresentar uma deficiência (no nível do corpo) e não necessariamente viver qualquer tipo de incapacidade. De modo oposto, uma pessoa pode viver a incapacidade sem ter nenhuma deficiência, apenas em razão de estigma ou preconceito (barreira de atitude).

⁹ Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão*. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

¹⁰ Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, OMS, 2003

¹¹ Organização Mundial da Saúde. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.

Em suma, a CID-10 e a CIF são consideradas classificações complementares e os usuários são estimulados a utilizá-las em conjunto. A CID-10 fornece um "diagnóstico" de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde e essas informações são complementadas pelas informações adicionais fornecidas pela CIF sobre funcionalidade. Em conjunto, as informações sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade fornecem uma imagem mais ampla e mais significativa para descrever a saúde das pessoas ou de populações, que pode ser utilizada, entre outros, para propósitos de tomada de decisão.

Conceitos como “ igualdade de oportunidades” e “sucesso escolar” passam a fazer parte das políticas educativas, exigindo-se agora, não só uma escola que inclua alguns alunos anteriormente excluídos, mas um espaço descrito por Barroso (2003) e Gonsález (2003) como aberto à diversidade, cultivando um sentido de comunidade e apoio mútuo.

Autores como Thomas e Glenny (2002), Costa (1999), Hegarty (1993) e Gallgher (2001) colocam definitivamente a questão da educação inclusiva no campo dos valores e direitos humanos, nomeadamente a igualdade, justiça social e oportunidades para todos. Trata-se de uma questão de valores, consistindo fundamentalmente na defesa do direito à dignidade da criança como ser humano, livre e igual em direitos e dignidade.

A pessoa com deficiência geralmente precisa de atendimento especializado, seja para fins terapêuticos, como fisioterapia ou estimulação motora, seja para que possa aprender a lidar com a deficiência e a desenvolver as potencialidades. A Educação Especial tem sido uma das áreas que tem desenvolvido estudos científicos para melhor atender estas pessoas, no entanto, a educação regular passou a se ocupar também do atendimento de pessoas com necessidades educativas especiais, o que inclui pessoas com deficiência além das necessidades comportamentais, emocionais ou sociais.

Desde a Declaração de Salamanca, surgiu o termo necessidades educativas especiais, que veio a substituir o termo *criança especial*, anteriormente utilizado em educação para designar a criança com deficiência. Porém, este novo termo

não se refere apenas à pessoa com deficiência, pois engloba toda e qualquer necessidade considerada atípica e que demande algum tipo de abordagem específica por parte das instituições, seja de ordem comportamental, seja social, física, emocional ou familiar.

De entre a população com NEE¹², os indivíduos com deficiência severa ou multideficiência são aqueles que mais problemas têm colocado à proposta da inclusão. Assim, enquanto um conjunto de autores advoga a inclusão destes alunos na sala de aula do ensino regular (Downing, 2002; Fuchs & Fuchs, 1994; Stainbck & Stainback, 1990, 1992), outros questionam se as suas características específicas não necessitarão de uma intervenção tão especializada e individualizada, só possível em ambientes segregados (Martin, 1995; Murphy, 1995; Vergason & Anderegg, 1993; Zigmond & Baker, 1995), e outros defendem uma situação mista (Brown, Joergensen & Gruinewald Schearz, Jonhson, Udvarisolner, Kampschoer, 1991).

Quanto ao conceito em si Orelove e Sobsey (2000) definem a pessoa com multideficiência com sendo indivíduos com limitações acentuadas no domínio cognitivo, que requerem apoio permanente e que têm associado limitações no domínio sensorial (visão ou audição) ou no domínio motor, podendo ainda necessitar de cuidados de saúde específicos. Ainda de acordo com os mesmos autores e Silberman e Saramago et al., as crianças com multideficiência:

...apresentam acentuadas limitações no domínio cognitivo, que requerem apoio permanente e que têm associado limitações no domínio sensorial (visão ou audição) ou no domínio motor, podendo ainda necessitar de cuidados de saúde específicos. Estas limitações impedem a interacção natural com o ambiente, colocando em grave risco o acesso ao desenvolvimento e à aprendizagem. (2004:213)

Esta definição é aceite na sua essência por Contreras e Valencia, os quais entendem por multideficiência “ *o conjunto de duas ou mais incapacidades ou diminuições de ordem física, psíquica ou sensorial*” (1997:378).

¹² Necessidades Educativas Especiais

Estes autores referem ainda não se tratar de sujeitos com um somatório de deficiências, já que a interação estabelecida entre os diferentes problemas influencia não só apenas o desenvolvimento da criança ou do jovem, mas também a forma como funciona nos diferentes ambientes e o modo como aprende, requerendo ensino especializado. Chen e Dote-Kwan (1995) mencionam a este respeito que a associação dos diferentes problemas resultará em necessidades de aprendizagem únicas e excepcionais.

Para Nunes (2001:16) *“a multideficiência é mais do que uma mera combinação ou associação de deficiências constituindo um grupo muito heterogéneo entre si, apesar de apresentarem características específicas/particulares”*.

Segundo o Ministério da Educação, nas Normas Orientadoras das Unidades Especializadas em Multideficiência:

Consideram-se alunos com Multideficiência os que apresentam acentuadas limitações no domínio cognitivo, associadas 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. (2005:15)

1.2. A criança com Multideficiência

A criança com multideficiência apresenta necessidades educativas especiais de carácter prolongado¹³ que se enquadram no domínio cognitivo, sensorial e/ou motor. Esta é uma problemática que apresenta um quadro complexo e muito específico.

Poder-se-á, portanto, dizer que a multideficiência é mais do que uma mera combinação ou associação de deficiências. Constitui um subgrupo importante das pessoas referidas na literatura com “deficiências profundas”.

¹³ A designação alunos com necessidades educativas especiais de carácter prolongado refere-se a crianças e jovens que experienciam graves dificuldades no processo de aprendizagem e participação no contexto educativo/escolar decorrentes da interação entre factores ambientais (físicos, sociais, e atitudinais) e limitações de grau acentuado ao nível do funcionamento do aluno num ou mais dos seguintes domínios: Sensorial/Motor, Cognitivo, Comunicação - Linguagem e Fala, Emocional/Personalidade e Saúde Física.

Em termos das suas características sabe-se que o acesso à informação é limitada à partida, o que as leva a terem dificuldades na compreensão do mundo que os rodeia, necessitando de constante estimulação, de numerosas oportunidades de interacção e de parceiros que comuniquem com elas de forma adequada em contextos reais, de modo a reforçar as suas tentativas de interacção.

De referir ainda que, a interacção das suas dificuldades e necessidades representam um enorme desafio em termos educativos, constituindo um grupo muito heterogéneo entre si, em termos de idades, capacidades, necessidades e experiências.

Em termos educativos considera-se fundamental saber como é que o aluno é como pessoa, como é que aprende, o que quer aprender, o precisa de aprender e o que não quer aprender. Embora não se saiba como aprende sabe-se como é indispensável estar inserida em ambientes onde lhe seja dadas oportunidades de aprendizagem de vida real. Sabe-se ainda que não aprende de uma forma incidental, pelo que toda a sua aprendizagem tem de ser planeada, incluindo o ensino dos aspectos mais simples e mais básicos da vida e o seu funcionamento no futuro, para poder ter uma melhor qualidade de vida.

De facto, as maiores limitações destas crianças não decorrem, na generalidade, daquilo que podem aprender mas do que lhe é ensinado. É essencial centrarmos-nos nelas como sendo um aprendiz único, com capacidades e dificuldades específicas.

Como diz Pereira e Vieira *“a desvantagem sofrida por cada indivíduo é pessoal e particular, por isso, a sua educação não pode ser feita sem um ensino individualizado, centrado nas necessidades de cada um”* (1996:47). Na realidade, antes de mais ela é uma criança/jovem que tal como as outras tem necessidades básicas e sentimentos, que nos merece respeito e tem direito a uma educação adequada às suas capacidades e necessidades.

1.3. As Causas da Multideficiência

A existência de lesões orgânicas graves reflecte-se ao nível do funcionamento do sistema nervoso central, mas também afecta outros órgãos, tais como os dos

sentidos, os membros, a fala, a saúde em geral, levando a problemas tão diversificados como epilepsia, dificuldades de alimentação, controlo dos esfíncteres, entre outros.

Contudo, a multideficiência não é um somatório dessas alterações, mas sim uma deficiência ao nível de desenvolvimento, das possibilidades funcionais, da comunicação, interacção social e de aprendizagem que determinam as necessidades educacionais dessas pessoas.

A multideficiência sendo um factor que impossibilita o indivíduo de interagir com o meio, consequentemente, reduz as possibilidades de maturação espontânea e/ou de apropriação, ou seja, afecta todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento através de uma interacção com a realidade, quer física, quer social.

Para uma criança ser considerada multideficiente é necessário a realização de um diagnóstico que se torna muito delicado, na medida em que, existem várias situações de enquadramento:

Pessoas portadoras de deficiência mental profunda, embora apresentem outros défices associados.

Pessoas que exibem um comportamento adaptativo comparado com o esperado de uma pessoa com deficiência mental profunda, mas cuja causa é a deficiência ou deficiências associadas e não a deficiência mental.

Pessoas que poderão ser consideradas deficientes mentais profundas, mas que podem, de facto, ter como causa dominante do seu nível de desempenho em provas de inteligência ou comportamento adaptativo, uma psicose ou autismo.

Segundo várias pesquisas efectuadas a causa mais frequente da multideficiência é a paralisia cerebral, a qual prejudica a postura e a mobilidade do indivíduo. Contudo, para além desta existem outras causas a ter em consideração, uma vez que os problemas diagnosticados se relacionam com o momento de ocorrência do problema, os agentes que afectam e a forma como actuam.

Para melhor clarificar esta ideia apresentamos o quadro nº 1.

Multideficiência: causas e efeito

Momento de ocorrência do problema	Agentes que afectam	Forma como actua	Resultado típico
Concepção	Translocação de pares de cromossomas no nascimento	Mudanças sérias no embrião e no feto, muitas vezes fatais.	Certos reagrupamentos dos cromossomas podem levar à Síndrome de Down e à Deficiência Mental
	Erros congénitos do metabolismo como a Fenilcetonúria (lesão no cérebro da criança com graves sequelas neurológicas e mentais)	Incapacidade de efectuar processos químicos e metabólicos;	Resulta em deficiência grave ou outras complicações; pode ser revertido parcialmente quando diagnosticado cedo e administrando-se uma dieta especial.
		Danos no desenvolvimento fetal;	
Pré-natal	Medicamentos como talidomida (medicamento usado como sedativo)	Medicamento usado como sedativo para a mãe que pode prejudicar o desenvolvimento normal do embrião.	Uma criança acentuadamente deformada com anomalias sérias no coração, olhos, ouvidos, membros superiores e inferiores e outras.
Natal	Anoxia (falta prolongada de oxigénio ao feto durante o processo de nascimento).	A falta prolongada de oxigénio pode causar destruição irreversível de células cerebrais.	Criança com Paralisia Cerebral que pode ou não ter Deficiência Mental e outras anomalias que afectam a visão e a audição.
Pós-natal	Encefalite e meningite	Doenças infecciosas (sarampo, coqueluche, entre outras) podem levar à inflamação das células do cérebro e à sua destruição.	Pode levar a uma variedade de problemas, com uma falta de tensão e a Hiperactividade; causa Epilepsia, Deficiência Mental e problemas de comportamento.

Quadro nº 1 Adaptado de Kirk e Gallagher (1996) – Educação da criança excepcional

Os alunos com multideficiência podem apresentar características muito diversas, as quais são determinadas, essencialmente, pela combinação e gravidade das limitações que apresentam, pela idade em que surgem e pelas experiências

vivenciadas. Constituiu, portanto um grupo muito heterogéneo e consequentemente, são alunos com necessidades de aprendizagem únicas e excepcionais que evidenciam um quadro complexo e precisam de apoio permanente na realização da maioria das actividades quotidianas, como seja a alimentação, a higiene, a mobilidade, o vestir e o despir.

Embora constituam uma população heterogénea é comum manifestarem acentuadas limitações ao nível de algumas funções mentais, bem como acentuadas dificuldades ao nível da comunicação e da linguagem (de referir dificuldades na compreensão e na produção de mensagens orais, na interacção verbal com os parceiros, na conversação e no acesso à informação) e ao nível das funções motoras, nomeadamente na mobilidade (por exemplo: no andar e na deslocação, na mudança de posição do corpo, na movimentação de objectos e na motricidade fina). Podem apresentar também, limitações nas funções visuais ou auditivas, sendo frequente coexistirem graves problemas de saúde física, nomeadamente epilepsia e problemas respiratórios.

Relativamente à actividade e participação destes alunos, as suas maiores dificuldades situam-se ao nível:

- dos processos da interacção com o meio ambiente;
- da compreensão do mundo envolvente;
- da selecção dos estímulos relevantes;
- da compreensão e interpretação da informação recebida;
- da aquisição de competências;
- da concentração da atenção;
- do pensamento;
- da tomada de decisões sobre a vida;
- da resolução de problemas.

De realçar ainda, que a qualidade e quantidade de informação recebida e percebida é normalmente limitada e distorcida, devido em parte, às suas limitações mas também ao facto de terem poucas experiências significativas¹⁴.

¹⁴ Amaral, 2002

Como se depreende estas limitações e dificuldades fazem com que estes alunos compreendam o mundo de modo diferente, precisem de ter mais experiências significativas para manterem as competências já desenvolvidas e necessitem de vivenciar situações idênticas em diferentes contextos que facilitem a generalização de competências.

Normalmente, estes alunos manifestam um tempo de resposta mais lento do que os alunos sem problemas, dão menos respostas e estas são mais difíceis de compreender, apresentando um desenvolvimento comunicativo inferior ao esperado para a sua faixa etária. Estes aspectos têm naturalmente influência na quantidade e na qualidade das interações estabelecidas com o meio envolvente levando-os a um reduzido número de parceiros e de ambientes.

Normalmente, estas crianças não usam a linguagem oral, o que lhes dificulta significativamente a comunicação com os outros. A incapacidade para usar a fala tem um impacto muito forte no desenvolvimento das capacidades individuais, no controlo do ambiente que as rodeia, para além das suas repercussões no desenvolvimento social.

1.4. A Importância da Intervenção Precoce

Durante muito tempo, os primeiros anos de vida dos bebés não suscitavam muito interesse. Pensava-se que eles não viam, que não ouviam e que eram incapazes de se relacionar com os que os rodeavam.

Além de se alimentarem e dormirem, não havia mais nada que fizesse sentido para eles. Só ao fim de vários meses pareciam sair desta vida vegetativa.

De alguns anos para cá, demonstrou-se a falta de fundamentos destas informações e provou-se que, desde o nascimento e até bem antes, o bebé tinha sentidos muito desenvolvidos. Desde o primeiro dia de vida, distingue a mãe de todas as outras mulheres, reconhece a sua voz e o seu cheiro.

Comprovou-se a sensibilidade do bebé perante o meio e a sua aptidão para agir e reagir. Numa palavra, o recém-nascido tem capacidades formidáveis, reais, que foram por muito tempo ignoradas.

Ouvimos dizer muitas vezes que “hoje em dia as crianças são mais inteligentes”. Não é verdade! Simplesmente, são mais estimuladas. Actualmente, os pais observam a criança e descobrem-na. Este olhar diferente provoca uma atitude fundamental, que incita a criança a responder às solicitações e a leva a descobertas felizes.

Pode-se facilmente imaginar, que esta falta de conhecimento que rodeava a criança normal era ainda mais flagrante quando se tratava de uma criança com deficiência. Esperava-se passivamente que chegasse a sua hora, em vez de procurar progressos contabilizavam-se atrasos. Só há poucos anos começaram as experiências de intervenção precoce. A intervenção precoce é o contrário de espera passiva, significa construir gesto a gesto, etapa a etapa, o caminho percorrido pela criança normal, esforçando-se por aproximar dela, o mais possível, a criança “diferente”. Isto significa continuar sempre para lá do já conseguido, provocar a criança, fornecer dia após dia ao seu corpo e ao seu espírito as características necessárias à sua autonomia.

Segundo a DGIDC e conforme o que vem estabelecido no despacho Conjunto n.º 891/99, a Intervenção Precoce é uma medida de apoio integrado, centrado na criança e na família que preconiza determinadas acções de natureza preventiva e habilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social, no sentido de, assegurar as condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento, potenciar as interacções familiares e reforçar as competências familiares, capacitando-as face à problemática da deficiência.

A intervenção é a experiência de progredir cada dia um pouco mais, é lutar “cientificamente”, de maneira construtiva e metódica, para fazer recuar a deficiência. Quanto mais cedo se intervém, mais os progressos são evidentes e palpáveis. Esta intervenção marca a diferença nas crianças com deficiência e quando se trata de crianças com multideficiência, em que as suas limitações são muito graves e a vários níveis torna-se imprescindível.

Todos os estudos o confirmam, portanto é necessário começar a tratar do caso logo que se conheça o diagnóstico, se este for de imediato, se não logo que se aperceba do atraso.

É fundamental que a intervenção precoce seja baseada no modelo de desenvolvimento na criança normal. Não há nenhuma razão para pensar que a criança com deficiência não possa seguir o mesmo tipo de evolução, mesmo que esta evolução tenha limites. Portanto, deve ser seguido este modelo evolutivo a todos os níveis, sem saltar nenhuma etapa. O primeiro ano de vida é muito importante porque é o ano de maior velocidade no desenvolvimento global em que os programas de estimulação apresentam a melhor resposta no desenvolvimento psicomotor, na alimentação e na linguagem.

A estimulação precoce está em relação directa com a família, protagonista na vida da criança, principalmente antes da idade escolar. Por essa razão torna-se primordial a informação e a formação, é fundamental que percebam que o seu filho é diferente, mas que tem muitas possibilidades educativas. Em vez de se fixarem em aspectos do desenvolvimento que geralmente os pais esperam ansiosamente ver conseguidos, como andar, falar, ou mais tarde ler e escrever, terão de ouvir os profissionais e perceberem a importância da intervenção sobre os processos que tornarão possível o aparecimento dessas aprendizagens.

A estimulação precoce é a base fundamental para a preparação da criança em toda a sua etapa do desenvolvimento cognitivo até à aptidão escolar. Para isso tem de se analisar a criança, a família, o modo de viver, as condições gerais onde ela vive, ou seja, um estudo biopsicossocial.

Terá de haver uma relação e colaboração directas entre o grupo familiar e os diferentes profissionais implicados no processo educativo da criança. O programa deverá contemplar todas as áreas do desenvolvimento como, a psicomotricidade fina e grossa, comunicação e linguagem, socialização, autonomia pessoal, desenvolvimento afectivo e cognitivo.

A qualidade de vida dos portadores de deficiência depende dos cuidados da família, por isso a orientação aos responsáveis é fundamental.

A intervenção precoce deverá ser vista como considerável investimento para o indivíduo, para a família e para a sociedade. É fundamental para a aprendizagem, as crianças com multideficiência podem crescer ter uma vida longa e gratificante. Capazes de enfrentar desafios que todos nós enfrentámos, realizar todas as

actividades diárias, tornarem-se autónomas e viverem em sociedade, só que para isso precisam ser estimuladas.

1.5. Necessidades da criança multideficiente

A criança com multideficiência pode apresentar um conjunto muito variado de necessidades de acordo com a sua problemática. Estas foram agrupadas em três blocos por Orelove e Sobsey (2000), cit. por Nunes¹⁵ (2002).

As Necessidades físicas e médicas – A mais frequente causa da multideficiência é a Paralisia Cerebral, a qual prejudica a postura e a mobilidade da criança. Os seus movimentos voluntários são limitados em termos qualitativos e quantitativos. Por isso, é fundamental estar atento às questões do posicionamento e da manipulação, para se poder promover a sua aprendizagem e melhorar a sua qualidade de vida.

As limitações sensoriais sobretudo as visuais e as auditivas são também muito comuns na população com esta problemática.

As convulsões representam igualmente um sério desafio médico, podendo a medicação ter efeitos secundários.

O risco de apresentar dificuldades no controlo respiratório e pulmonar tem mais probabilidades de existir nestas crianças, devido aos problemas musculares e esqueléticos e ao desenvolvimento insuficiente do sistema respiratório. O momento da refeição pode também representar uma dificuldade, nomeadamente quando tem problemas de deglutição ou mastigação.

São mais vulneráveis às doenças do que as outras crianças, apresentando menos resistências físicas que as leva a pode ter problemas de saúde várias.

As Necessidades Educativas – Muitas das suas necessidades são idênticas às que são deficiências profundas. Contudo, a perda ou diminuição da função nos

¹⁵ Relatório do Departamento de Educação Básica, Núcleo dos Apoios Educativos, Crianças e Jovens com Multideficiência e Surdocegueira – Contributos para o sistema educativo 2002

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.

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

As Necessidades emocionais – Como qualquer ser humano necessita de afecto e atenção, de oportunidades para interagir com o contexto à sua volta e desenvolver relações sociais e afectivas com os adultos e os seus pares.

As necessidades acima descritas implicam a aplicação de 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. Esta opinião é reforçada por Orelove e Sobsey (ibid), ao referirem ser mais eficiente o sistema de serviço baseado no modelo transdisciplinar, no qual as tomadas de decisão em grupo são essenciais.

As barreiras que se colocam à sua participação e à aprendizagem destas crianças são muito significativas, segundo Amaral et al, (2004) faz com que necessitem de:

- Apoio intensivo quer na realização das actividades diárias, quer na aprendizagem.
- Parceiros que os aceitam como participantes activos.
- Vivências idênticas em ambientes diferenciados.
- Ambientes comuns onde existam oportunidades significativas para participar em múltiplas experiências diversificadas.
- Oportunidades para interagir com pessoas e objectos significativos.

Consequentemente, estes alunos precisam do apoio de serviços específicos, nos seus contextos naturais, sempre que possível, de modo a responderem à especificidade das suas necessidades. Estes apoios devem estar consubstanciados no seu programa educativo individual.

1.6. Aprendizagem na criança/jovem com Multideficiência

A colocação dos alunos com multideficiência não escapa à controvérsia sobre qual o contexto mais eficaz para o seu ensino. Os três contextos de ensino mais comuns em Portugal para alunos com multideficiência são a classe regular, unidade especializada em multideficiência e instituição.

De entre a população com NEE, os indivíduos com deficiência severa ou multideficiência são aqueles que mais problemas têm colocado à proposta educativa da inclusão. Assim, enquanto um conjunto de autores advoga a inclusão destes alunos na sala de aula do ensino regular (Downing, 2002; Fuchs e Fuchs, 1994; Stainback e Stainback, 1990, 1992), outros questionam se as suas características específicas não necessitarão de uma intervenção tão especializada e individualizada, só possível em ambientes segregados (Martin, 1995; Murfhy, 1995; Vergason e Anderegg, 1993; Zigmond e Baker, 1995) e outros defendem uma situação mista (Brown, Joergensen, Johnson, Udvarisolner, Kampschoer, 1991).

Em qualquer das posições assumidas, o interesse dos investigadores é, antes de tudo, analisar a relação entre contexto de ensino, sala de aula do ensino regular, salas de aula segregadas, instituições e as respostas educativas associada a cada um.

Definindo inclusão como *“a proposta educativa que pretende consubstanciar a simultaneidade do espaço e do tempo pedagógico para todas as crianças, de forma a concretizar os ideais da escola pública obrigatória: qualidade, eficiência, igualdade e equidade”* (Ferreira, 2002, cit por Rodrigues et al, 2007:24).

Autores como Thomas e Glenny (2002), Costa (1999), Hegarty (1993) e Gallgher (2001) colocam definitivamente a questão da educação inclusiva no campo dos valores e direitos humanos, nomeadamente a igualdade, justiça social e oportunidades para todos. Trata-se de uma questão de valores, consistindo fundamentalmente na defesa do direito à dignidade da criança como ser humano, livre e igual em direitos.

Segundo Nunes et al.¹⁶ (2004) a multideficiência é uma condição que resulta, frequentemente, de uma etiologia congénita ou adquirida e que do ponto de vista educacional exige recursos e meios adicionais que respondam adequadamente às necessidades das crianças/jovens, promovendo aprendizagens significativas.

A experiência e interacção social constituem uma base importante do desenvolvimento e da aprendizagem. As experiências reais em ambientes naturais e a interacção com pessoas nesses ambientes permitem que as crianças tenham acesso a informação diversificada, a qual serve de alicerce ao desenvolvimento cognitivo e sócio-emocional.

As crianças/jovens com multideficiência manifestam dificuldades, tanto no desenvolvimento como na aprendizagem e na participação, que resultam da combinação das limitações que apresentam.

A ausência de visão funcional e as dificuldades de movimentação influenciam a capacidade de localização, quer delas próprias, quer dos estímulos à sua volta, reduzindo drasticamente a capacidade de exploração.

A ausência de formas de comunicação eficientes reduz a sua capacidade de interacção com parceiros nas actividades naturais do dia a dia, limitando a sua capacidade de acesso à informação e de alargamento de conhecimentos. Estas combinações de limitações implicam abordagens educativas individuais que combinem oportunidades de exploração do ambiente com oportunidades de interacção comunicativa.

De acordo com Amaral (2002) a análise de programas educativos de crianças com multideficiência indica que:

Às crianças são dadas oportunidades muito limitadas de exploração de ambientes naturais.

Não é utilizada comunicação eficiente que tenha em consideração as diferenças individuais de cada uma, nomeadamente, no que se refere às formas de comunicação utilizadas.

Ainda segundo Nunes et al. (2004) a criança obtém informação das mais variadas fontes, procurando e recebendo activamente essa informação e aprendendo, em

¹⁶ Centro de Recursos para a multideficiência – Avaliação e Intervenção em Multideficiência nº10
Colecção Apoios Educativos

muitos casos, de forma accidental. As interacções comunicativas e linguísticas com as pessoas que se encontram nos diferentes ambientes de vida aumentam essa informação, dão-lhe forma e tornam cada experiência nova mais significativa que a anterior.

As crianças com multideficiência apresentam graves dificuldades nas aprendizagens porque não procuram a informação de forma activa. O acesso ao ambiente que a rodeia está condicionado pelas suas limitações a nível cognitivo, motor e sensorial e a sua capacidade de canalizar a atenção para estímulos significativos está diminuída devido à sua dificuldade de os seleccionar.

A informação que recebem é frequentemente fragmentada, distorcida e incompleta, em consequência quer das limitações que apresentam, quer das suas escassas oportunidades de vivenciar experiências significativas.

A observação e a aprendizagem accidental que constituem o suporte de uma parte importante dos processos normais de aprendizagem, não acontecem espontaneamente nestas crianças, o que implica o ensino directo de competências. Elas apresentam dificuldades específicas nas aprendizagens, resultantes de limitações no acesso ao ambiente, dificuldades em dirigir a atenção para estímulos relevantes, dificuldades na interpretação da informação e dificuldades de generalização.

As limitações nos domínios cognitivo, motor e sensorial, a falta de experiências diversificadas e a falta de oportunidade de comunicação são as causas principais dessas dificuldades, pelo que constitui um desafio para os profissionais de educação. Os profissionais sentem dificuldades nomeadamente na elaboração de programas educativos que respondam às necessidades das crianças com multideficiência.

É preciso que os parceiros de comunicação em geral e os docentes em particular, procurem a melhor forma de:¹⁷

¹⁷ Centro de Recursos para a multideficiência – Avaliação e Intervenção em Multideficiência nº10
Colecção Apoios Educativos 2004

- a) Proporcionar à criança experiências significativas organizadas e diversificadas.
- b) Garantir que a informação fornecida e as competências a desenvolver sejam úteis e contribuam para aumentar a sua independência na vida futura.
- c) Garantir a generalização das aprendizagens realizadas a todas as situações significativas.
- d) Transmitir informação usando formas de comunicação que respondam às necessidades individuais da criança/jovem.

As limitações cognitivas, motoras e/ou sensoriais apresentadas pelos alunos com multideficiência leva-os a beneficiar de menos oportunidades para explorar e interagir com o meio ambiente. As barreiras colocadas ao seu desenvolvimento, participação e aprendizagem são muito significativas fazendo com que tenham escassas possibilidades para interagir com pessoas e objectos e para se envolverem nessas interações, necessitando frequentemente de sistemas de apoio adicional e especial que os ajude a participar nas actividades.

Ser capaz de responder adequadamente à diversidade das necessidades educativas destes alunos implica implementar respostas educativas que ajudem a participar o mais activamente possível nas aprendizagens e a sentirem-se aceites no grupo de pares na comunidade a que pertencem. As respostas educativas têm de ser analisadas à luz das suas capacidades, necessidades e motivações, dos desejos dos pais e das condições existentes nos contextos educativos.

As respostas educativas precisam de ser diferenciadas e organizadas de modo a adequar-se à singularidade de cada um.

Estes alunos necessitam que as respostas educativas criem oportunidades para poderem alargar as relações sociais e as amizades nomeadamente com os seus pares, com e sem necessidades especiais, aumentar os conhecimentos acerca do mundo que os rodeia e desenvolver actividades nos ambientes escolares e comunitários. Consequentemente, é imprescindível pensar no que é importante ensinar-lhes e como e definir as medidas educativas a adoptar para que possam

fazer aprendizagens significativas, ser autónomos, o mais possível em termos pessoais e sociais.

É importante frequentarem diferentes ambientes de aprendizagem, como por exemplo a sala da turma, os espaços exteriores da escola, o espaço da unidade especializada, os espaços da comunidade, de forma a possibilitar a aplicação das competências adquiridas em diferentes ambientes.

A gestão do tempo em cada um dos ambientes depende, essencialmente da especificidade de cada aluno. De modo a garantir oportunidades de aprendizagem há que ter em atenção a diversidade de necessidades e de dificuldades apresentadas por cada um. Ou seja, as respostas têm de ser flexíveis, ter em conta as exigências de cada situação particular e adequar-se a cada realidade.

Quaisquer que sejam as suas capacidades e necessidades, estas crianças e jovens precisam de integrar os ambientes comuns e de serem aceites como pessoas que contribuem, de um forma positiva, para o dinamismo dos ambientes de aprendizagem.

As unidades especializadas constituem um recurso pedagógico da escola e foram criadas para que possam responder adequadamente à singularidade de cada aluno. De acordo com o centro de Recursos para a multideficiência¹⁸ (2004), as aprendizagens dos alunos com multideficiência devem:

- Responder às necessidades individuais dos alunos, aos seus interesses e desejos.
- Organizar-se com base numa perspectiva funcional.
- Promover a autonomia dos alunos, nomeadamente na realização das actividades da vida diária.
- Proporcionar oportunidades para que os alunos possam apropriar-se de informação no presente e no futuro.
- Assegurar a participação activa na comunidade.

¹⁸ Centro de Recursos para a multideficiência – Avaliação e Intervenção em Multideficiência nº10
Colecção Apoios Educativos 2004

- Criar oportunidades para os alunos participarem em actividades no mesmo contexto educativo que os pares sem necessidades especiais, sempre que estas se revelem fonte de aprendizagens significativas.

A especificidade das necessidades educativas destes alunos requerem técnicos com elevado nível de especialização que lhes permitam identificar as suas necessidades, garantindo respostas mais adequadas. É imprescindível que os professores façam formação na área da multideficiência e que trabalhem em parceria com os serviços sociais, serviços de saúde, comunidade e técnicos especializados.

É de salientar, que a intervenção pedagógica junto destas crianças deverá promover as áreas consideradas mais relevantes, que é sem dúvida a área da comunicação. A comunicação é um instrumento de ligação entre a criança, os que a rodeiam e o mundo, é necessário desenvolvê-la da melhor forma possível para ajudar a criança a comunicar e a interagir. Deve ser a área central do currículo destes alunos, deverá ser trabalhada nas outras áreas que podem ser consideradas complementares e nas actividades da vida diária.

Ser capaz de comunicar necessidades, desejos, pensamentos, emoções é vital para todos os seres humanos. A comunicação é uma capacidade central para o desenvolvimento e aprendizagem de qualquer criança, a maioria das multideficientes apresentam inúmeras dificuldades neste domínio, devido em parte às acentuadas limitações e à falta da linguagem oral. Porque não existe um tempo especial para desenvolver as competências comunicativas, devem ser aproveitadas as oportunidades que existem normalmente e criar outras inseridas nas actividades que a criança desenvolve principalmente em contextos naturais.

Ainda segundo, o centro de recursos para a multideficiência (2004) é essencial que a criança/jovem com multideficiência compreenda que a comunicação é uma poderosa ferramenta, que a pode ajudar a satisfazer as suas necessidades físicas, sociais e emocionais.

2. A Deficiência Mental e a Multideficiência

2.1. A Multideficiência associada à Deficiência Mental

Embora sucintamente, pareceu-nos importante dar uma visão geral de alguns conceitos actuais de Deficiência Mental (DM) porque a multideficiência que está associada a deficiência mental é a que atinge maior número de indivíduos e porque apresenta contornos muito próprios, os quais requerem um tratamento específico.

A Associação Americana para a Deficiência Mental (AADM) afirma que de acordo com Grossman, (1983, cit por Bautista et al., 1997:210), *“A Deficiência Mental refere-se a um funcionamento intelectual geral significativamente inferior à média, surgindo durante o período de desenvolvimento e associado a um défice no comportamento adaptativo”*.

Esta definição apesar de ser melhor aceite pela maior parte das pessoas, trás vários problemas, porque apresenta vários conceitos de inteligência, tais como, capacidade de aplicar a experiência à resolução de problemas, capacidade de adquirir conceitos e utilizá-los na aprendizagem e aquilo que é medido através dos testes de inteligência. A concepção de período de desenvolvimento varia de autor para autor.

Para a OMS o conceito de deficiente mental é definido como indivíduos com uma capacidade inferior à média, manifestando-se ao longo do desenvolvimento e está associada a uma clara alteração dos comportamentos.

Segundo Morato (1995), a DM é um funcionamento intelectual inferior à média, com origem no período de desenvolvimento associado a uma alteração do ajustamento ou da maturação na aprendizagem e na sociabilização pelo que é necessário a existência e o recurso a comportamentos adaptativos.

Para Grossman (1983, cit por Morato et al., 1995), a deficiência mental é classificada em quatro níveis: profundo, grave, moderado e ligeiro. Propõe que se considerem as três escalas ou testes de inteligência mais usados: o teste de

Stanford-Binet, o teste de Cattell e ainda a escala de Wechsler, de acordo com os desvios padrão de Q.I., que caracterizam a distribuição da população geral e se faça a correspondência com o nível de deficiência. Ou seja, o funcionamento intelectual deve ser avaliado e medido através de testes de inteligência standardizados.

Recentemente, Greenspan também propõe que a DM seja definida em função de três áreas de competência relativamente independentes: Inteligência conceptual (Q.I.), Inteligência prática (comportamento adaptativo), e Inteligência social (competência interpessoal). Esta contribuição de Greenspan para além da extensão à área designada competência interpessoal, não é muito diferente da classificação da AADM. A contribuição deste autor como hipótese em termos de redefinição da DM revela-se mais abrangente e mais dinâmica, embora no que respeita, à definição conceptual de inteligência assuma uma posição idêntica à perspectiva de Grossman, uma vez que considera que a inteligência é medida por testes standardizados e que por isso permite a elaboração dum sistema classificativo.

Hoje, não há uma grande preocupação em saber qual é a etiologia da DM, dá-se mais importância ao aspecto cognitivo que considera que uma teoria do deficiente mental não é mais do que uma variedade da teoria da inteligência e dos processos cognitivos.

Assim, tem vindo a prevalecer uma concepção cognitiva e processual da DM, que é analisada e explicada como resultado de um conjunto observável de disfunções nos processos cognitivos em diferentes momentos do processo humano da informação: percepção, memória, formação de conceitos, de regras, etc.

Muitas foram as denominações que, ao longo dos tempos, foram dadas à criança com baixa capacidade intelectual: demente, idiota, oligofrénico sub-natural, incapacitado, diminuído, diferente, deficiente psíquico e mais recentemente aluno com NEE. Estas etiquetas têm que ser esquecidas e mostrar à sociedade o quanto estas crianças e adultos são importantes e capazes, mas acima de tudo que são pessoas.

2.2. Graus da Deficiência Mental

Torna-se bastante difícil classificar os deficientes mentais, pelo que nenhum dos sistemas de classificação é aceite, totalmente, sem problemas.

As técnicas psicométricas que mais se impõem, utilizando o QI (Quociente Intelectual) para classificação desse grau. O conceito de QI é o resultado da multiplicação por cem do quociente obtido pela divisão da IM (Idade Mental) pela IC (Idade Cronológica).

Assim, atendendo ao QI existem cinco níveis ou graus de deficiência mental propostos pela AADM e pela OMS¹.

DEFICIÊNCIA MENTAL	Q.I.
Limite ou Bordeline	68 – 85
Ligeira	52 – 68
Média	36 – 51
Severa	20 – 35
Profunda	Inferior a 20

Quadro nº 2

2.2.1. Deficiência Mental Limite ou Bordeline

Uma vez que este é um grupo introduzido recentemente nesta classificação, não existe ainda um consenso no que diz respeito à pertinência da sua designação no âmbito da deficiência mental.

Na verdade não podemos classificá-los como deficientes mentais na medida em que, embora apresentem um atraso ou dificuldades específicas de aprendizagem, possuem potencialidades académicas. Assim, muitos indivíduos provenientes de meios socioculturais mais desfavorecidos poderiam ser incluídos neste grupo, embora possuam capacidades que lhes permitam ultrapassar as dificuldades advindas do meio em que estão inseridos.

¹Cit por Bautista et al., 1997

2.2.2. Deficiência Mental Ligeira

As pessoas que se inserem neste grupo, que constitui o maior número de indivíduos com esta perturbação, cerca de 85%, não podem, tal como no anterior, ser encaradas com “óbvios” deficientes mentais mas sim como pessoas que, face a problemas de ordem cultural, familiar ou ambiental, estão inseridas num contexto social que os “organiza” como deficientes.

No entanto, as crianças com este nível desenvolvem capacidades sociais e de comunicação durante a idade pré-escolar, têm uma incapacidade mínima no que concerne ao desenvolvimento sensório-motor, podem desenvolver aprendizagens académicas, sociais e possuem capacidade de desempenho no que diz respeito ao mundo laboral. Normalmente não apresentam problemas de adaptação ao ambiente familiar e social, podendo viver sem problemas inseridos numa comunidade.

2.2.3. Deficiência Moderada ou Média

Constituindo 10% da população com deficiência mental, os indivíduos que integram este grupo são capazes de adquirir hábitos de autonomia pessoal e social, manifestando mais dificuldade neste último. Embora aprendam a falar e comunicar através da linguagem verbal, revelam bastantes dificuldades no que diz respeito não só à expressão oral, mas também à compreensão dos convencionalismos sociais.

No que concerne ao desenvolvimento cognitivo, as crianças deste grupo revelam inúmeras dificuldades no campo da leitura, escrita e cálculo, devendo o seu processo de aprendizagem ser centrado em actividades práticas que visem o maior enriquecimento possível tanto a nível pessoal como social.

Ao nível do desenvolvimento motor, este revela-se aceitável e têm capacidade para adquirir conhecimentos básicos que lhes permitam, na vida adulta, efectuar um trabalho não especializado ou semi-especializado podendo, assim, contribuir para a sua independência.

2.2.4. Deficiência Mental Profunda

A deficiência mental profunda atinge 2% dos indivíduos com esta deficiência e, durante os primeiros anos, as crianças manifestam capacidades sensório-motoras e de comunicação mínimas com o meio. Não possuem a autonomia necessária para realizarem a maior parte das funções e actividades uma vez que os seus handicaps físicos e intelectuais são gravíssimos.

Para um bom desenvolvimento necessitam não só de um ambiente bem estruturado com ajuda e supervisão constantes, mas também do estabelecimento de uma relação individualizada com a pessoa que cuida delas.

O seu desenvolvimento motor e as suas aptidões de comunicação e de cuidados pessoais podem melhorar se lhes for fornecido o “treino” adequado.

2.3. Causas da Deficiência Mental

Durante as últimas décadas houve grandes evoluções no campo da genética e da bioquímica, o que contribuiu para que se conseguissem obter resultados fundamentais nos estudos realizados com a finalidade compreender as causas físicas da deficiência mental.

Assim, a AADM identificou nove disposições principais, consideradas por Grossman (1977), com agentes causadores da DM.

- Infecção e intoxicação.
- Traumatismo ou agente físico.
- Metabolismo ou nutrição.
- Doença cerebral grave.
- Influência pré-natal desconhecida.
- Anormalidade cromossómica.
- Distúrbios de gestação.
- Atraso decorrente de distúrbio psiquiátrico.
- Influências ambientais.

Das causas referidas, só trataremos com algum pormenor, as mais significativas. Distúrbios genéticos – nos últimos tempos, têm sido feitos progressos consideráveis no campo da genética relativamente aos cromossomas e genes que influenciam a DM.

De acordo com Plomim, Defries e Mc Clearn (1980) as anomalias genéticas humanas são bastante comuns, embora não sejam notadas na população em geral, porque a maior parte acaba em aborto espontâneo. No entanto, existem dois distúrbios genéticos que é fundamental referir dada a sua importância: o “síndrome de Down” (Trissomia 21) e a “Fenilcetonúria”.

O síndrome de Down é um dos distúrbios mais facilmente identificável, dada a aparência física dos indivíduos com a raça oriental. Esta foi das primeiras anomalias a ser identificadas por Lejeune e Turpin, (1959). As pessoas nestas condições possuem 47 cromossomas em vez dos 46 normais. O seu cariótipo indica a presença de um cromossoma extra no par 21. Isto leva à deficiência mental moderada ou ligeira, normalmente acrescida de vários problemas de audição, formação do esqueleto e do coração.

A Fenilcetonúria é outra anomalia causada por irregularidades genéticas, havendo um único gene defeituoso, que pode provocar a DM grave. Esta deficiência é causada pela incapacidade que o estruturado gene tem de quebrar a partícula química, a fenilalanina, acumulada em grande quantidade no sangue, dando origem a grandes danos no cérebro em formação.

Também os agentes tóxicos são outra causa da DM quando ingeridos pela mãe, durante a gravidez, ou pela criança, podem perturbar o equilíbrio bioquímico interno. Vírus ou germes, em formação de doenças infecciosas, podem invadir o corpo e causar danos duradouros no sistema nervoso central.

Os principais agentes tóxicos são vários:

Álcool, tabaco, fármacos, drogas, chumbo, mercúrio...

Também as doenças infecciosas como rubéola, citomegalia, herpes, sífilis congénita, encefalite e toxoplasmoses, podem causar DM.

Finalmente, os factores ambientais também estes podem causar DM muitos investigadores têm referido que o ambiente sócio – económico degradado dos grupos étnicos minoritários ou das crianças de classe baixa é responsável por atrasos consideráveis no desenvolvimento dessas crianças.

Assim, (Shokoffn, 1982, cit por Kirk e Gallagher, 1996), demonstrou que as crianças pobres e de grupos minoritários não são apenas vítimas de discriminação social, mas também têm maiores riscos de saúde, pois independentemente do potencial genético, o cérebro está sujeito a várias influências potencialmente prejudiciais. Estas crianças estão também mais sujeitas a problemas resultantes de má nutrição, intoxicação por chumbo, síndrome fetal do álcool e outros mais factores.

2.4. Características da Deficiência Mental

Nos deficientes mentais, tal como nos outros indivíduos, o comportamento pessoal e social é muito variável e não se pode portanto falar de características iguais em todos os indivíduos com deficiência mental. Não existem duas pessoas, deficientes ou não, que possuam a mesma constituição biológica ou as mesmas experiências ambientais. Assim, a variedade é enorme e, enquanto nuns é notável o atraso de desenvolvimento, outros apresentam um aspecto saudável, para além de toda uma série de características em que a diferença entre uns e outros é enorme.

Através de alguns estudos experimentais, foi demonstrada a existência de algumas características que distinguem os deficientes mentais dos outros. Destacam-se, como mais significativas, as seguintes:

Físicas:

- Falta de equilíbrio.
- Dificuldades de locomoção.
- Dificuldades de coordenação.
- Dificuldades de manipulação.

Pessoais:

- Ansiedade.
- Falta de autocontrolo.
- Tendência para evitar situações de fracasso e não procurar o êxito.
- Possível existência de perturbações da personalidade.

Sociais:

- Atraso evolutivo em situações de jogo.
- Problemas de memória.
- Problemas de categorização.
- Dificuldade na resolução de problemas.
- Défice linguístico.
- Problemas nas relações sociais.

Podemos considerar que a evolução global de um deficiente mental se processa segundo as mesmas etapas consideradas normais no desenvolvimento e evolução de qualquer outra pessoa.

- ⇒ Sensório-motora
- ⇒ Operações concretas
- ⇒ Operações formais

As dificuldades com que nos deparamos no desenvolvimento de um deficiente mental são várias:

- ⇒ Dificuldades psicomotoras
- ⇒ Dificuldades sensoriais
- ⇒ Dificuldades nas relações sociais
- ⇒ Dificuldades de linguagem

No momento de planificar qualquer intervenção educativa, deveremos pensar nessas dificuldades, consoante as possibilidades e limitações de cada indivíduo, estabelecer o programa adequado para cada caso, com um grande objectivo, o de favorecer ao máximo o desenvolvimento das suas potencialidades.

Sintetizando, na deficiência mental há vários graus, por exemplo, é no grupo da deficiência mental ligeira que constitui o maior número de indivíduos com esta perturbação, cerca de 85%. Constituindo 10% da população com deficiência mental, os indivíduos que se integram no grupo da deficiência moderada ou média.

A deficiência mental profunda atinge 2% dos indivíduos com esta deficiência, estes não possuem a autonomia necessária para realizarem a maior parte das funções e actividades uma vez que os seus handicaps físicos e intelectuais muito graves.

Quando um indivíduo com deficiência mental apresenta acentuadas limitações no domínio cognitivo, associadas a limitações no domínio sensorial e que pode ainda necessitar de cuidados de saúde, estamos sem dúvida, perante alguém com multideficiência.

Todas estas limitações dificultam a interacção natural com o ambiente, colocando em grande risco o desenvolvimento e o acesso à aprendizagem.

Sabemos que a multideficiência que está associada a deficiência mental é a que atinge maior número de indivíduos. As unidades especializadas foram criadas com o objectivo de dar resposta aos alunos com estes problemas.

3. A Paralisia Cerebral e a Multideficiência

3.1. Paralisia Cerebral a mais frequente causa da Multideficiência

Ao abordarmos a problemática da multideficiência e fazermos um estudo bibliográfico aprofundado sobre o tema, considerando o indivíduo com multideficiência aquele que apresenta necessidades educativas especiais de carácter prolongado, que se enquadram no domínio cognitivo, sensorial e/ou motor, pareceu-nos importante dar uma visão geral de alguns conceitos actuais de Paralisia Cerebral porque é a mais frequente causa da multideficiência.

Para definir um grupo de afecções caracterizadas pela disfunção motora, cuja principal causa é uma lesão encefálica não progressiva, acontecida antes, durante, ou pouco depois do parto, emprega-se geralmente o termo paralisia cerebral. É uma perturbação complexa¹ que compreende vários sintomas: alteração da função neuromuscular com défices sensoriais (audição, visão, fala) ou não, dificuldades de aprendizagem com défice intelectual ou sem ele e problemas emocionais.

Segundo Cahuzac (1985), a paralisia cerebral é uma desordem permanente e não imutável da postura e de movimentos, devido a uma disfunção do cérebro antes que o seu crescimento e desenvolvimento estejam completos.

Nesta definição do autor será necessário esclarecer quatro noções essenciais:

É uma desordem permanente que, embora definitiva, não é evolutiva.

Não é mutável, como tal, susceptível de melhoras.

Não está em relação com o nível mental; a perturbação predominante é a perturbação motora.

Pode surgir durante todo o período de crescimento cerebral, sem referência a nenhuma etiologia precisa.

¹ Bautista et al., 1997

3.2. Causas da Paralisia Cerebral

As causas da paralisia cerebral são tão complexas e variadas como os tipos clínicos, excluindo-se uma base genética e, portanto, a impossibilidade de transmissão de pais para filhos. Trata-se quase sempre de factores exógenos ao cérebro da criança, embora em muitos casos a sua etiologia seja desconhecida.

Ao fazermos uma análise sobre a etiologia da paralisia cerebral, de acordo com Bautista et al. (1997), encontramos as seguintes proporções:

Estima-se que cinquenta por cento destas perturbações são devidas a uma lesão cerebral adquirida antes do nascimento. Entre as causas da lesão pré-natal destacam-se como mais importantes as infecções intra-uterinas, as intoxicações e exposição a radiações.

Trinta e três por cento seriam devidas a causas perinatais, destacando-se a hipoxia ou a anoxia, a prematuridade associada a hemorragia intra-ventricular, os traumatismos mecânicos do parto e a placenta prévia.

Considera-se que podem ser responsáveis por mais ou menos dez por cento dos casos as causas pós-natais, com maior incidência de incompatibilidade sanguínea, a encefalite e a meningite, problemas metabólicos, traumatismos crânio encefálicos e a ingestão de substâncias tóxicas.

3.3. Quadro Clínico da Paralisia Cerebral

O quadro clínico não constitui um conjunto estático de sinais e sintomas. A lesão, ao afectar o sistema nervoso em desenvolvimento, vai dar origem a um quadro clínico complexo. Este quadro vai tornar difícil o diagnóstico e também a relação existente entre o tipo clínico e a lesão precisa do sistema nervoso central, o que é comum quando se trata de lesões nervosas cerebrais.

A classificação clínica atribuída aos tipos de paralisia cerebral varia por vezes, mas classicamente descrevem-se três tipos de síndromes: espástico, atetósico e atáxico. Descreveremos em seguida as principais características de cada um destes síndromes²:

² *Idem*

Tipo espástico

A espasticidade indica-nos a existência de lesão no sistema piramidal. Este sistema tem a seu cargo a realização dos movimentos voluntários, portanto, uma lesão neste sistema vai manifestar-se pela perda desses movimentos e por aumento da tonicidade muscular. É o tipo mais frequente caracterizando-se por rigidez muscular, incapacidade de relaxar voluntariamente grupos musculares, o que produz movimento anormal e sem plasticidade. Geralmente origina deformidades corporais como a escoliose e a sub-luxação da anca.

Tipo atetósico

A atetose é uma perturbação caracterizada pela presença de movimentos irregulares, contínuos, lentos e involuntários. Estes movimentos podem localizar-se apenas nas extremidades ou alargar-se a todo o corpo. Os movimentos são de tipo espasmódico e incontrolado. Ao ser alterada a enervação recíproca, e ao mesmo tempo, a correspondência entre os músculos executores (agonistas), opositores (antagonistas) e favorecedores (sinergista), é frequente a instabilidade e a flutuação da tonicidade postural.

É importante destacar que o movimento atetósico pode ser atenuado pelo repouso, sonolência, febre e determinadas posturas. Pelo contrário, pode aumentar em momentos de excitação, insegurança, a posição dorsal, ainda mais, pela posição de pé. Quanto ao tônus muscular dos atetósicos, encontramos um tônus flutuante, variando entre a hipertonia e a hipotonia.

Tipo atáxico

A ataxia pode definir-se como uma perturbação da coordenação e da estática (Cahuzac M., 1995). Neste síndrome observa-se uma importante instabilidade do equilíbrio, com mau controlo da cabeça, do tronco e da raiz dos membros. É constante nestas crianças a existência de um baixo tônus postural que as faz movimentar-se lentamente e com muito cuidado por terem medo de perder o equilíbrio. Têm dificuldades estáticas pois, como antes dissemos, há um fraco controlo da cabeça e do tronco. Na motricidade voluntária aparecem sinais de afecção do cerebelo e da sensibilidade profunda. O tônus muscular diminui, contudo, são conhecidos casos em que se verifica também um aumento do mesmo.

Verifica-se que o tipo de paralisia cerebral menos frequente é a ataxia e que esta é caracterizada por pouco equilíbrio, dificuldade na marcha, deficiente coordenação, alteração da noção espacial e tónus muscular fraco.

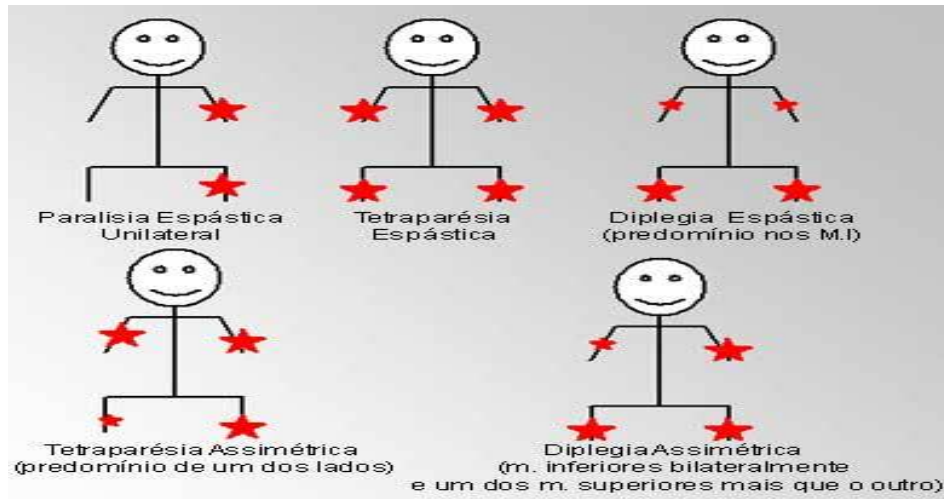


Figura nº 1 Membros afectados pela paralisia cerebral

3.4. Características gerais da criança com Paralisia Cerebral

A criança com paralisia cerebral tem características muito específicas a vários níveis.

Nível Motor:

- persistência de reflexos primitivos;
- postura anormal;
- atraso no desenvolvimento psicomotor;
- disfunção perceptivo-motora (mais frequente nos espásticos).
- Perturbações da linguagem (mais frequente nos atetósicos).
- Epilepsia (mais frequente nos espásticos).

Atraso no desenvolvimento intelectual, raro nos atetósicos e frequente nos outros dois tipos.

Nível Sócio-afectivo:

Alterações comportamentais que comportam instabilidade emocional, hiperactividade, falta de atenção, receio, impulsividade, apatia e dificuldades de integração.

Nível sensorial:

As características específicas a este nível são perturbações visuais e auditivas.

Uma grande parte das crianças com paralisia cerebral são muito dependentes a vários níveis, nomeadamente, ao nível higiene pessoal e da alimentação, tornando-as muito dependentes.

3.5. Possíveis deficiências associadas na criança com Paralisia Cerebral

O cérebro possui uma multiplicidade de funções, pelo que é frequente que perturbações motoras possam estar acompanhadas por alterações de outras funções como a linguagem, audição, visão, desenvolvimento mental, carácter, epilepsia e/ou transtornos perceptivos.

As deficiências mais frequentes que estão associadas à paralisia cerebral são:

Perturbações da linguagem.

Problemas auditivos.

Problemas visuais.

Problemas de desenvolvimento intelectual.

Problemas de personalidade.

Problemas de atenção.

Problemas percepção.

Quando as crianças com paralisia cerebral apresentam deficiências associadas, como limitações graves no domínio cognitivo e/ou domínio sensorial, aí já podemos falar em crianças com multideficiência. Assim sendo, e não esquecendo a postura e a mobilidade, a paralisia cerebral é a mais frequente causa da multideficiência.

4. Unidades especializadas em multideficiência

4.1. Definição

As unidades especializadas constituem um recurso pedagógico dos agrupamentos de escola e das escolas destinado aos alunos com multideficiência ou com surdo-cegueira congénita e visam a participação activa destes alunos no seu processo de aprendizagem e a vivência de experiências de sucesso.

A frequência específica destes ambientes educativos constitui apenas mais uma na vida destes alunos, pelo que esta resposta tem de se articular com o trabalho que se desenvolve na escola.

De acordo com as normas Orientadoras das unidades especializadas em multideficiência do Ministério da Educação:

As unidades especializadas em multideficiência são um recurso pedagógico especializado dos estabelecimentos de ensino regular do ensino básico, constituindo-se como uma resposta educativa diferenciada que visa apoiar a educação dos alunos com Multideficiência, fornecendo-lhes meios e recursos diversificados. Com esta resposta espera-se que os alunos tenham acesso a informação que os ajude a realizar aprendizagens significativas e possam participar em actividades desenvolvidas com os seus pares sem necessidades especiais. (2005:14)

As unidades especializadas são estruturas integradas nos estabelecimentos de educação ou de ensino, em complemento da modalidade geral de educação escolar, de competências para a Educação Especial. Nestas unidades são utilizadas metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares e transdisciplinares.

As competências das unidades especializadas podem abranger um ou vários domínios da Educação Especial, particularmente os relacionados com as situações de multideficiência, resultante de problemas cognitivos graves associados a limitações sensoriais e/ou motoras, surdo-cegueira, bem como perturbações do espectro do autismo.

Podemos ver um exemplo de uma unidade especializada em multideficiência, na figura nº 2.



Figura nº 2 – Alunos em actividades numa unidade especializada em multideficiência.

4.2. O que as justifica

A educação de alunos com multideficiência exige recursos humanos e materiais específicos. A criação de unidades especializadas possibilita uma melhor gestão desses recursos humanos e materiais e permite a respectiva concentração e potencialização.

A diversidade de competências dos alunos a que deve corresponder uma variedade de estratégias que ajude a vivenciar experiências de sucesso.

A necessidade de aceder à informação, a oportunidades para se desenvolver e se envolver activamente nas aprendizagens e nas interações sociais.

4.3. População alvo

A população alvo são os alunos com multideficiência que frequentam o ensino básico.

Consideram-se alunos com multideficiência os que apresentam acentuadas limitações no domínio cognitivo, associadas a limitações acentuadas no domínio

motor e/ou no domínio sensorial (visão ou audição) e que podem ainda necessitar de cuidados de saúde específicos. Estas limitações dificultam a interacção natural com o ambiente, colocando em grave risco o desenvolvimento e o acesso à aprendizagem.

4.4. Principais objectivos

Para além dos objectivos da Educação Especial, as unidades especializadas também têm os seus próprios objectivos.¹

- Assegurar a criação de ambientes educativos estruturados, significativos e ricos em comunicação que permitam o envolvimento dos alunos na procura de informação.
- Criar condições para os alunos poderem interagir com parceiros significativos e envolverem-se nessas interacções.
- Fomentar a aprendizagem de conteúdos relacionados com o conhecimento de si próprios, dos outros e do mundo e que conduzam ao estabelecimento de uma vida com qualidade no presente e no futuro.
- Proporcionar oportunidades de aprendizagem centrada em experiências da vida real e adequadas à idade cronológica dos alunos, às suas capacidades, necessidades, interesses e que valorizem a comunicação.
- Aplicar metodologias e estratégias de intervenção transdisciplinares adequadas às necessidades individuais de cada aluno e que possibilitem a frequência de ambientes naturais.
- Desenvolver actividades naturais e funcionais que promovam o desenvolvimento da autonomia pessoal e social nos diversos ambientes onde os alunos se encontram.
- Organizar e apoiar o processo de transição entre ciclos para a vida adulta.
- Assegurar os apoios específicos a nível das terapias e da psicologia.

¹ Unidades especializadas em multideficiência – Normas Orientadoras, 2005

- Criar espaços de reflexão e de formação acerca da prática pedagógica para os profissionais, pessoal não docente e famílias.

4.5. Recursos humanos e recursos materiais

Profissionais com formação especializada em Educação Especial, de preferência na área da multideficiência, auxiliares de acção educativa com formação na área e profissionais no âmbito das terapias e da psicologia, conforme as necessidades. Recursos materiais facilitadores da comunicação como, interruptores multisensoriais, digitalizadores da fala, software de causa efeito, brinquedos adaptados e soluções informáticas integradas. Recursos materiais facilitadores da mobilidade e o posicionamento como, standing-frame, cadeira de rodas, multiposicionadores, rampas e andarilhos. Recursos materiais facilitadores na higiene pessoal e na alimentação como, bancada para mudar a fralda, adaptações de sanitários e lavatórios, colheres adaptadas e rebordos para os pratos.

4.6. A criação das unidades especializadas

Segundo a Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio – Educativo do Ministério da Educação² (2005), a criação de unidades especializadas deve resultar de um trabalho de equipa em que participam, a família do aluno, os órgãos de gestão do agrupamento de escola, os docentes de Educação Especial do estabelecimento de ensino, a equipa de coordenação da Educação Especial, os docentes titulares de turma que têm o aluno com multideficiência e os responsáveis pelos diferentes serviços da comunidade que se prevê necessário para responder às necessidades individuais do aluno.

Cabe aos órgãos de gestão, à família e aos restantes intervenientes no processo educativo a tomada de decisão acerca dos alunos que podem beneficiar da

² Unidades especializadas em multideficiência – Normas Orientadoras, 2005

frequência das unidades especializadas, a qual deve ter em conta as capacidades e as necessidades de cada aluno e as necessidades das famílias.

O tempo de permanência no espaço pedagógico da unidade especializada depende da especificidade de cada aluno. Esta decisão deverá constar no programa educativo individual do aluno.

A criação de unidades especializadas, deve ser em função do número de alunos com multideficiência existentes nos diferentes ciclos de ensino; da natureza e exigência da resposta educativa; da disponibilidade de espaços dos estabelecimentos de ensino; da disponibilidade de apoios diferenciados considerados necessários para corresponder às necessidades individuais de cada aluno e da garantia dos processos de transição entre ciclos.

4.7. Organização pedagógica

4.7.1. Organização das aprendizagens

A comunicação deve ser considerada a principal área a desenvolver, com particular ênfase nos alunos que não usam a fala para comunicar.

As experiências de aprendizagem devem garantir que os alunos:³

- ❖ Tenham oportunidades para interagir com os outros e para se envolverem activamente nessas interacções.
- ❖ Tenham possibilidade de desenvolver relações afectivas.
- ❖ Façam aprendizagens acerca de si próprios e do mundo que os rodeia.
- ❖ Tenham oportunidades para controlar o ambiente onde se encontram e experimentar diferentes situações.
- ❖ Tenham possibilidade de ter iniciativas, tomar decisões e fazer escolhas.

Na organização das aprendizagens considera-se fundamental, atender às prioridades definidas pela família, planificar a participação dos alunos nas actividades desenvolvidas com os seus pares conjuntamente com os docentes

³ *Idem.*

titulares da turma ou com os directores de turma. Utilizar tecnologias de apoio adequadas às necessidades individuais de cada aluno, de modo a facilitar o acesso à informação e a promover a sua autonomia.

Na organização das aprendizagens, nomeadamente aquando da estrutura do programa educativo individual, é fundamental considerar os processos de transição dos alunos entre ciclos e para a vida adulta.

Na transição de ciclos é essencial assegurar os processos de transição de modo a que o aluno possa continuar a usufruir de respostas educativas adequadas às suas necessidades individuais, planear e organizar a continuidade educativa entre ciclos de ensino.

Planear e organizar a inserção na vida adulta em função das capacidades e necessidades de cada aluno, de forma a garantir a sua qualidade de vida. Estabelecer uma rede de parcerias entre vários serviços por exemplo: com serviços da segurança social, de empresas, de instituições e da educação, de modo a concretizar o projecto de vida estabelecido para cada aluno.

4.7.2. Organização do ambiente de aprendizagem

De acordo com as normas orientadoras das unidades especializadas em multideficiência do Ministério da Educação (2005), os ambientes são um factor de extrema importância a considerar na organização do processo de aprendizagem, é essencial estruturá-los de modo a criar oportunidades para o aluno poder interagir positivamente com as pessoas e os objectos e realizar aprendizagens significativas. Ajudar o aluno a perceber que pode ter aí um papel activo e auxiliá-lo a aprender a informação relevante que lhe é fornecida pelos contextos e a dar sentido às experiências que vivencia.

Na organização dos espaços é importante permitir que os possam realizar actividades individuais e de grupo, ajudar os alunos a perceberem o que acontece nos diferentes espaços.

É ainda indispensável considerar as questões ligadas à claridade, ao brilho, ao contraste e ao reflexo dos materiais existentes em cada um dos espaços, nomeadamente, quando os alunos apresentam acentuadas limitações visuais.

Evitar a excessiva quantidade de ruídos, nomeadamente, quando o aluno apresenta acentuadas limitações sensoriais. A existência de demasiado barulho pode perturbá-lo e levá-lo a sentir o ambiente como sendo caótico.

A utilização de carpetes e cortinas em alguns casos pode ajudar a diminuir os ruídos.

Na organização das aprendizagens é importante que sejam criadas oportunidades para estar em grupo, que existam momentos calmos e momentos mais movimentados.

As actividades a desenvolver devem adequar-se à idade cronológica dos alunos, evitar a excessiva quantidade de ruídos, nomeadamente quando se realizam nos ambientes onde naturalmente acontecem, ter uma rotina com princípio, meio e fim, ser planeada tendo como objectivo a participação do aluno em todos os passos da mesma.

4.7.3. Envolvimento da família

O envolvimento das famílias permite aos alunos ter mais oportunidades para participar nas actividades familiares e comunitárias, realizar aprendizagens significativas em contextos naturais e adquirir uma maior autonomia nas actividades de vida diária.

Ainda segundo as mesmas normas orientadoras, para envolver a família é indispensável:

- ✓ Considerar o conhecimento que tem do filho.
- ✓ Saber quais são as suas preocupações relativamente ao futuro do seu filho.
- ✓ Considerar as suas necessidades e as prioridades na organização e na elaboração do programa educativo individual.
- ✓ Criar condições para colaborar com o trabalho a desenvolver na escola.
- ✓ Informar acerca dos progressos do filho, utilizando uma linguagem simples e positiva.

- ✓ Criar espaços de comunicação para a família poder expressar as suas preocupações, os seus desejos e as suas necessidades.
- ✓ Respeitar as suas tradições e os valores culturais, bem como as suas expectativas.

II PARTE

ORGANIZAÇÃO E PLANIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

5. Problemática da Investigação

Um dos aspectos mais peculiares do ser humano e que de certa forma o distingue dos demais seres vivos, é a sua incessante inquietação no que se refere à sua existência, destino, relação com seus semelhantes, meio ambiente, entre outros, pelo que podemos descrever o Homem como um pesquisador por natureza.

É na pesquisa, na procura de respostas para as suas indagações e de novas soluções para os seus problemas que o Homem se desenvolve estudando e pesquisando. Esse foi o princípio que regeu a construção do nosso problema de estudo, o qual posteriormente viria a ser limitado numa pergunta de partida.

Perspectivar a educação de alunos com multideficiência é um desafio para qualquer professor, a especificidade das suas necessidades educativas requer técnicos com elevado nível de especialização que lhes permitam identificar as suas necessidades, garantindo respostas mais adequadas.

Numa altura em que o Ministério da Educação colocou nas unidades especializadas, técnicos especializados, abriu novas unidades por todo país e começou a atribuir verbas anuais para o seu financiamento, o tema unidades especializadas em multideficiência parece-nos bastante pertinente e actual, mas ao mesmo tempo difícil de investigar por duas razões, por um lado pelo vazio bibliográfico sobre o assunto, por outro lado a dificuldade de não cair na repetição de algo já dito, quando se fala de deficiências físicas, psíquicas ou sensoriais.

5.1. Formulação da Pergunta de Partida

Tem se vindo a assistir nas sociedades desenvolvidas ao nascimento e sobrevivência de crianças portadoras de várias deficiências associadas. Estas crianças são cada vez em maior número, pois graças aos avanços da medicina e da medicação sobrevivem, mesmo quando as suas expectativas de autonomia pessoal/intelectual são reduzidas ou mesmo remotas. Atingem portanto, a idade da adolescência, da juventude, a idade adulta e senão padecerem de doenças orgânicas podem atingir uma longevidade regular, para os padrões actuais.

Actualmente, muitas dessas crianças com multideficiência estão a frequentar a escola, numa unidade de multideficiência ou têm vindo a ser integrados em classes regulares. Em alguns casos essa integração é total, noutras casos ela ocorre por períodos de tempo determinados.

Uma vez que os especialistas em educação reconhecem a necessidade de intervir adequadamente, de implementar uma pedagogia diferenciada que vá de encontro às necessidades educativas de cada aluno, será sem dúvida, extremamente complicado trabalhar com esta população, visto tratar-se de uma problemática que apresenta um quadro complexo e muito específico.

De todos os alunos com NEE, os indivíduos com multideficiência são aqueles que mais problemas têm colocado à proposta da inclusão. São considerados os casos mais profundos e complexos do sistema educativo e os mais difíceis de integrar no ensino regular. Todavia, merecem respeito e tem direito a uma educação adequada às suas capacidades e necessidades.

Foi este desafio que nos motivou para fazer um estudo aprofundado sobre esta problemática com a seguinte pergunta de partida:

“Como funcionam as Unidades de Apoio à Multideficiência no sentido de promover o sucesso educativo dos alunos?”

5.2. Objectivos do Trabalho

Tal como descreve Carreiro da Costa, a prática do ensino desafia a capacidade intelectual, técnica, reflexiva, criativa, do professor para a descoberta de soluções eficazes, de forma a desenvolver capacidades específicas de ensino, de aprendizagem, socioculturais, alcançadas através de um currículo que é conduzido pelo professor e experimentado pelo aluno (2001).

O professor é portador de diversas concepções, crenças, e teorias que distinguem a forma como ele vive o seu quotidiano profissional. Uma das formas de compreender os aspectos pessoais, profissionais e contextuais que influenciam é relacioná-los com a idade e ciclos vitais deste, habitualmente conhecidas como “as fases da carreira do professor” de Huberman (1989).

A partir da sua experiência o professor concebe soluções para os problemas que interpretou como sendo relevantes, simplificando o contexto organizativo das actividades iniciais e privilegiando estruturas organizacionais simples (Doyle, 19981), ajustando as tarefas aos interesses e conhecimentos dos alunos, estratégias que aumentam significativamente o sucesso da aprendizagem de todos os alunos, especialmente dos que apresentam NEE (Winterman e Sapon, 2002; Schoen e Schoen, 2003).

Os professores de Educação Especial conhecem muito bem esta realidade, no seu trabalho diário com as crianças com NEE, que requer uma diversidade de actividades, no sentido, de manter o aluno mais motivado, ajustando-as sempre aos seus interesses e conhecimentos. Tem de implementar estratégias, utilizar e construir materiais pedagógicos que aumentem o sucesso na aprendizagem.

No caso dos alunos com multideficiência, devido às suas graves limitações e à heterogeneidade do grupo, requer um ensino mais funcional e individualizado, contudo, não deixa de ser um desafio diário para um professor.

Da revisão de literatura feita várias interrogações foram surgindo que pretendemos responder na nossa investigação.

- O que são unidades especializadas em multideficiência?
- Quem são as crianças que frequentam estas unidades?
- Quais são os principais objectivos das unidades especializadas?
- Como é implementado o ensino de alunos com multideficiência?
- Quais são as actividades desenvolvidas pelo professor?
- Quem são os intervenientes no processo educativo dos alunos?
- Quais as principais dificuldades dos profissionais que desenvolvem a sua prática pedagógica com esta população?

Ao escolhermos como objecto de estudo as Unidades de Apoio à Multideficiência, pretendemos analisar a sua situação quanto ao funcionamento geral.

Pretendemos alertar ainda todos os profissionais de educação para a existência de crianças com NEE, principalmente as portadoras de multideficiência, que esperam por soluções e respostas adequadas para os seus problemas. Contribuir para promover o desenvolvimento da autonomia pessoal e social destas crianças, conducente a uma integração a nível familiar, comunitário e mais tarde laboral.

5.3. Hipóteses de Pesquisa

Todo o levantamento de hipóteses num trabalho de investigação implica uma reorganização de todo o conhecimento adquirido, através de autores que se debruçam sobre uma determinada temática e das suas publicações, mas também da atitude científica do investigador, que deve ser eminentemente crítica e da sua capacidade de formular questões que permitam apontar questões para outros caminhos. A elaboração de hipóteses representa um papel fundamental na investigação segundo Quivy e Campenhout (1992:111) *“apresentam-se sob a forma de proposições de resposta às perguntas postas pelo investigador”*, referindo ainda que qualquer hipótese *“... confere à investigação um fio condutor particularmente eficaz que, a partir do momento em que ela é formulada, substitui nessa função a pergunta de partida, ainda que esta não seja completamente esquecida”* (1992:120).

Foi a partir da pergunta de partida e das interrogações anteriores que guiou esta investigação, que nos levou à formulação de três grandes questões que pensamos dar resposta ao longo deste trabalho.

- Os docentes estão preparados para desenvolver a sua prática pedagógica com alunos multideficientes, mesmo tratando-se de uma problemática que apresenta um quadro complexo e muito específico;
- A escola é capaz de dar resposta às necessidades da população que frequenta as Unidades de Apoio à Multideficiência, no sentido, de promover o seu sucesso educativo;

- Os encarregados de educação estão satisfeitos com o funcionamento das Unidades de Apoio à Multideficiência dos seus educandos.

No final do estudo, através da análise dos resultados obtidos, verificaremos se estas hipóteses serão confirmadas ou infirmadas.

5.4. Contextualização do Estudo

Tendo como objecto de estudo o funcionamento as unidades especializadas em multideficiência, o nosso estudo teve à partida um alvo de trabalho que se restringiu aos agrupamentos de escolas que têm unidades especializadas em multideficiência, no distrito de Braga. Foi feito o levantamento dos agrupamentos com essas unidades e do número total das unidades. Existem 17 U.A.M., delimitamos assim o campo de estudo às 17 unidades, o universo das unidades especializadas em multideficiência.

Braga é um distrito português, pertencente à província tradicional do Minho. Limita a norte com o Distrito de Viana do Castelo e com Espanha, a leste com o Distrito de Vila Real, a sul com o Distrito do Porto e a oeste com o oceano Atlântico. Este distrito subdivide-se nos seguintes 14 municípios, como podemos verificar na figura.

Mapa do distrito de Braga



Figura nº 3

5.5. Procedimentos Metodológicos

5.5.1. Metodologia

Tendo em conta a exequibilidade deste estudo, como metodologia optámos por um entrosamento de uma metodologia quantitativa e qualitativa, porque pensámos ser a mais adequada à problemática do estudo em questão.

Os processos usados para a obtenção de informação foram de natureza variada, passando por diferentes fases. Assim, para além de uma revisão bibliográfica e pesquisa documental, na qual assentou todo o corpo teórico e conceptual do nosso estudo, foram utilizados outros instrumentos de trabalho que consistiram na realização de visitas a uma U.A.M. da nossa amostra, no sentido, de conhecer esta realidade escolar e de ajuda na estruturação dos nossos questionários e entrevista. Consistiram também na aplicação de dois inquéritos destinados respectivamente aos professores de Educação Especial a exercerem funções nas U.A.M. da nossa amostra e aos Encarregados de Educação dos alunos que frequentam as mesmas unidades, e numa entrevista à coordenadora de Educação Especial a trabalhar na mesma unidade onde foram realizadas nossas visitas.

Na elaboração dos inquéritos tivemos presente a preocupação da não utilização de perguntas que induzissem a respostas determinadas e a garantia do anonimato.

A construção dos inquéritos aos professores centrou-se na situação das unidades especializadas em multideficiência ao nível do seu funcionamento.

A construção dos inquéritos aos encarregados de educação centrou-se num conjunto de itens relativos à escola/unidade para mostrarem o grau de satisfação/insatisfação sobre o funcionamento das unidades especializadas em multideficiência.

Os dados obtidos através da entrevista, da observação participante e dos questionários serão sujeitos a análise de conteúdos e tratamento qualitativo e quantitativo.

5.5.2. População e Amostra

No entender de Bisquerra (1989:81), entende-se por população “*o conjunto de todos os indivíduos sobre os quais se deseja estudar um fenómeno*”. Este estudo incidiu sobre o funcionamento geral das Unidades de Apoio à Multideficiência. Consideramos que as informações pertinentes a esta investigação, seriam emitidas com maior rigor pelos inquiridos por questionários apresentados aos professores e aos encarregados de educação e pela entrevista apresentada a uma professora/coordenadora de Educação Especial a exercer funções pedagógicas numa unidade de multideficiência

Essa amostragem deve ser seleccionada tal como refere Carmo & Ferreira (1998:192), “*de acordo com um ou mais critérios julgados importantes pelo investigador tendo em conta os objectivos do trabalho de investigação que está a realizar*” e “*deverá ser representativa da população em estudo, para que os resultados possam ser generalizados a essa mesma população*” (1998:192).

Com já referimos, a nossa amostra é constituída por 17 U.A.M. sendo 15 unidades do 1º ciclo e 2 do 2º/3º ciclos do Ensino Básico.

Espera-se com o contributo desta amostra obter as respostas para o nosso estudo.

5.5.3. Recolha de Dados

5.5.3.1 Inquiridos aos professores

Este questionário¹ foi aplicado aos professores de Educação Especial a exercerem funções nas unidades de multideficiência no distrito de Braga, que se resumem a 17.

Destas 17 unidades, depois de vários contactos telefónicos e via email efectuados com os presidentes dos conselhos executivos dos agrupamentos, onde foram explicados os objectivos do nosso estudo e pedida a respectiva autorização,

¹ Anexo 1

responderam 13, ou seja cerca de 76,4%, constituindo assim um universo de 22 professores dos quais responderam 20, cerca de 91% e que passam a constituir a nossa amostra.

O questionário é constituído por 17 perguntas (abertas e fechadas), foi elaborado de modo a obter informações sobre as unidades de multideficiência. Assentou em seis tópicos: caracterização profissional e pessoal dos docentes; áreas trabalhadas com os alunos; terapias frequentadas; dificuldades sentidas pelos professores; condições das unidades ao nível de recursos humanos e materiais; adaptações físicas das escolas.

Para verificarmos a nossa hipótese “ Os docentes estão preparados para desenvolver a sua prática pedagógica com alunos multideficientes, mesmo tratando-se de uma problemática que apresenta um quadro complexo e muito específico”, que nos propusemos confirmar ou infirmar, inquirimos a nossa amostra no que concerne a:

- formação Especializada;
- tempo de serviço em Educação Especial;
- experiência anterior na educação de crianças com Multideficiência;
- área mais importante a trabalhar com os alunos;
- áreas mais trabalhadas pelos professores;
- integração nas turmas;
- dificuldades sentidas na realização do trabalho;
- terapias realizadas nas escolas.

Para verificar a nossa hipótese “A escola é capaz de dar resposta às necessidades da população que frequenta as Unidades de Apoio à Multideficiência, no sentido, de promover o seu sucesso educativo”, quisemos verificar se:

- Foram realizadas adaptações físicas nos estabelecimentos de ensino para atender adequadamente as crianças com multideficiência;
- Existem recursos humanos e recursos materiais suficientes na escola para se poder trabalhar adequadamente com os alunos.

5.5.3.2 Inquéritos aos Encarregados de Educação

Este questionário² foi aplicado aos Encarregados de educação dos alunos que frequentam unidades de multideficiência da nossa amostra. É constituído por três questões fechadas, a 1 e 2 são relativas à idade e ao sexo respectivamente, a 3 é composta por 12 itens relativos ao grau de Satisfação ou Insatisfação sobre o funcionamento das Unidades de Apoio à Multideficiência frequentadas pelos seus educandos. Foi-lhes pedido que usassem a seguinte escala.

1 = Muito Insatisfeito 2 = Insatisfeito 3 = Satisfeito 4 = Muito Satisfeito

Dos 79 encarregados de educação apenas 61 nos responderam, ou seja, cerca de 77, 2% e que passam a constituir a nossa amostra.

Para verificar a nossa hipótese “Os encarregados de Educação estão satisfeitos com o funcionamento das unidades de apoio à multideficiência”, inquirimos a nossa amostra sobre o grau de Satisfação ou Insatisfação, relativamente ao funcionamento das Unidades Especializadas de Apoio à Multideficiência, em diversos aspectos:

- Horários de funcionamento da unidade.
- Trabalho desenvolvido.
- Aprendizagens realizadas.
- Terapias frequentadas na escola.
- Integração na turma do regular
- Inclusão educativa.
- Condições físicas da escola.
- Almoço na cantina escolar.
- Transporte utilizado.
- Relação com os professores.
- Relação com os Técnicos.
- Relação com funcionários.

² Anexo 2

5.5.3.3. Entrevista

Como já referimos anteriormente, para além dos inquéritos de que nos servimos na recolha dos dados, utilizámos a técnica da entrevista dirigida a uma coordenadora de Educação Especial de um dos agrupamentos da nossa amostra, a exercer funções numa unidade de multideficiência.

Toda a organização passou por um contacto prévio, efectuado directamente pelo investigador e com o entrevistado, onde para além de serem explicados os objectivos do nosso estudo era marcada a data da entrevista.

Toda a entrevista foi conduzida de forma semi-estruturada³ depois de serem definidas as linhas orientadoras quanto ao seu conteúdo. Estas linhas de orientação tinham em vista obtenção de informação sobre a unidade e um entrosamento com os dados recolhidos através dos inquéritos. A informação recolhida foi sobre a organização do trabalho semanal com os alunos, ou seja, como eram as suas rotinas, que áreas eram trabalhadas e que actividades eram desenvolvidas.

5.5.3.4. Observação participante

A observação participante serviu de apoio à aproximação do objecto de estudo e à estruturação dos nossos questionários. O nosso trabalho de observação decorreu durante duas semanas, sendo uma delas consecutiva. Permitiu-nos um contacto pessoal com as crianças que frequentam uma unidade especializada em multideficiência.

Ao longo do período de observação, registámos de forma descritiva e reflexiva o que considerámos relevante para o nosso estudo, por exemplo: como está organizada a semana de aulas, trabalho desenvolvido, terapias frequentadas, actividades realizadas, integração nas respectivas turmas, condições físicas da escola e da unidade, recursos humanos e recursos materiais.

Fizemos também registos fotográficos dos alunos em diversas actividades em diferentes espaços.

³ Anexo 3

5.6. Apresentação e Análise dos Dados

Como já foi referido anteriormente, a recolha da informação foi realizada por instrumentos diferentes, estes tiveram como objectivo um cruzamento de toda a informação que permitisse uma melhor caracterização contextual e a confirmação ou infirmação das hipóteses.

Para ajudar na análise dos dados as unidades foram codificadas com a letra U e numeradas de 1 a 13, os inquéritos aos professores foram codificados com a letra P e numerados de 1 a 20 e os inquéritos aos encarregados de educação foram codificados com a letra E e numerados de 1 a 61.

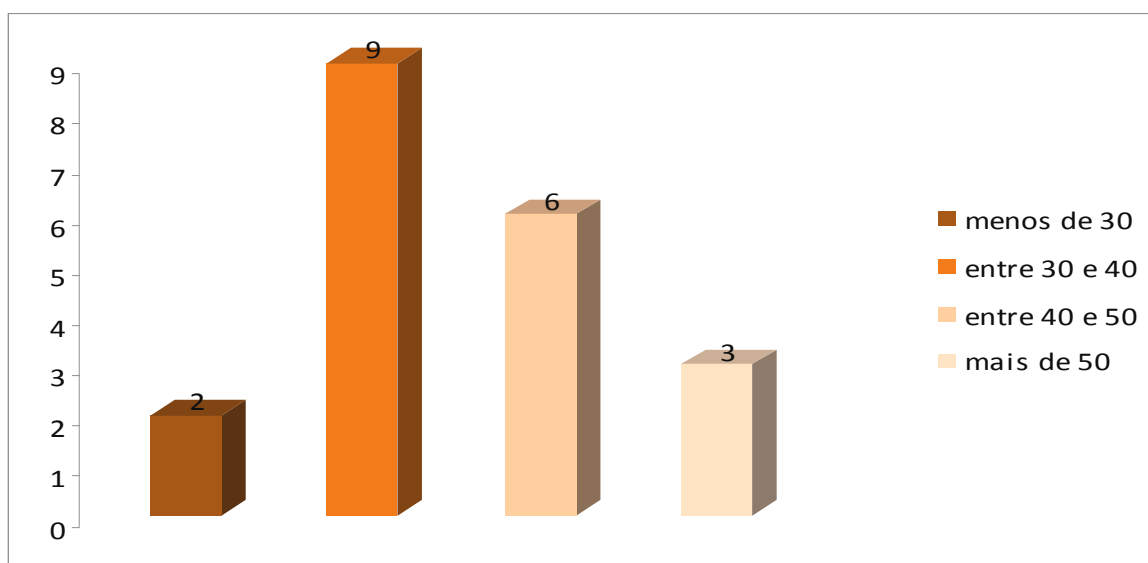
5.6.1. Inquéritos aos professores de Educação Especial colocados nas Unidades de Apoio à Multideficiência

Quadro nº 3 – Concelhos com Unidades de Apoio à Multideficiência

Concelhos
Barcelos
Cabeceiras de Basto
Celorico de Basto
Esposende
Fafe
Guimarães
Póvoa de Lanhoso
Vieira do Minho
Vila Nova de Famalicão
Vizela

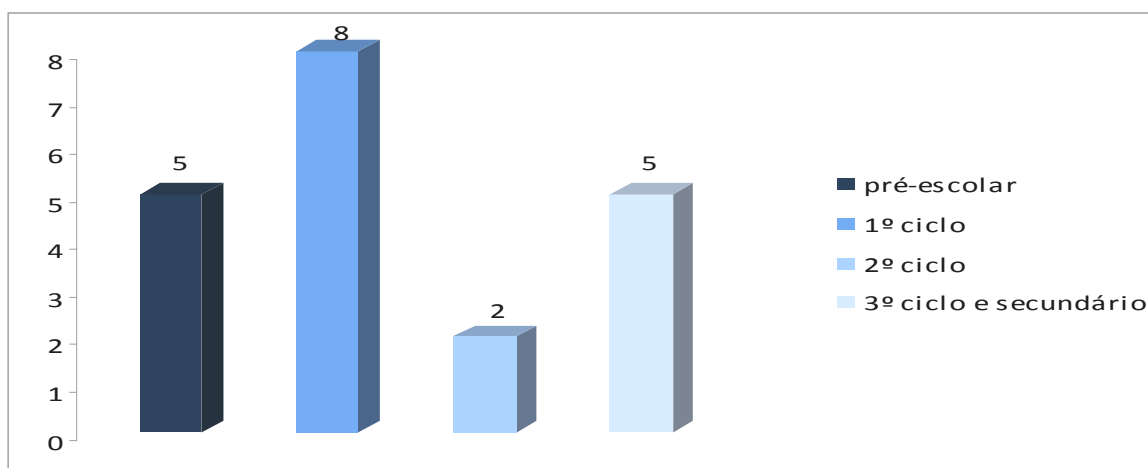
O Quadro nº 1 dá-nos uma visão global dos concelhos do distrito de Braga com as 13 Unidades de Apoio à Multideficiência da nossa amostra. É de salientar que os concelhos de Barcelos, Guimarães e Vila Nova de Famalicão têm mais de uma Unidade de Apoio à Multideficiência.

Gráfico nº 1 – Distribuição dos professores inquiridos quanto à idade



A análise dos dados sobre a idade e sexo retrata um corpo docente exclusivamente feminino, ainda relativamente jovem, situando-se a maioria entre os 30 e 40 anos, correspondendo a 45% do total da nossa amostra, 30% situa-se entre os 40 e 50 anos, 15% com mais de 50 anos e só 10% têm menos de 30 anos.

Gráfico nº 2 – Distribuição dos professores quanto ao grau de Ensino a que pertencem



Relativamente ao grau de ensino a que pertencem, podemos constatar que temos professores de todos os graus de ensino, que vão desde o pré-escolar até ao 3º ciclo e secundário, conforme podemos observar no Gráfico nº 2.

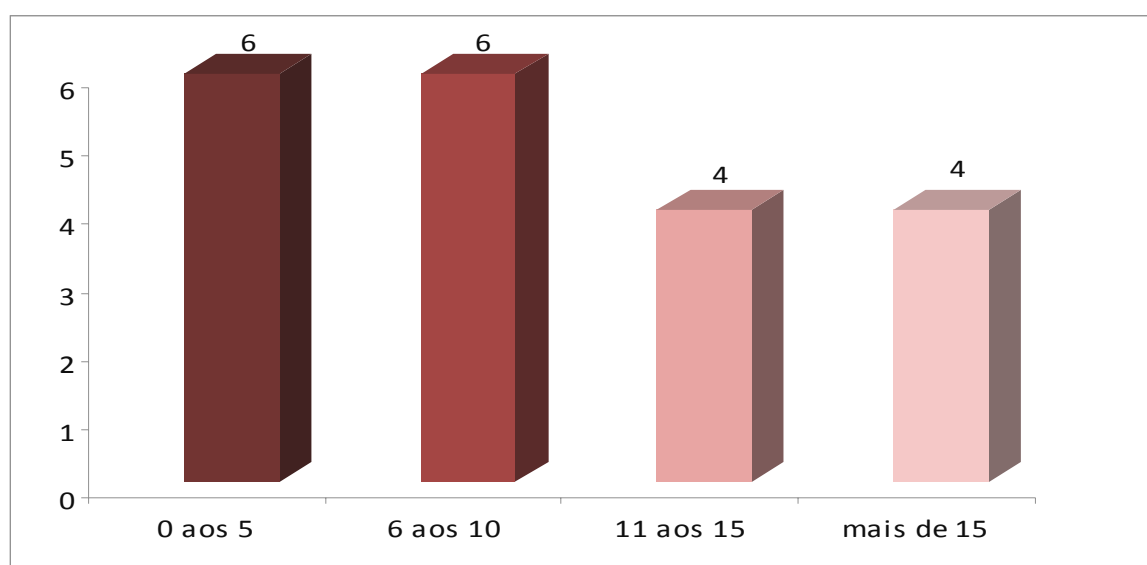
O maior número de professores pertence ao 1º ciclo do ensino básico e corresponde a 40%, 25% pertencem ao pré-escolar e 3º ciclo e secundário, só 10% pertence ao 2º ciclo.

Podemos verificar no Quadro nº 4, que os professores de Educação Especial que trabalham nos U.A.M. apresentam como habilitações profissionais um leque muito variado, sendo a sua maioria professores do 1º ciclo, seguindo-se o curso de Educação de Infância, os restantes cursos são de Português, História, Matemática, Filosofia e Educação Tecnológica.

Quadro nº 4 – Habilitações Profissionais dos professores

Habilitações Profissionais dos professores	
Licenciatura em Educação de Infância	3
Bacharelato em Educação de Infância + especialização em Educação Especial	2
Bacharelato 1º ciclo + CESE em Educação Especial	4
Licenciatura 1º Ciclo	4
Licenciatura em Filosofia	1
Licenciatura em História	2
Licenciatura em Matemática	1
Licenciatura em Português	2
Licenciatura em Educação Tecnológica	1

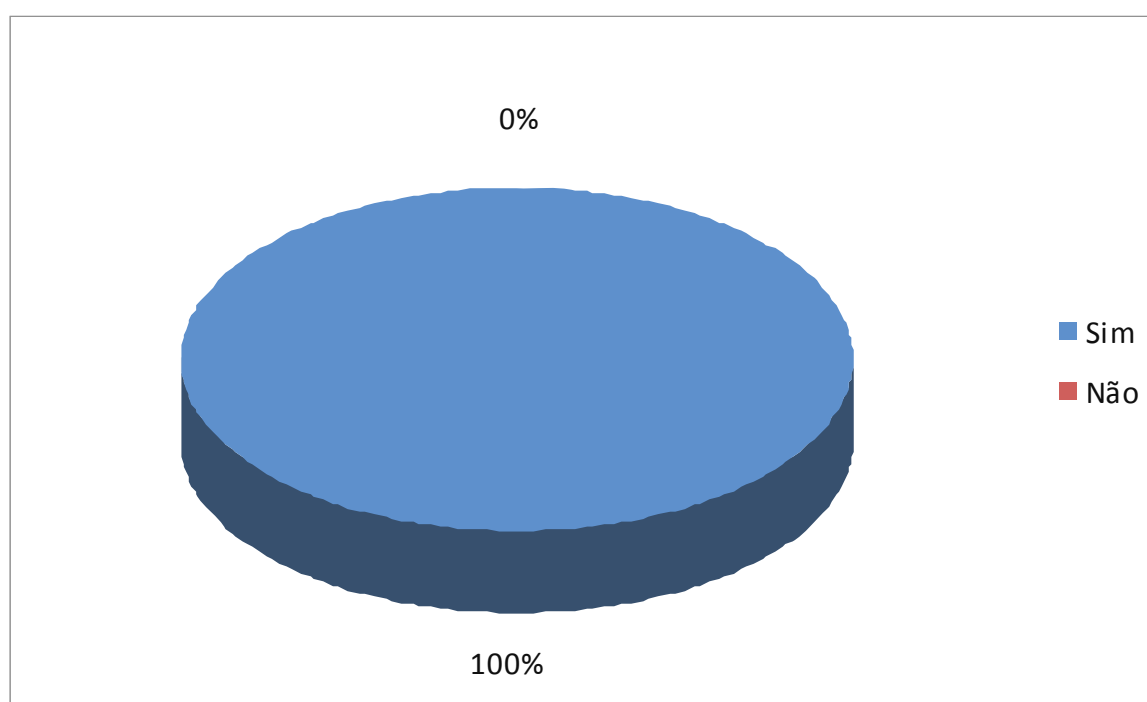
Gráfico nº 3 – Tempo de serviço em Educação Especial



Relativamente ao tempo de serviço em Educação Especial, podemos referir que a maioria dos professores, ou seja, 30% têm entre 0 e 5 anos de serviço em Educação Especial, o mesmo acontece no grupo dos 6 aos 10 anos também com 30%. De igual modo se verifica nos outros dois grupos, dos 11 aos 15 anos e no mais de 15 anos de serviço com 20% respectivamente.

Os resultados permitem-nos concluir que estamos perante um corpo docente com alguma experiência em Educação Especial.

Gráfico nº 4 – Formação Especializada dos Professores



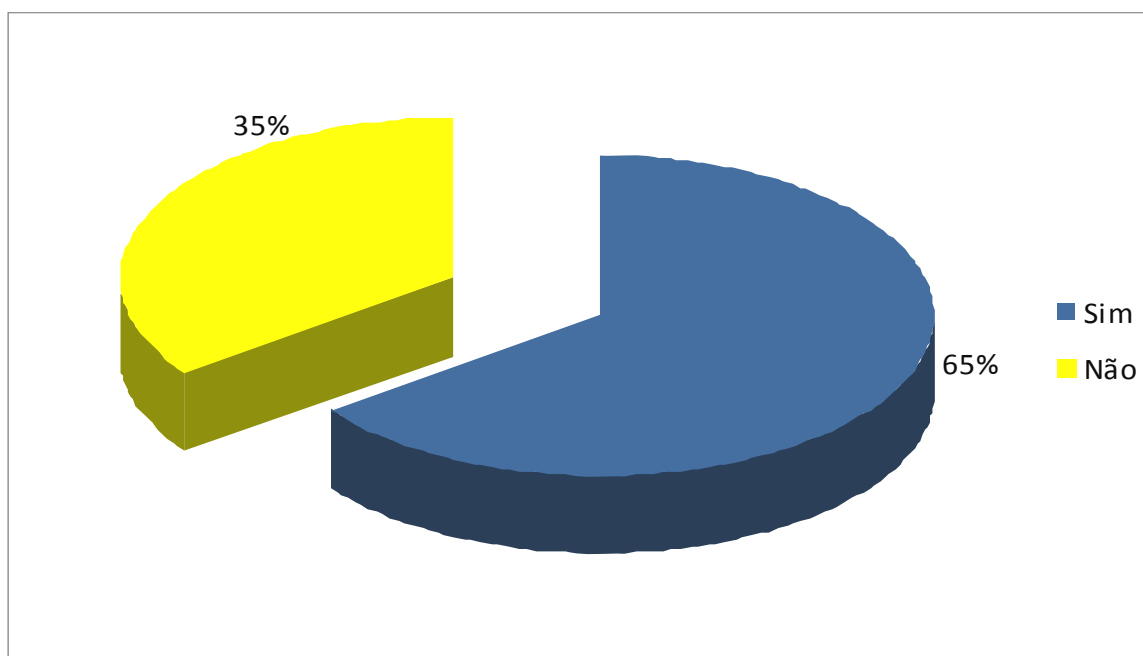
O Gráfico nº 4 e o Quadro nº 5 dão-nos uma perspectiva da situação dos professores de Educação Especial quanto à sua formação, verificámos que a totalidade da nossa amostra é especializada, ou seja, as unidades possuem um corpo docente com formação, que está preparado para desenvolver o seu trabalho junto dos alunos com multideficiência. As especializações destes docentes são em diferentes domínios da Educação Especial, como se pode ver no Quadro nº 5.

Quadro nº 5 – Domínios da Formação Especializada

Domínios da Formação Especializada	
Apoios Educativos	2
Mental /Motor	6
Necessidades Educativas Especiais	1
Limitações no Domínio Cognitivo, Motor e Multideficiência	3
Emocional e Personalidade	3
Educação Especial	2
Cognitivo	2
Não responde	1
Total	20

Quanto aos domínios de formação dos professores, pode-se verificar que a maioria tem formação no domínio Mental/Motor, seguindo-se os domínios Multideficiência e Emocional e Personalidade. Apesar de todos os professores serem especializados, verifica-se que apenas 15% tem formação específica no domínio da Multideficiência.

Gráfico nº 5 – Experiência anterior na educação de crianças com multideficiência



No que se refere a experiência anterior na educação de crianças com multideficiência, 65% dos docentes responderam que têm já experiência anterior

com estas crianças e 35% responderam que não têm experiência anterior na educação de crianças com multideficiência.

O Quadro nº 6 dá-nos uma visão global da distribuição dos alunos com multideficiência nas diversas unidades da nossa amostra.

Quadro nº 6 – Número de alunos com multideficiência por unidade

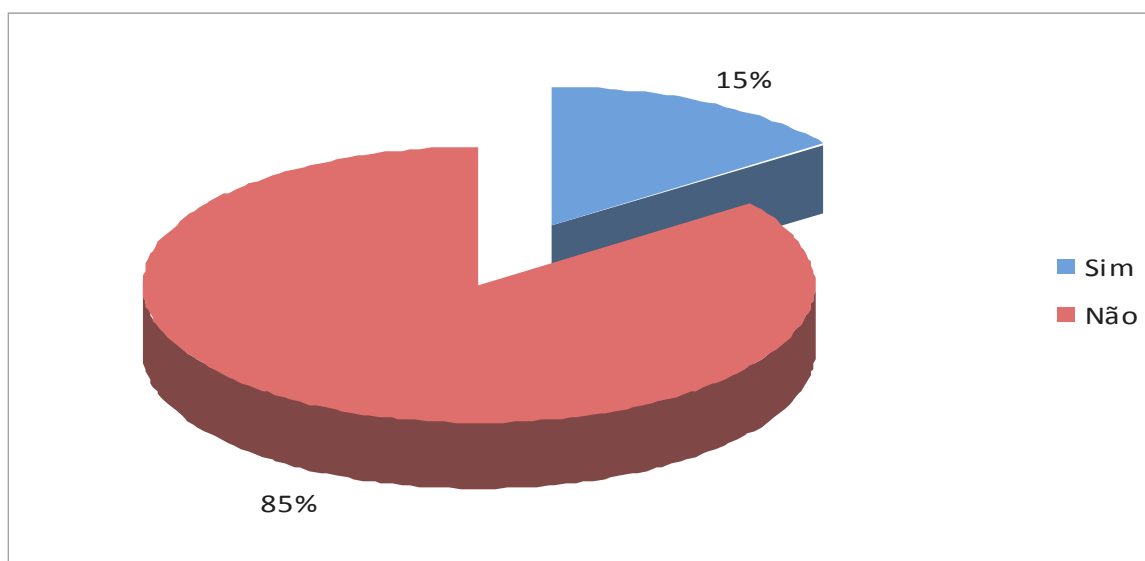
Número de alunos com multideficiência por unidade	
U1	7
U2	8
U3	5
U4	10
U5	4
U6	6
U7	5
U8	2
U9	3
U10	12
U11	6
U12	7
U13	4
Total	79

Num total de 79 alunos distribuídos pelas 13 unidades, pode-se verificar que a U10 e a U4 são as que apresentam maior número de alunos, 12 e 10 respectivamente, as que apresentam menor número de alunos são as U8 com 2 e a U9 com 3 alunos. Pode-se constatar que esta distribuição não é muito homogénea.

A distribuição dos professores⁴ é feita de acordo com o número de alunos, ou seja, existem unidades com 3 professores e unidades com 1 professor.

⁴ Informações recolhidas através da entrevista

Gráfico nº 6 – Formação específica no domínio da Multideficiência



No que concerne à formação específica no domínio da Multideficiência pelos resultados obtidos podemos verificar que 85% dos docentes não têm formação específica no domínio da Multideficiência, apenas 15% dos docentes têm formação nessa área.

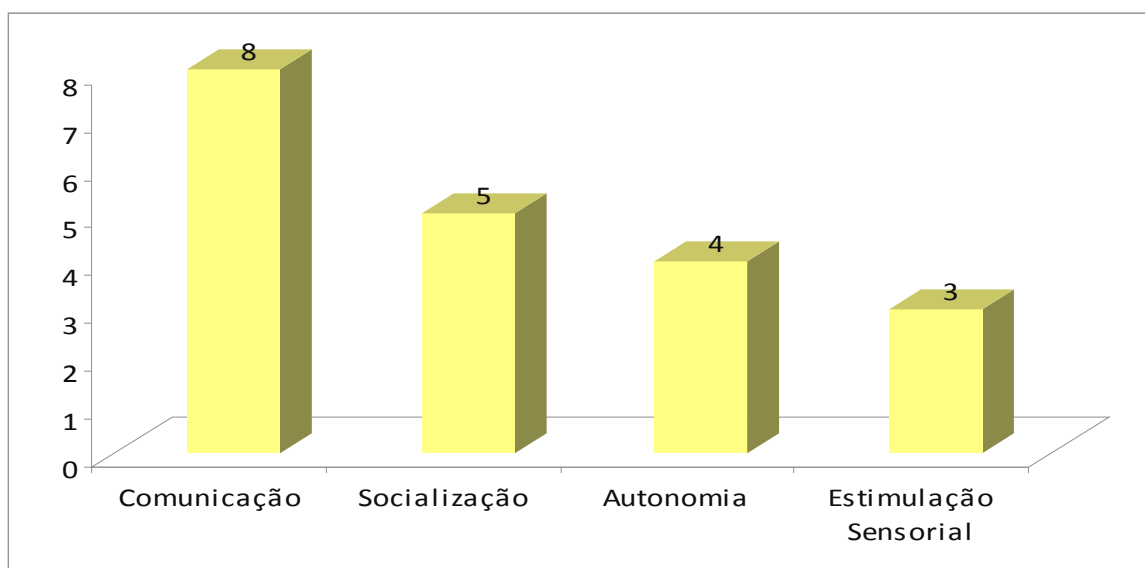
O Quadro abaixo mostra-nos as quatro áreas mais importantes, ordenadas na opinião dos professores inquiridos, sobre a área de maior importância a trabalhar com os alunos com multideficiência.

Quadro nº 7 – Área mais importante a trabalhar com os alunos

Área mais importante a trabalhar com os alunos	
Comunicação	8
Socialização	5
Autonomia	4
Estimulação Sensorial	3
Total	20

Podemos verificar que a área que os professores consideram mais importante para trabalhar com estes alunos é a área da Comunicação.

Gráfico nº 7 – Área mais importante a trabalhar com os alunos



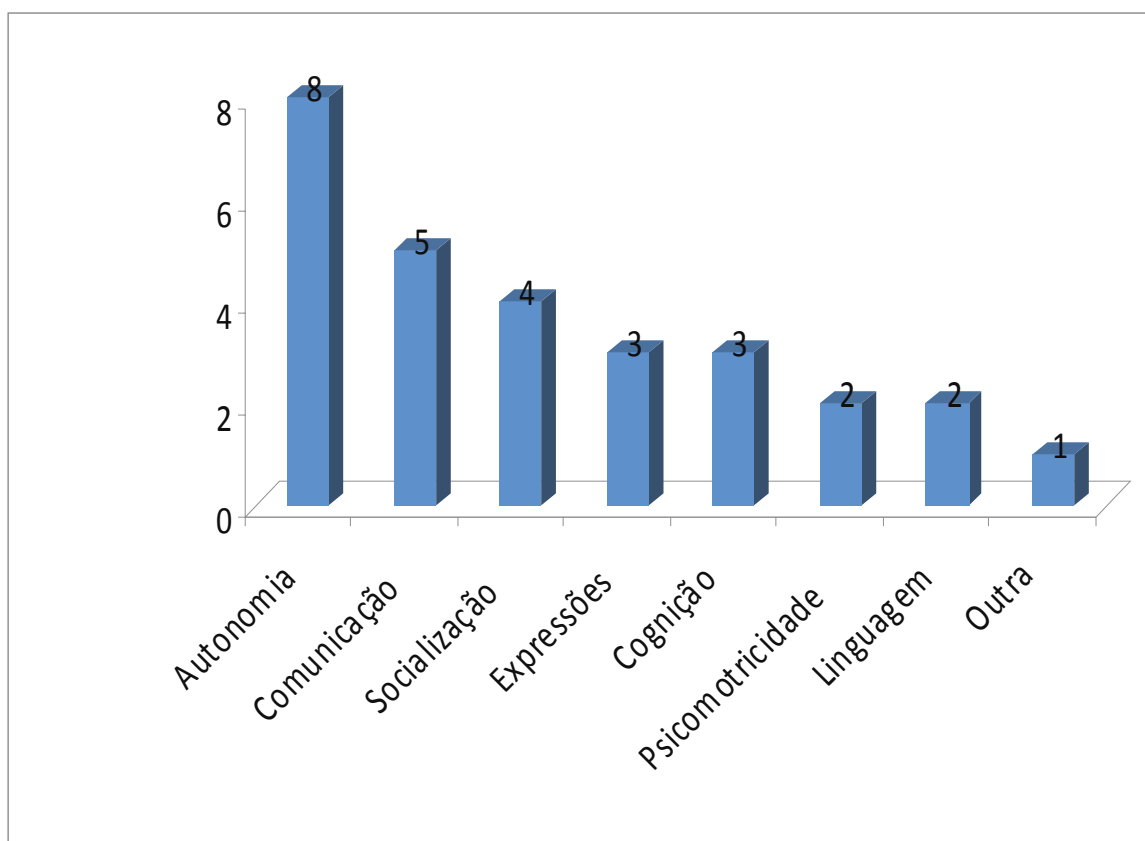
No que refere à área mais importante que deverá ser trabalhada com estes alunos, o Gráfico nº 7 mostra-nos que 40% dos professores privilegia a área da Comunicação, 25% a área da Socialização, 20% a área da Autonomia e 15% a área da Estimulação Sensorial.

Quadro nº 8 – Áreas mais trabalhadas pelos professores

Áreas mais trabalhadas pelos professores	
Comunicação	5
Autonomia	8
Cognição	1
Socialização	4
Expressões	3
Linguagem	2
Psicomotricidade	2
Outra	1
Total	20

Relativamente às áreas mais trabalhadas com os alunos, o Quadro nº 6 mostra-nos que a maioria dos professores inquiridos trabalham a área da Autonomia, seguindo-se a da Comunicação e da Socialização, no Gráfico a seguir podemos ver como ficaram todas as áreas ordenadas.

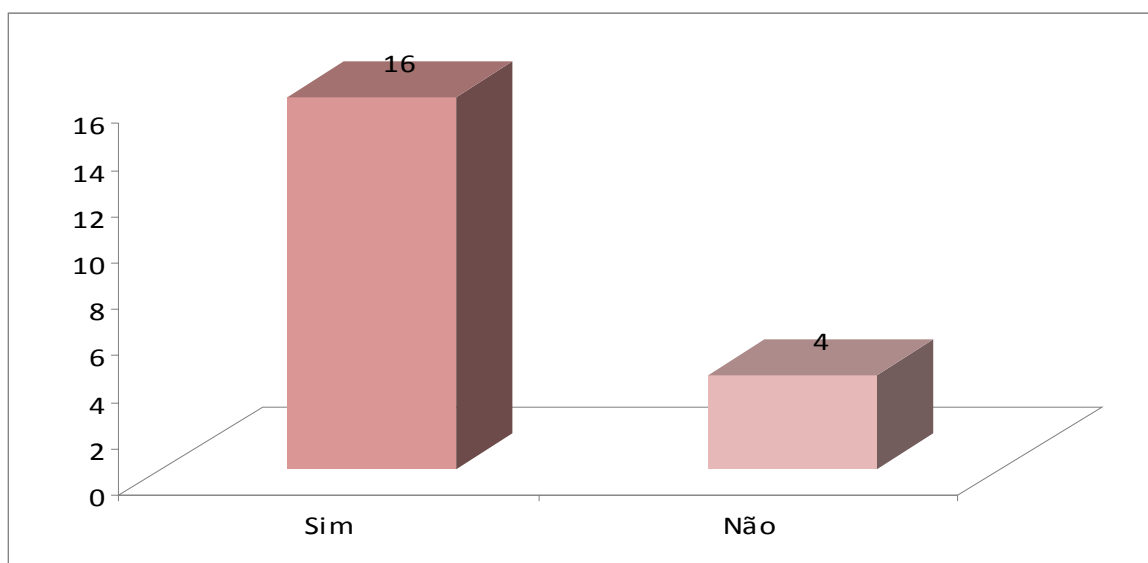
Gráfico nº 8 – Áreas mais trabalhadas pelos professores



Como já verificamos no quadro anterior, as áreas mais trabalhadas são a Autonomia com 28%, a Comunicação com 18%, e a Socialização com 14%, seguindo-se as Expressões e a Cognição com 11%, a Psicomotricidade com 7% e Outra com 4%.

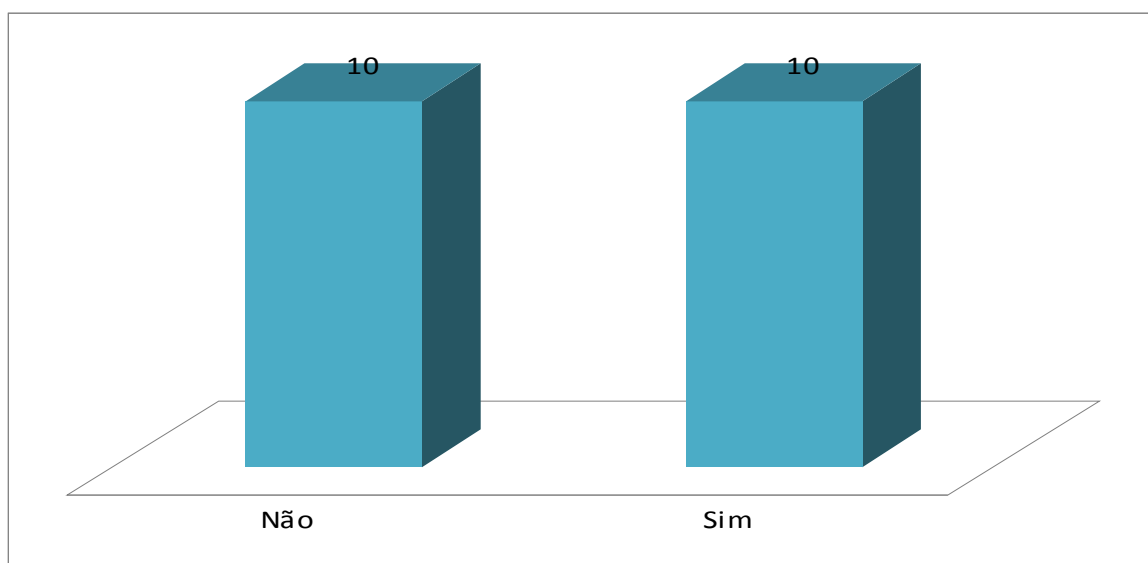
Constatámos que embora a maioria dos professores seja da opinião que a área de maior importância a ser trabalhada com os alunos de multideficiência é a área da Comunicação, verifica-se que não é a que mais trabalham, mas esta vem logo em segundo lugar.

Gráfico nº 9 – Integração dos alunos nas turmas



Pelos resultados obtidos, verificamos que 80% dos alunos fazem integração nas suas turmas, todavia, foi referido por alguns professores que a integração em alguns casos só é possível ser realizada semanal. Verificamos ainda que 20% dos alunos não fazem integração nas turmas, sendo apontados pelos professores os seguintes motivos, a problemática dos alunos e a falta de elevador nas escolas do 1º ciclo.

Gráfico nº 10 – Dificuldades sentidas pelos docentes na realização do trabalho com crianças de multideficiência



Quanto ao nível de dificuldades sentidas pelos docentes na realização do trabalho com crianças de multideficiência, a análise do gráfico mostra-nos que 50% dos professores, ou seja metade, não sentem quaisquer dificuldades na realização do seu trabalho com estas crianças.

Os outros 50% dos professores inquiridos referiram sentir dificuldades na realização do seu trabalho e apontaram as principais dificuldades como: a ausência de linguagem verbal dos alunos, dificuldades em compreender os alunos, falta de recursos materiais e humanos, falta de apoio dos pais e da comunidade.

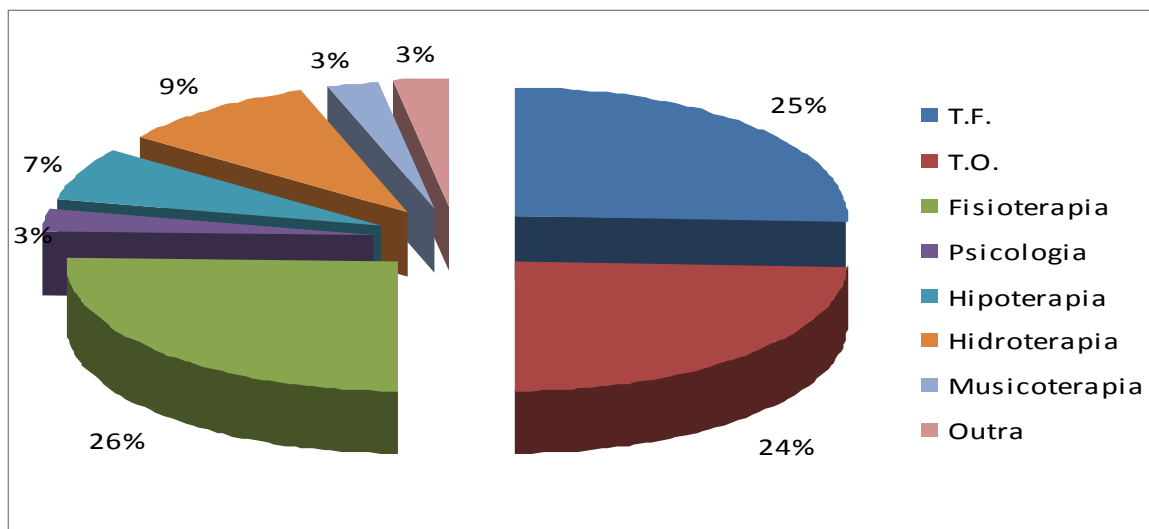
Quadro nº 9 – Terapias realizadas nas escolas

Terapias realizadas nas escolas	
Terapia da Fala	12
Terapia Ocupacional	11
Fisioterapia	12
Psicologia	2
Hipoterapia	5
Hidroterapia	7
Musicoterapia	2
Outra	2

Das 13 unidades da nossa amostra podemos analisar no quadro nº 9 que 12 delas têm Terapeuta da Fala e Fisioterapia, 11 têm Terapeuta Ocupacional, estas terapias são realizadas por técnicas colocadas pela DREN exclusivamente nas unidades de multideficiência.

Há 7 unidades com Hidroterapia, 5 têm Hipoterapia, 2 Psicologia, 2 Musicoterapia e 2 têm outras terapias realizadas nas escolas.

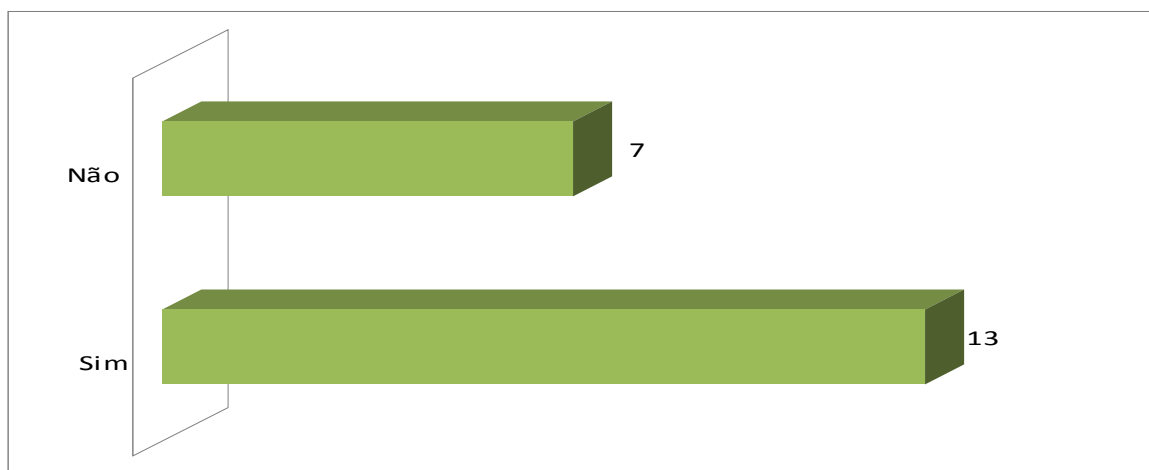
Gráfico nº 11 – Terapias realizadas nas escolas



Podemos observar no Gráfico nº 11 e verificámos que as três principais terapias realizadas nas escolas são Fisioterapia com 26%, Terapia da Fala com 25% e Terapia Ocupacional com 24%, com 9% temos a Hidroterapia, 7% Hipoterapia e com 3% temos Psicologia, Musicoterapia e outra.

Pelos resultados obtidos podemos constatar que cerca de 95% das U.A.M. da nossa amostra têm Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. Estas terapeutas⁵ vão semanalmente às várias unidades da nossa amostra trabalhar com os alunos.

Gráfico nº 12 – Adaptações físicas realizadas nos estabelecimentos de ensino para atender adequadamente as crianças com multideficiência

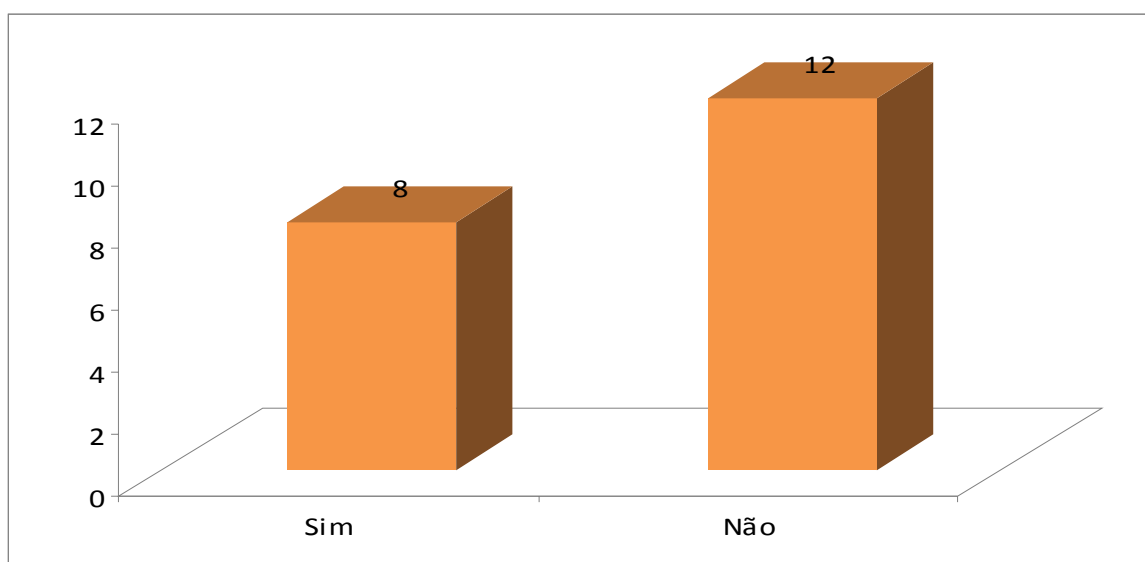


⁵ Informações recolhidas através da entrevista

Dos professores inquiridos, relativamente às adaptações físicas realizadas nos estabelecimentos de ensino para atender adequadamente as crianças com multideficiência, 65% responderam que sim, que as adaptações físicas foram realizadas.

Os professores que responderam não, são 35% e apontaram como principais falhas a falta de rampas para cadeiras, a falta de casas de banho adaptadas, a inexistência de elevadores, a falta de espaços para trabalhar com os alunos e a necessidade de adaptações ao nível da sala da unidade.

Gráfico nº 13 – Recursos humanos e recursos materiais existentes na escola



Relativamente à questão colocada aos professores inquiridos, se dispõem de recursos humanos e recursos materiais suficientes para as necessidades das crianças com quem trabalham, 40% responderam que sim, que dispõem de recursos humanos e materiais suficientes.

Responderam que não 60% ou seja, a maioria dos professores inquiridos apontaram as suas principais necessidades como: falta de Auxiliares da Acção Educativa; falta de espaço; falta de material informático adaptado; recurso a tarefas sem qualquer tipo de formação; falta de material de desgaste e materiais adequados a estas crianças; falta de transportes adaptados para visitas de estudo e falta de apoio do Ministério da Educação.

5.6.2. Entrevista a professora de Unidade de Apoio à Multideficiência

Os dados referentes ao funcionamento diário de uma unidade, foram obtidos através da entrevista realizada a uma professora de Educação Especial a exercer funções pedagógicas numa unidade de multideficiência da nossa amostra e através registos feitos na nossa observação participante. Com estes dados iremos dar resposta a algumas interrogações que foram surgindo no início da nossa investigação.

Os alunos que frequentam esta unidade apresentam problemáticas diversas tais como: Trissomia 21 com características do Espectro do Autismo, Trissomia 21 com graves problemas de saúde associados, Deficiência Auditiva profunda com grave Défice Cognitivo, Síndrome ATR-X doença raríssima e degenerativa, caracterizada pelo grave atraso no desenvolvimento psicomotor, Paralisia Cerebral com quadro de tetraparésia espástica, Paralisia Cerebral estática unilateral e Paralisia Cerebral do tipo atáxico.

Estes alunos chegam à escola diariamente por volta das 9 horas da manhã e regressam a casa por volta das 17.30m da tarde. Esta unidade funciona com duas professoras de Educação Especial, uma Auxiliar da Acção Educativa e duas Tarefeiras, uma no turno da manhã e outra no turno da tarde. As actividades lectivas terminam às 15.30m, mas continuam as actividades não lectivas até às 17.30m, com as funcionárias e com um professor das Actividades de Enriquecimento Curricular.

Verificámos que todo o trabalho desenvolvido é articulado e são vários os intervenientes directos no processo educativo dos alunos, duas professoras de Educação Especial, quatro professoras do ensino regular, um professor das Actividades de Enriquecimento Curricular, a Coordenadora da Educação Especial, Órgão de Gestão, os encarregados de educação, Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala, Terapeuta Ocupacional, professores da Hipoterapia e da Hidroterapia.

Devido à heterogeneidade deste grupo de alunos, verificamos que é praticado preferencialmente um ensino individualizado, não esquecendo o trabalho colectivo.

Podemos constatar também que o trabalho desenvolvido com estes alunos está orientado segundo as suas rotinas diárias e organizado pelos os dias da semana.

Cada dia tem as suas actividades estabelecidas, estas são bastante diversificadas e funcionais, todavia, podem estar sujeitas a alterações, consoante os estados de espírito, disponibilidades e predisposições dos alunos.

Segundo Cripe e Venn, em termos gerais pode afirmar-se que as rotinas são acontecimentos, actividades que se repetem com frequência, que ocorrem com regularidade e geralmente têm um resultado previsível (1997).

Em termos mais específicos, as rotinas são constituídas pela repetição diária de actividades reais (actividades de autonomia, actividades diárias da escola) e nas quais os procedimentos consistentes proporcionam um conjunto de informação previsível que facilita o ensino e a aprendizagem.

O uso das rotinas nas crianças com multideficiência é importante na medida em que as ajudam a compreender o ambiente e lhes transmite sentimentos de segurança. Ajudam também a antecipar o fim de uma actividade que não gostam e a reconhecer o início de uma que gostam.

Nesta unidade à Segunda-feira e Quarta-feira é desenvolvido um trabalho individualizado⁶ com os alunos, pelas professoras da unidade, onde são trabalhadas as áreas do programa educativo individual de cada aluno, nomeadamente, áreas de: Autonomia, Comunicação, Autonomia, Socialização, Expressões, Cognição, Psicomotricidade. À Quarta-feira também são trabalhadas áreas específicas pelas terapeutas⁷.

À Terça-feira e Quinta-feira os alunos deslocam-se a um centro hípico para terem aulas individuais de Hipoterapia⁸ e de Hidroterapia⁹ respectivamente.

A Sexta-feira é o dia destinado para actividades de expressões¹⁰ e é o dia em que a maioria dos alunos faz integração nas turmas.

Todos os dias com estes alunos são realizadas diversas actividades incluindo as actividades da vida diária.

Da observação feita nesta unidade, podemos verificar que as actividades podem ser alteradas, mas que todo o trabalho realizado tem como linha orientadora o quadro das rotinas semanais.

Podemos verificar as rotinas semanais no Quadro nº 10.

⁶ Anexo nº 4

⁷ Anexo nº 5

⁸ Anexo nº 6

⁹ Anexo nº 7

¹⁰ Anexo nº 8

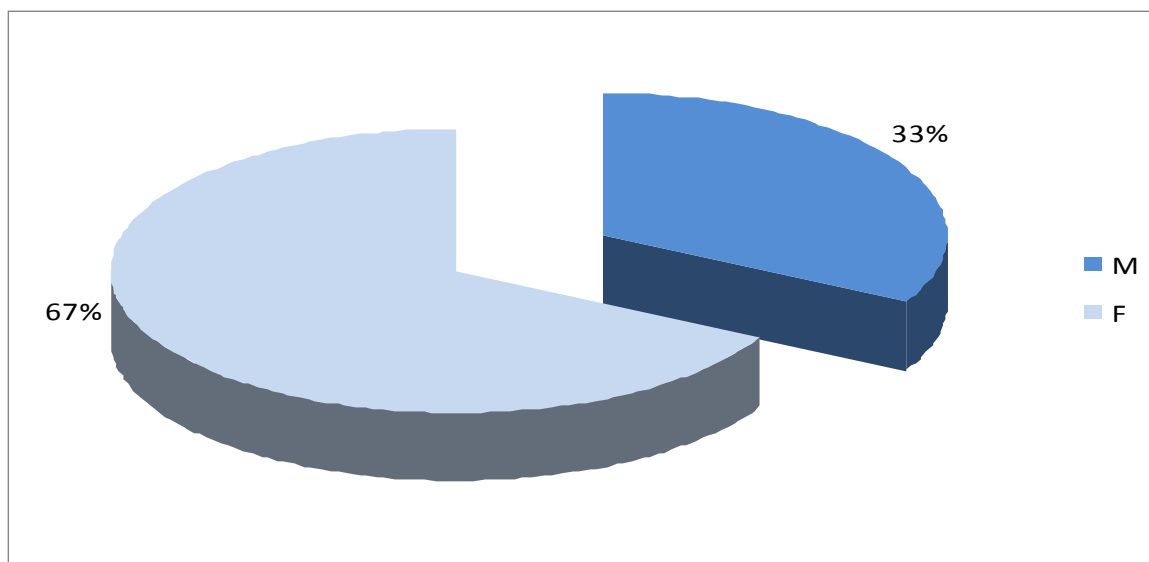
Rotinas semanais

2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
<div> <div>9h</div> <div>MANHÃ</div> <div>13h</div> </div>				
Trabalho individualizado	Hipoterapia	Trabalho individualizado com: Professores Fisioterapeuta	Hidroterapia	Actividades de Expressões
Lanche/recreio		Lanche/recreio		Lanche/recreio
Actividades Livres		Trabalho conjunto: Professores Fisioterapeuta		Actividades de Culinária ou de Jardinagem
Almoço – Trabalho ao nível da Autonomia e da Higiene				
<div> <div>13h</div> <div>TARDE</div> <div>15.30m</div> </div>				
Descanso				
Actividades Expressão Motora Saídas à comunidade local	Actividades de: Música ou Dança ou Teatro	Actividades na biblioteca Apoios: T. F. T.O. Fisioterapeuta	Trabalho individualizado e de grupo Saídas à comunidade local	Integração nas Turmas
<div> <div>15.45m</div> <div>Actividades de Enriquecimento Curricular</div> <div>17.30m</div> </div>				
Expressões Plásticas	Educação Física (adaptada)	Música	Expressão Dramática	Actividades Livres

Quadro nº 10

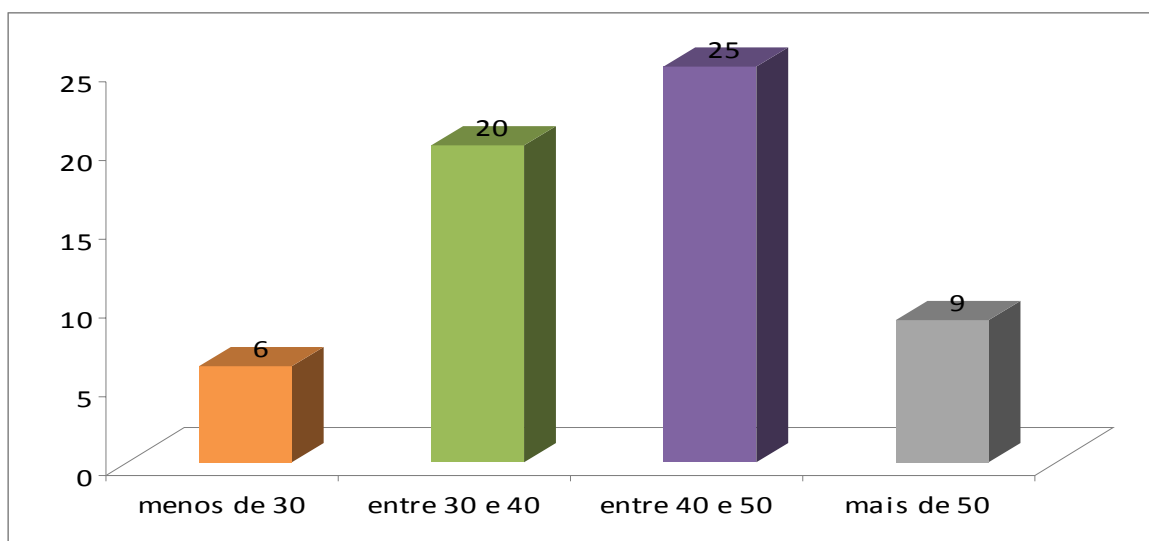
5.6.3 Inquéritos aos Encarregados de Educação dos alunos que frequentam Unidades de Apoio à Multideficiência

Gráfico nº 14 – Distribuição dos Encarregados de Educação por sexo



Relativamente à distribuição dos encarregados de educação por sexo, o Gráfico nº 14 mostra-nos que a maioria dos encarregados de educação são do sexo feminino, 67% e apenas 33% são do sexo masculino.

Gráfico nº 15 – Distribuição dos Encarregados de Educação por idades



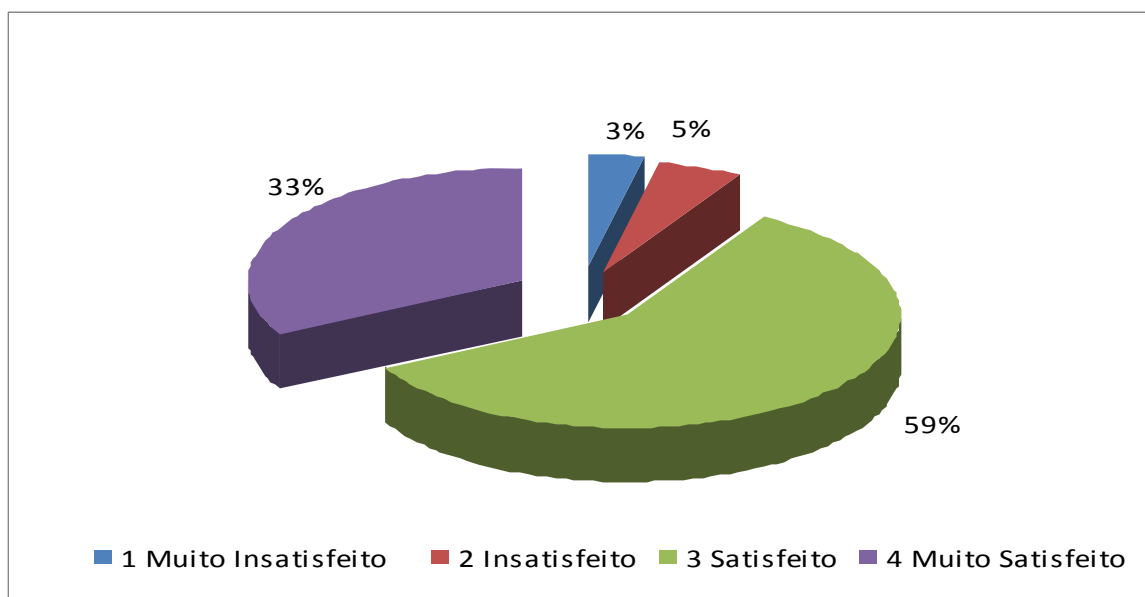
No que concerne à distribuição dos encarregados de educação por idades, podemos verificar que a maioria se situa entre os 40 e 50 anos, correspondendo a 42% do total da nossa amostra, 33% situa-se entre os 30 e 40 anos, 15% têm mais de 50 anos e só 10% dos encarregados de educação apresentam menos de 30 anos de idade.

Foi pedido aos encarregados de educação que indicassem o grau de Satisfação ou Insatisfação relativamente ao funcionamento da Unidade de Apoio à Multideficiência e que circulassem as respostas apropriada nos 12 itens, usando a seguinte escala:

1 = Muito Insatisfeito 2 = Insatisfeito 3 = Satisfeito 4 = Muito Satisfeito

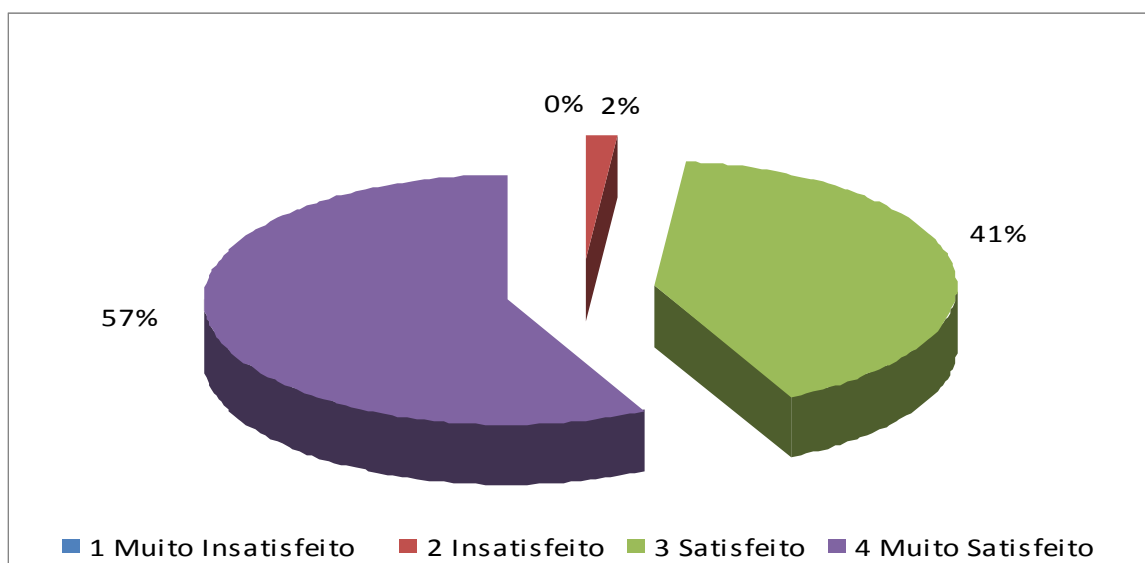
Apresentámos os resultados obtidos para cada um dos itens:

Gráfico nº 16 – Horários de funcionamento das U.A.M.



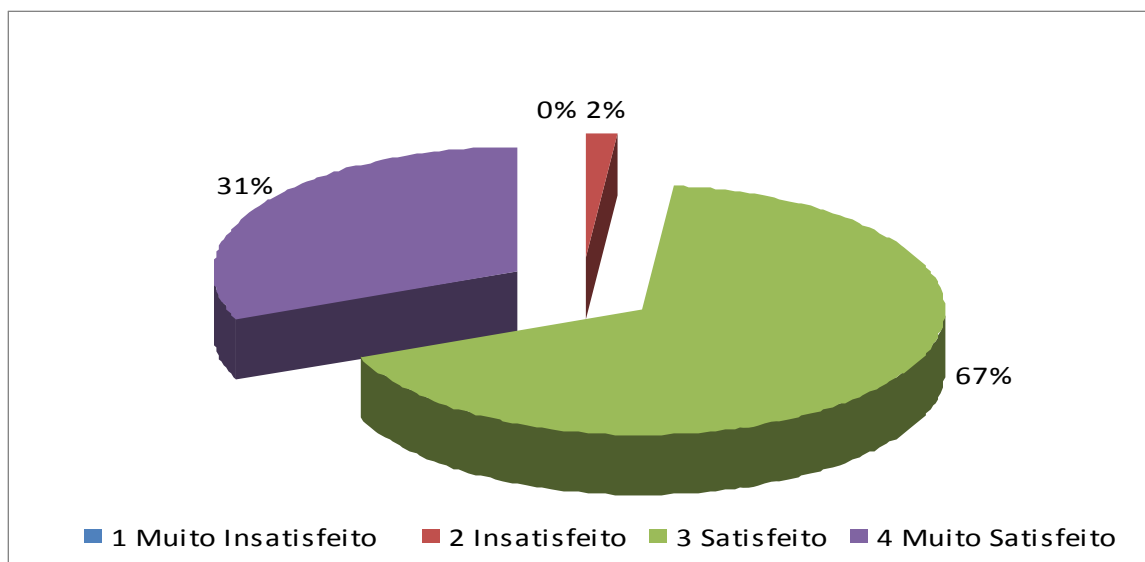
No que diz respeito ao horário de funcionamento das U.A.M. a maioria dos encarregados de educação inquiridos 59% responderam que estão satisfeitos, 33% responderam que estão muito satisfeitos com o horário, 5% responderam que estão insatisfeitos e 3% que estão muito insatisfeitos com o horário.

Gráfico nº 17 – Trabalho desenvolvido com os alunos na escola



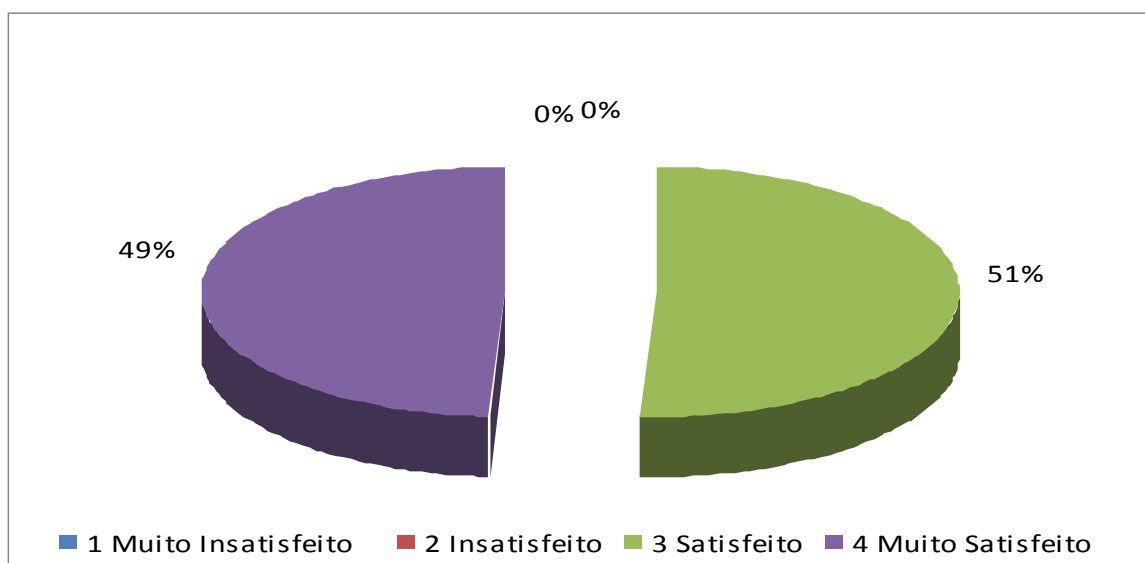
Pela análise do Gráfico nº 17 podemos verificar que 57% dos encarregados de educação, a grande maioria está muito satisfeita com o trabalho desenvolvido na escola com os seus educados, satisfeitos estão 41% e uma pequena percentagem de encarregados de educação 2% estão insatisfeitos.

Gráfico nº 18 – Aprendizagens realizadas pelos alunos



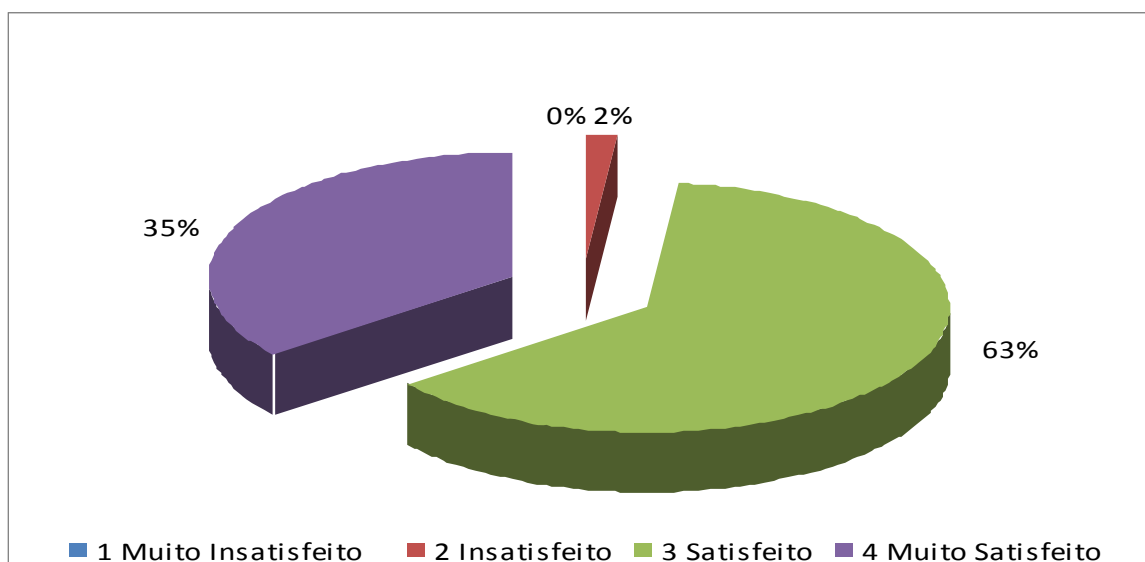
Podemos verificar que a maioria dos encarregados de educação 67% está satisfeita e 31% estão mesmo muito satisfeitos com as aprendizagens realizadas pelos seus educando, só 2% estão insatisfeitos.

Gráfico nº 19 – Terapias frequentadas na escola



Em relação às terapias frequentadas na escola, podemos constatar pelo gráfico acima que as opiniões dos encarregados de educação são bastante equilibradas, 51% estão satisfeitos e 49% estão muito satisfeitos com as terapias frequentadas pelos seus educandos na escola.

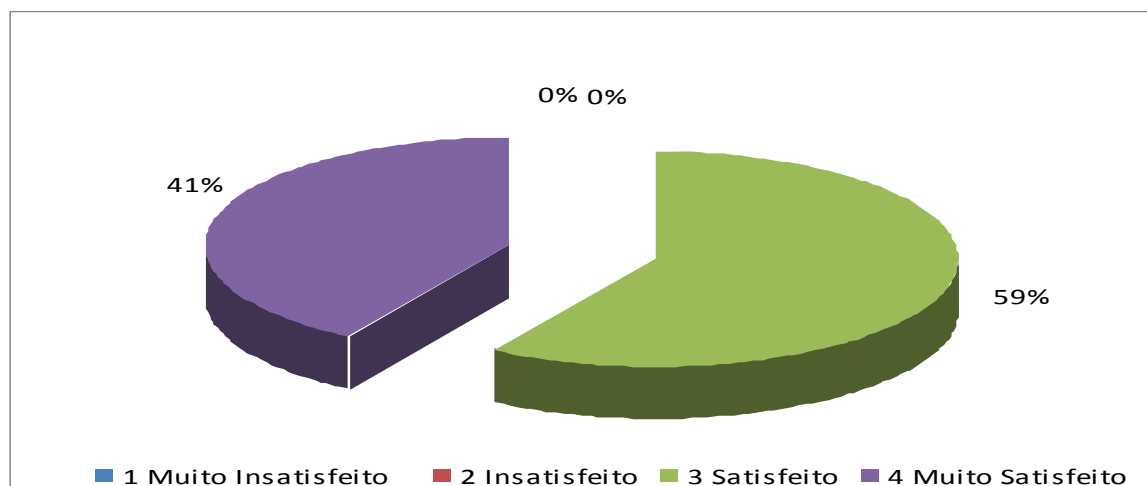
Gráfico nº 20 – Integração na turma do ensino regular



Relativamente à integração dos alunos nas respectivas turmas do ensino regular, 63% dos encarregados de educação estão satisfeitos, 35% estão muito satisfeitos e apenas 2% estão insatisfeitos com a integração nas turmas.

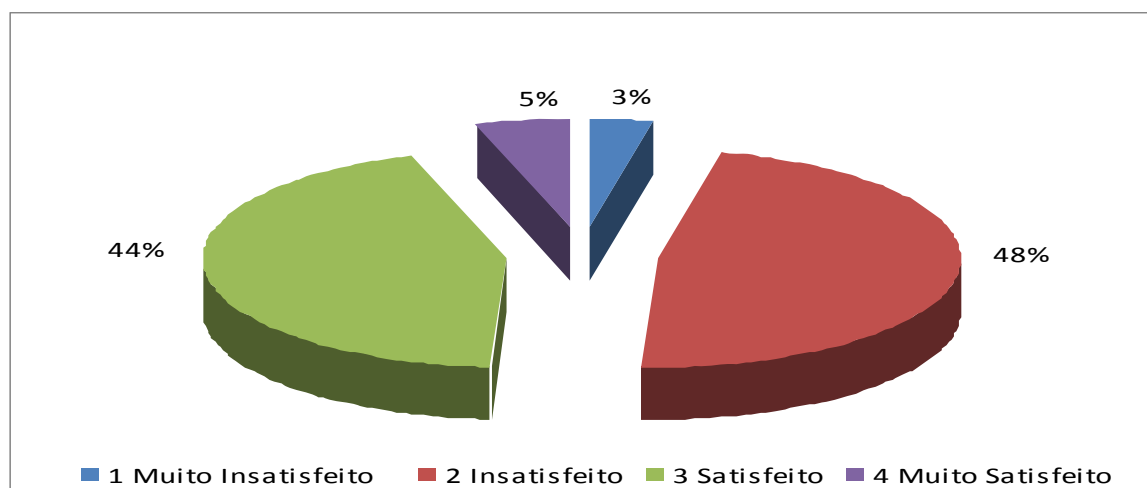
É de referir que neste item alguns pais acrescentaram uma nota que dizia que os seus educandos não faziam integração nas turmas, devido à problemática e à falta de condições da escola para poder ser feita essa integração, contudo, assinalaram o seu grau de satisfação ou de insatisfação.

Gráfico nº 21 – Inclusão Educativa



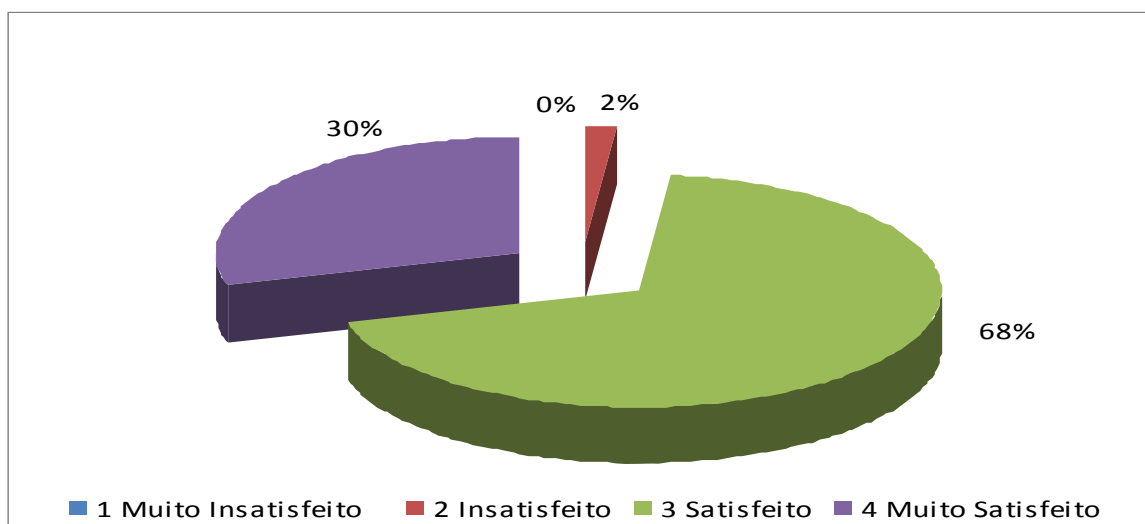
Pela análise do Gráfico nº 21 podemos verificar que 59% a maioria dos encarregados de educação está satisfeita relativamente à inclusão educativa dos seus educandos e 41% mostraram-se mesmo muitos satisfeitos com a inclusão. Podemos concluir que aos encarregados de educação estão satisfeitos com as respostas educativas que a escola proporciona aos seus educandos a este nível.

Gráfico nº 22 – Condições físicas da escola



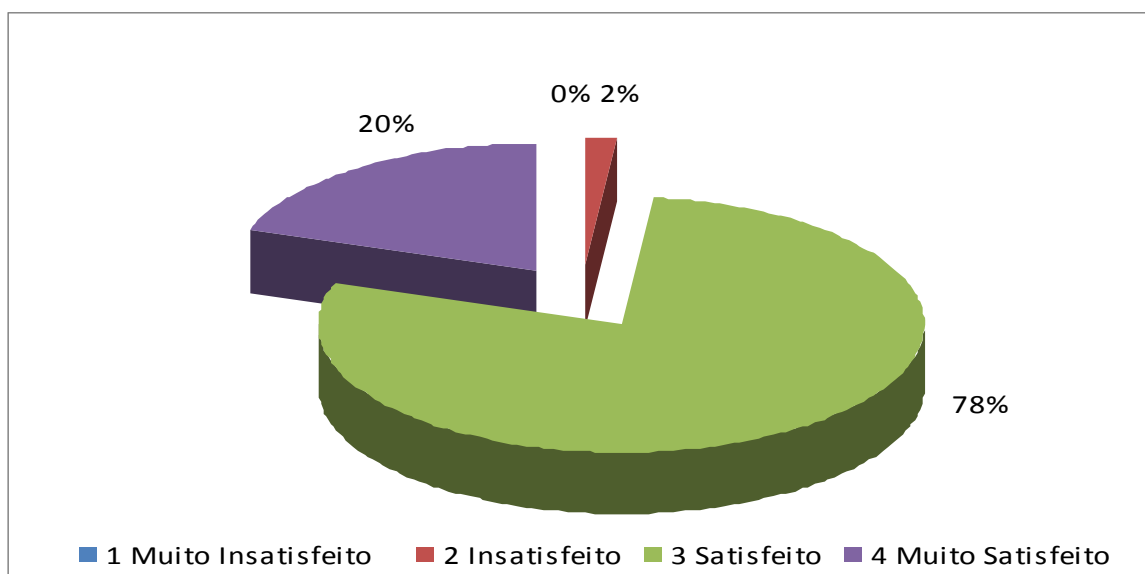
Podemos observar que 48% dos encarregados de educação inquiridos, ou seja a maioria, está insatisfeita, no que se refere, às condições físicas das escolas, 44% responderam que estão satisfeitos, 5% estão muito satisfeitos e 3% se mostraram muito insatisfeitos.

Gráfico nº 23 – Almoço na cantina escolar



Verificámos no Gráfico nº 23 que 68% dos encarregados de educação estão satisfeitos com o almoço nas cantinas escolares, 30% estão muito satisfeitos e uma minoria de 2% dizem-se insatisfeitos.

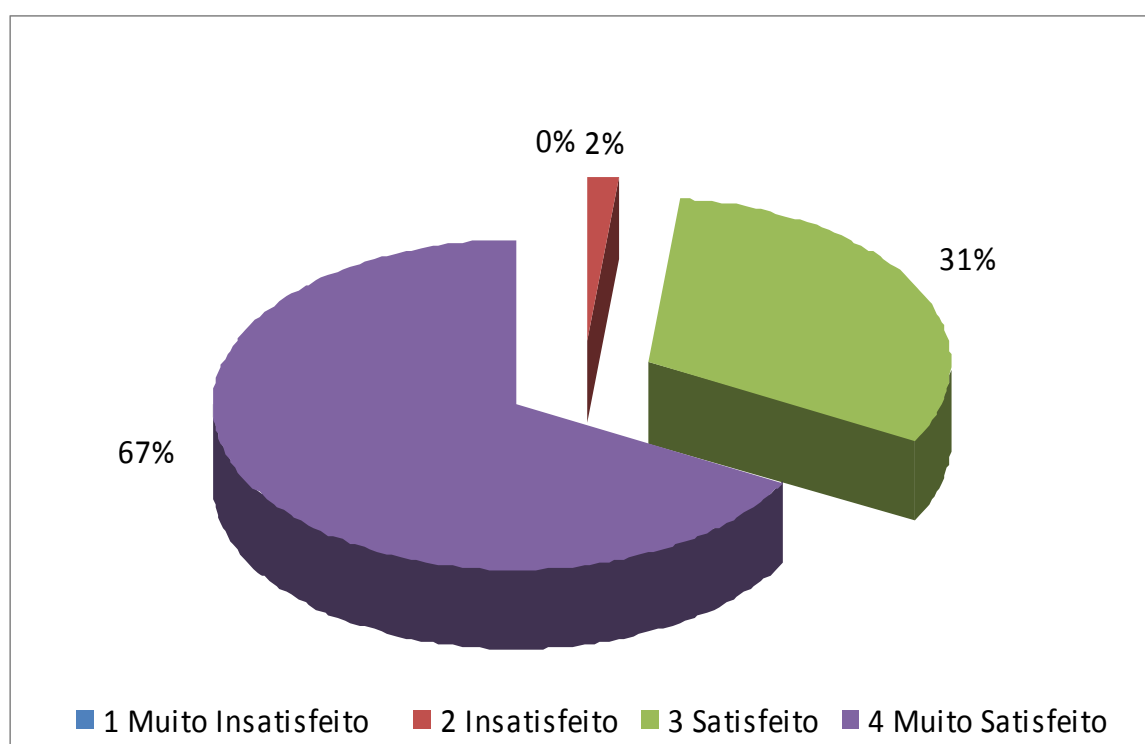
Gráfico nº 24 – Transporte utilizado pelos alunos



A grande maioria dos alunos das U.A.M. devido às suas problemáticas é transportada por ambulâncias⁶. Outros alunos são transportados por táxis e há uma minoria que é ainda transportada por carros particulares.

Observando o gráfico nº 24 verificámos que uma elevada percentagem de encarregados de educação 78% estão satisfeitos com o transporte utilizado pelos seus educandos, 20% estão muito satisfeitos, só 2% se mostraram insatisfeitos.

Gráfico nº 25 – Relação com os Professores

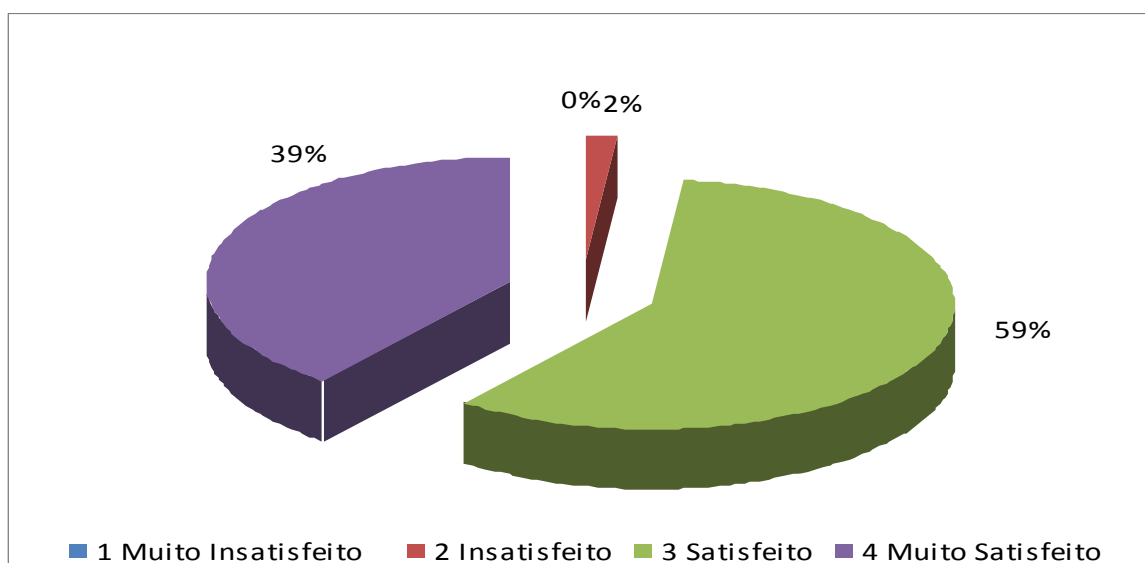


Pela análise do Gráfico nº 25 podemos verificar que existe uma relação muito boa entre os encarregados de educação e os professores das U.A.M.

A grande maioria dos encarregados de educação, ou seja, 67% respondeu que está muito satisfeita com a relação existente, 31% responderam que estão satisfeitos e 2% mostraram-se insatisfeitos com a relação com os professores.

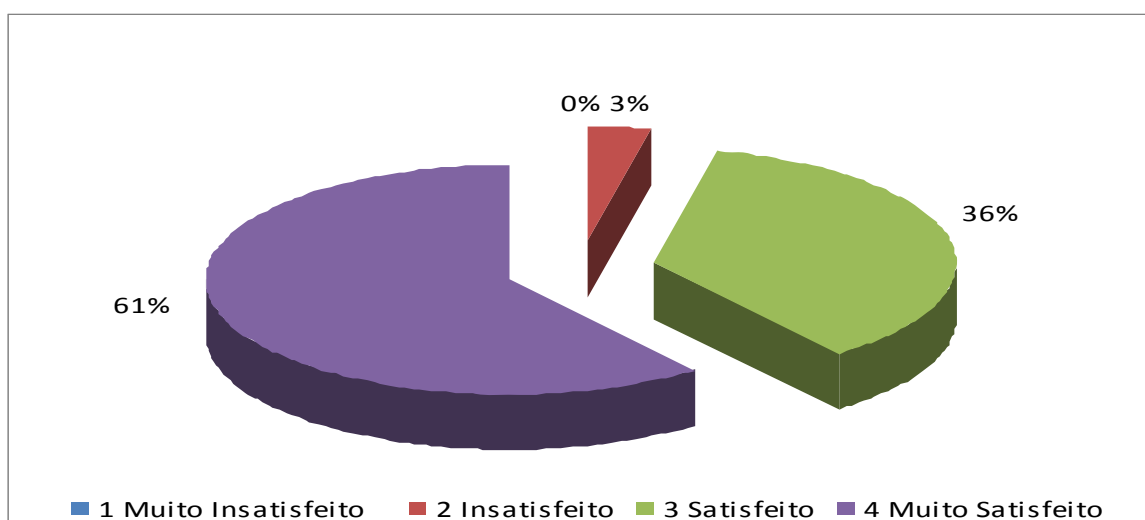
⁶ Informações recolhidas através da entrevista

Gráfico nº 26 – Relação com os Técnicos



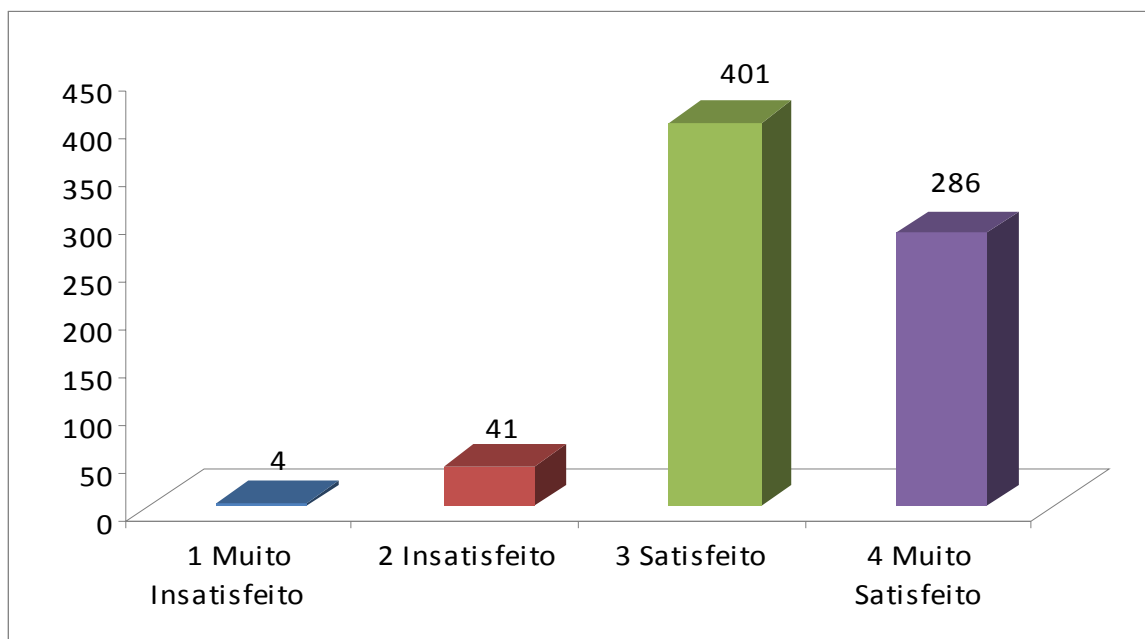
Dos encarregados de educação inquiridos relativamente à relação com técnicos que trabalham com os seus educando na escola, 59% estão satisfeitos, muito satisfeitos estão 39% e 2% estão insatisfeitos com a relação com os técnicos.

Gráfico nº 27 – Relação com os Funcionários



Relativamente à relação dos encarregados de educação com os funcionários verificámos que existe uma relação muito boa, 61% dos encarregados de educação inquiridos responderam que estão muito satisfeitos, 36% que estão satisfeitos e apenas 3% estão insatisfeitos com a relação com os funcionários.

Gráfico nº 28 – Grau de Satisfação/Insatisfação geral dos Encarregados de Educação relativamente ao funcionamento das Unidades de Apoio à Multideficiência dos seus educandos



Com os resultados obtidos, podemos dar uma visão global das opiniões dos encarregados de educação acerca do funcionamento geral das unidades dos seus educandos.

Dos 12 itens que cada um dos 61 encarregados de educação inquiridos responderam, verificámos que a maior parte está satisfeita 54%, mostraram-se muito satisfeitos 39%, insatisfeitos estão 6% e uma percentagem muito baixa de apenas 1% mostraram-se muito insatisfeitos.

Constatámos que a maioria dos encarregados de educação estão satisfeitos com a forma como funcionam as unidades frequentadas pelos seus educandos.

Concluída a análise dos dados, passaremos agora para a discussão dos resultados.

6. Discussão dos Resultados

Perante os resultados podemos verificar que os professores de Educação Especial da nossa amostra são todos do sexo feminino, a maioria situa-se numa faixa etária ainda relativamente jovem, entre os 30 e 40 anos.

No que diz respeito ao grau de ensino a que pertencem, podemos constatar que temos professores de todos os graus de ensino, que vão desde o pré-escolar ao 3º ciclo e secundário, contudo, a grande maioria pertence ao 1º ciclo do Ensino Básico.

Quanto a nossa primeira hipótese, pelos resultados obtidos podemos inferir que a totalidade dos professores da nossa amostra possui especialização e que as especializações são de diferentes domínios. Constatámos que apenas 15% têm formação no domínio da multideficiência, pensámos que será por se tratar de uma especialização ainda recente. Actualmente, as universidades estão a fazer um grande investimento na área da Educação Especial e existe uma grande diversidade nos domínios de formação.

No que concerne à aplicação do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro, as unidades especializadas integrarem docentes com formação especializada em Educação Especial, podemos concluir que está a ser aplicado na íntegra.

Relativamente ao tempo de serviço em de Educação Especial, verificámos que a maioria dos professores se situa entre os 0 e 10 anos de serviço. Já têm alguma experiência neste tipo de ensino e experiência anterior na educação de crianças com multideficiência. Consideram a área de maior importância a ser trabalhada com os alunos, a área da Comunicação e segundo a DGIDC (2008) a Comunicação deve ser a área central do currículo dos alunos com multideficiência. Esta área juntamente com as da Autonomia e Socialização, são as que os professores mais trabalham, isto revela que têm preparação e conhecimentos sobre esta problemática para desenvolver a sua prática pedagógica com estes alunos.

Da análise dos dados verificámos que a totalidade das unidades da nossa amostra têm três terapias realizadas nas escolas, são Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional. Estas terapias são semanais e realizadas pelas terapeutas⁵ colocadas nas unidades pela DREN. Pensámos que estas terapias são de extrema importância para os alunos, mas na prática não estão a funcionar, porque o tempo semanal para cada aluno é muito pouco, cerca de 45 minutos individual e 45 minutos em grupo, assim, dificilmente se verificarão progressos. A DREN terá que fazer uma avaliação destas terapias para posteriormente se fazerem melhorias a este nível.

Pelos resultados obtidos podemos afirmar que na grande maioria as unidades da nossa amostra os alunos fazem integração nas turmas.

O Artigo 26º do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro, diz que deve ser promovida a participação dos alunos com multideficiência nas actividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem, todavia, foi referido por alguns professores e confrontado com os dados obtidos na entrevista, que um pequeno número alunos não faz integração nas turmas, por dois motivos, a problemática e a falta de elevador na escola. Ou seja, há alunos que frequentam as unidades por exemplo, Paralisia cerebral com quadro de tetraparésia espástica em que não é viável fazer esta integração.

As escolas do 1º ciclo ao não oferecem condições para que os alunos de cadeiras de rodas possam fazer integração nas turmas, se as salas se situarem no 1º andar, estão a limitam a integração,

Quanto ao nível de dificuldades sentidas pelos docentes na realização do trabalho com crianças de multideficiência, verificamos que metades dos professores inquiridos não revelaram quaisquer dificuldades na realização do seu trabalho com estas crianças. Constatámos que estes professores eram essencialmente os que tinham mais tempo de serviço em Educação Especial e mais experiência com estas crianças.

A nossa professora entrevistada e outra metade dos professores da nossa amostra referiram sentir algumas dificuldades e apontaram as principais como: a

⁵ Informações recolhidas através da entrevista

ausência de linguagem verbal dos alunos, dificuldades em compreendê-los e atendê-los da melhor maneira, falta de recursos humanos e recursos materiais, falta de espaço, de orientações e de apoios da DREN e ainda falta de apoio dos pais e da comunidade. Podemos referir que os professores se deparam diariamente com problemas na realização do seu trabalho com estes alunos.

Relativamente à nossa segunda hipótese, dos resultados obtidos no que se refere às adaptações físicas realizadas nos estabelecimentos de ensino, para atender adequadamente as crianças com multideficiência, podemos afirmar que a maioria das escolas sofreu adaptações, essencialmente ao nível de rampas e casas de banho adaptadas. Todavia essas adaptações não foram suficientes, os professores apontaram como falhas a inexistência de elevadores nas escolas do 1º ciclo, só existem nas duas unidades das EB2,3 da nossa amostra e a falta de espaços nas escolas e nas salas para trabalhar.

Pensámos que o Ministério da Educação deveria ter feito um projecto para estas unidades, a partir dos objectivos das normas orientadoras das unidades especializadas em multideficiência, que contemplasse não só todo o tipo de adaptações necessárias mas também o espaço das aprendizagens.

Constatámos que as escolas não reúnem as condições necessárias para receberem alunos com estas problemáticas.

No que se refere à existência de recursos humanos e materiais suficientes para as necessidades das crianças, a maior parte dos professores referiram que não dispõem de recursos suficientes e apontaram as suas principais necessidades como:

Auxiliares da Acção Educativa;
espaço para trabalhar;
software informático adaptado;
material didáctico adaptado
material de desgaste;
transportes adaptados para visitas de estudo;
apoio da DREN e do Ministério da Educação.

Verificámos que a maioria das unidades apresenta muitas carências ao nível de recursos humanos e de recursos materiais e estes recursos são primordiais para que se possa dar as respostas educativas mais adequadas as estas crianças.

Sabemos que as unidades especializadas deverão obedecer a três pressupostos básicos: as respostas educativas têm de se adequar à especificidade de cada aluno, a comunicação é o eixo central de toda a intervenção e a aprendizagem deve centrar-se em experiências da vida real. Contudo, torna-se muito difícil desenvolver um trabalho tão específico com estas crianças, sem condições adequadas às suas problemáticas.

Cabe às escolas apetrechar as unidades com equipamentos essenciais às necessidades específicas dos alunos com multideficiência e introduzir as modificações nos espaços e mobiliário que se mostrem necessárias face às metodologias e técnicas a implementar, para adequar os recursos às necessidades dos alunos.

A nossa pesquisa permitiu-nos concluir que existe uma grande diferença entre o que se pretende com as unidades especializadas e o que é possível ser feito, com os recursos existentes.

Relativamente aos encarregados de educação da nossa amostra, verificámos que têm idades compreendidas entre os 40 e 50 anos, constatámos que a grande maioria é do sexo feminino, uma das razões poderá estar relacionada com o facto de uma grande parte das mães destes alunos não trabalharem, devido às problemáticas dos filhos.

No que concerne à nossa última hipótese, pelos resultados obtidos num total de 732 respostas dos nossos inquiridos, 401 respostas mostraram-se satisfeitos com o funcionamento das unidades de apoio à multideficiência, 286 mostraram-se muito satisfeitos, 41 insatisfeitos e apenas 4, uma pequena minoria se mostrou muito insatisfeita.

Podemos concluir que de uma maneira geral, os encarregados de educação estão satisfeitos com o funcionamento das unidades dos seus educandos. Esta

satisfação poderá estar relacionada com a oportunidade de estas crianças mesmo com muitas limitações também frequentarem a escola, o que não se verificava alguns anos atrás e com facto de estas unidades serem uma mais valia para estes pais, na medida em que podem ter uma vida profissional normal.

Consideramos ter finalizado a análise de toda a informação recolhida, ao longo deste trabalho de investigação, o que nos permitirá agora, realizar as conclusões finais.

CONCLUSÃO

O nosso trabalho focalizado nas unidades especializadas em multideficiência permitiu-nos conhecer de uma forma aprofundada esta problemática, caracterizar os docentes envolvidos na educação desta população, verificar as áreas mais trabalhadas e as actividades desenvolvidas, identificar as principais necessidades e dificuldades sentidas por estes docentes. Permitiu-nos ainda saber como funcionam estas unidades, verificar se escola é capaz de dar resposta às necessidades destas crianças e finalmente, demonstrar se os encarregados de educação estão satisfeitos da forma como funcionam estas unidades.

Dos resultados obtidos salientam-se os aspectos que se afiguram mais significativos e sobre os quais importa apresentar as seguintes conclusões.

De um modo geral, podemos inferir que os docentes estão preparados para desenvolver a sua prática pedagógica com alunos multideficientes, pois a totalidade dos professores da nossa amostra possui especialização e já têm alguma experiência quer na área da Educação Especial, quer na educação de crianças com multideficiência.

Relativamente às áreas mais trabalhadas, a maioria dos professores considera a área da Comunicação a de maior importância a ser trabalhada com alunos com esta problemática, por se verificar a ausência de linguagem verbal na maior parte deles. A área da Comunicação, a área da Autonomia, da Socialização e das Expressões, são as áreas que os professores mais trabalham com os alunos.

Quanto à integração dos alunos nas turmas, os dados permitem-nos verificar que na grande maioria das unidades da nossa amostra os alunos fazem integração. Esta integração é parcial, em alguns casos devido à problemática dos alunos são os colegas das turmas que se deslocam às salas das unidades.

Constatámos que um pequeno número alunos não faz integração, devido à falta de elevador na escola, impedindo principalmente, os alunos com cadeiras de rodas de ter acesso às salas do 1º piso.

Quanto ao nível de dificuldades sentidas pelos docentes na realização do trabalho com estas crianças, verificámos que metades dos professores da nossa amostra não revelaram quaisquer dificuldades na realização do seu trabalho.

A outra metade dos professores sente algumas dificuldades, nomeadamente, na ausência de linguagem verbal na maioria dos alunos o que dificulta todo o processo comunicativo, na falta de recursos humanos e recursos materiais, na falta de orientações pedagógicas e de apoio por parte da DREN, na pouca participação dos pais na escola e na falta de apoio da comunidade, principalmente ao nível de transportes adaptados, uma vez que as aprendizagem destes alunos são baseadas em vivência reais.

No que diz respeito às terapias realizadas na escola, verificámos que a totalidade das unidades do nosso estudo tem três terapeutas, Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala e Terapeuta Ocupacional. Estas terapeutas foram colocadas nas unidades pela DREN, pelo segundo ano consecutivo e deslocam-se às unidades semanalmente para realizarem as terapias aos alunos.

Pensámos que desta forma os progressos destes alunos serão poucos porque estes apoios são muito espaçados. Para se conseguir resultados positivos com estas crianças, terá que ser desenvolvido um trabalho mais consistente e contínuo.

Além destas terapias algumas unidades têm outras como, Hidroterapia, Hipoterapia, Psicologia, Musicoterapia, estas funcionam através de protocolos de parcerias realizados entre os agrupamentos de escolas e autarquias ou Instituições.

Relativamente às adaptações físicas realizadas nos estabelecimentos de ensino para atender adequadamente as crianças com multideficiência, podemos verificar que a maioria das escolas sofreram adaptações, essencialmente ao nível de rampas e de casas de banho adaptadas. Mas constatámos que essas adaptações não são suficientes, existem ainda bastantes falhas a este nível tais como: a

inexistência de elevadores nas escolas do 1º ciclo, o que limita o acesso de muitos alunos às turmas, a falta de espaços nas escolas para trabalhar com os alunos e principalmente a falta de espaço e necessidade de adaptações ao nível das salas das unidades. Verificámos que estas salas, são salas de aulas normais, não sofreram quaisquer adaptações e não reúnem as condições para se trabalhar com alunos de multideficiência.

Quanto à existência de recursos humanos e materiais suficientes para as necessidades das crianças, os dados permitem verificar que a maioria dos professores da nossa amostra não dispõe de recursos suficientes para desenvolver o seu trabalho com os alunos.

Relativamente a recursos humanos, faltam Auxiliares da Acção Educativa e existem unidades a funcionar com recurso a tarefeiras, sem qualquer tipo experiência ou de formação na área.

Ao nível dos recursos materiais verificaram-se bastantes falhas tais como, falta de material didáctico adaptado, software informático adaptado, material audiovisual e ainda falta de material de desgaste.

No que concerne aos encarregados de educação, podemos concluir que de uma maneira geral, os encarregados de educação estão satisfeitos com o funcionamento das unidades dos seus educandos. Alguns mostraram-se mesmo muito satisfeitos em relação ao trabalho desenvolvido com os seus educandos e à existência de uma boa relação com professores e funcionários. Porém, mostraram a sua insatisfação sobre um item, este relativo às Condições físicas da escola.

De uma maneira global os dados são unânimes em afirmar que professores e encarregados estão descontentes em relação às condições física das escolas, no que se refere à falta de espaços nas escolas para trabalhar com os alunos e principalmente à falta de espaço nas salas das unidades.

A nossa pesquisa permitiu verificar que de um modo geral, as Unidades de Apoio à Multideficiência funcionam bem e que os encarregados de educação estão satisfeitos com este funcionamento.

No entanto, verificamos que os professores se confrontam com alguns problemas graves, como a falta de recursos humanos e recursos materiais, a falta de espaço, a falta de apoio da DREN e da comunidade. Estes problemas são sentidos no dia a dia e limitam todo o trabalho com os alunos.

Só com um grande empenho, os professores conseguem que as unidades funcionem bem e que os encarregados de educação estejam satisfeitos com este funcionamento.

Considerámos assim, que a escola não está a dar uma resposta adequada às necessidades da população que frequenta as Unidades de Apoio à Multideficiência.

Deixámos um alerta para a falta de recursos nestas unidades, pois considerámos que os recursos humanos, os recursos materiais e o espaço físico da escola são primordiais para o funcionamento normal de qualquer unidade especializada.

Pensámos que cabe ao sistema educativo e em particular à escola proporcionar uma educação de qualidade aos alunos com multideficiência.

Constatámos que falta ainda percorrer um longo caminho, pois uma escola inclusiva é aquela que tem que se adaptar à realidade dos alunos, só desta forma podemos ajudá-los a desenvolver as suas potencialidades, a serem tão independentes quanto as suas capacidades o permitirem e a terem uma melhor qualidade de vida.

Com este trabalho esperamos contribuir para uma melhor compreensão da problemática da multideficiência e de alguma forma, para que nos contextos educativos onde estes alunos estão inseridos, as respostas educativas sejam organizadas de modo a criarem oportunidades para que eles possam alcançar as mesmas finalidades educacionais dos seus pares, beneficiem das adequações de que necessitam para diminuir o impacto das suas limitações no seu despenho e nas suas aprendizagens e progridam até ao máximo das suas potencialidades.

BIBLIOGRAFIA

AINSCOW, M. (1997). *Educação para Todos: Torná-la uma Realidade*. In AINSCOW, M. Porter, G. e WANG, M. Caminhos para as Escolas Inclusivas. Instituto de Inovação Educacional, IIE, 11-31.

AINSCOW, M. (1998). *Necessidades especiais na sala de aula: Um guia para a formação de professores*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional. Ed. UNESCO.

AMARAL, I. e LADEIRA, F. (1999). *Alunos com multideficiência nas Escolas do Ensino Regular*. Coleção Apoios Educativos, nº4. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

BAIRRÃO, J. et al. (1998). *Os alunos com necessidade educativas especiais: Subsídio para o sistema de educação*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

BAUTISTA, Rafael, (coord.) (1997). *Necessidades Educativas Especiais*, Lisboa: Editora Dinalivro

BELL, Judith (1997). *Como realizar um Projecto de Investigação*. Um Guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação. Lisboa: Gradiva.

BISQUERRA, R. (1998). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: Ediciones CEAC.

CARMO, H. & FERREIRA, M. (1998). *Metodologia da investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.

CONTRERAS, M. D. C. e VALENCIA, R. P. (1997). *A Criança com Deficiências Associadas*. Capítulo XVI in: *Necessidades Educativas Especiais*. Coordenação de Bautista, R. Dinalivro. 1ª Edição. Lisboa: Tradução e adaptação da 2ª edição actualizada: Ana Escoval

CURY, Augusto, (2006). *Pais Brilhantes Professores Fascinantes*. Cascais. Editora Pergaminho. (13ª reimpressão)

CORREIA, L. M. (dir.) (1997). *Alunos com Necessidades Especiais nas Classes Regulares*, Porto: Porto Editora

CORREIA, L. M. e CABRAL, M. C. M. (1997). *Práticas Tradicionais da Colocação do Aluno com Necessidades Educativas Especiais nas classes Regulares*. Porto: Porto Editora, pp. 11-16.

CORREIA, L. M. e SERRANO, A. M. (1998). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.

CORREIA, L. M. (Org.) (2003). *Educação Especial e Inclusão*. Porto: Porto Editora.

CORREIA, L. M. (2008). *Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO BÁSICA. (2003). *Observatório de apoios educativos*. Lisboa: Ministério da Educação.

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL da DGEBS, (1992). *A educação de crianças e jovens com necessidades educativas especiais*. Lisboa: Direcção Geral dos Ensinos Básicos e Secundário.

DESPACHO CONJUNTIVO Nº105/97 de 1 de Julho.

DECRETO-LEI nº 3/2008 de 7 de Janeiro.

DECRETO-LEI nº 3/2008 de 16 de Janeiro.

DSEEASE, Ministério da Educação, [Consulta em 10/01/2008], disponível em http://www.dgidc.min-edu.pt/especial/MD_publicacoes.asp

DOWNING, J. (1999). *Teaching Communication Skills to Students with Severe and Multiple Disabilities*. Paul Brookes. Baltimore.

ECO, Umberto (1995). *Como se faz uma tese em Ciências Humanas*, 6ª ed., Lisboa: Editorial Presença, (trad. Port.).

FÓRUM DE ESTUDOS DE EDUCAÇÃO INCLUSIVA. (2007). Percursos de Educação Inclusiva em Portugal: dez estudos de caso. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana. Departamento de Educação Especial.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, (2002). *Crianças e Jovens com Multideficiência e Surdocegueira* – Contributos para o sistema educativo. Departamento de Educação Básica.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. (2004). *Avaliação e Intervenção em Multideficiência*. Centro de recursos para a multideficiência. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. (2005). *Unidades especializadas em multideficiência*. Normas Orientadoras. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Socioeducativo.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. (2008). *Alunos com multideficiência e com surdocegueira congénita* - Organização da resposta educativa. Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Socioeducativo.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (s.d.). Domínio cognitivo motor e /ou sensorial (multideficiência). in [on-line]

<http://www.deb.min-edu.pt/especial/defaultDCMS.asp>

ESTRELA, Albano (1990). *Teoria e Prática de Observação de Classes. Uma Estratégia de Formação de Professores*, Lisboa: Instituto de Inovação Educacional (3ª edição)

FERNANDES, A. (1993). *Métodos e Regras para a Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos*. Porto: Porto Editora.

FONSECA, Victor (1980), *Reflexos sobre a Educação Especial em Portugal*. Lisboa: Moraes Editores.

FONSECA, Victor (1997). *Educação Especial programa de estimulação precoce*. 2ª ed. Lisboa: Editorial Notícias.

FÓRUM,

FOX, D. J. (1987). *El Proceso de Investigación en Education*. 2ª ed. Pamplona: Petrópolis: Vozes.

FUCHS, D. & FUCHS, L.S. (1994). *Inclusive Schools movement and the radicalization of special education reform*. *Excepcional Children*, 60, 294-309.

KIRK e GALLAGHER, (1996). *A Educação da Criança Excepcional*, São Paulo, Martins Fontes.

LADEIRA, F. e AMARAL, I., (2001). *Alunos com Multideficiência no Ensino Regular*. Coleção Apoios Educativos nº4. Lisboa: DEB, ME.

LANDIVAR, Jesús Garrido, (1990). *Como Programar em Educação Especial*, São Paulo: Editora Manolo Dois LTDA.

LOPES, M. Celeste Sousa, (1997). *A Educação Especial em Portugal*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.

MARTINS, M. Amélia Dias, (2001). *Deficiência Mental e Desempenho Profissional*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lisboa: Coleção SNR, Nº 19.

MORATO, Pedro Parrot, (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem*, Lisboa, ELO Publicidade, Artes Gráficas, Lda.

NIELSON, Lee Brattland, (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula*. Um guia para professores, Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.

NUNES, C. (2001). *Aprendizagem activa na criança com Multideficiência* – Guia para educadores. Ministério da Educação, Deb. Coleção AE, nº5.

NUNES, C. (2005). *Os alunos com Multideficiência na sala de Aula*. In: Inês Sim-Sim. *Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades da Criança ou da Escola?* Texto Editores. Educação Hoje. Lisboa.

RIGOLET, Sylviane Angèle, (2000). *Os Três P Comunicação e Linguagem para uma Plena Expressão*, PORTO: Porto Editora.

RODRIGUES, D. (2001). *A educação e a diferença*. In RODRIGUES, D. (Org.) *Educação e diferença: Valores e práticas para a educação inclusiva*. Potro: Porto Editora.

RODRIGUES, D. (Org.) (2006). *Investigação em Educação Inclusiva*. Vol.1. Lisboa: Fórum de Estudos de Educação Inclusiva/ Edições FMH.

RODRIGUES, D. (Org.) (2007). *Investigação em Educação Inclusiva*. Vol.2. Lisboa: Fórum de Estudos de Educação Inclusiva/ Edições FMH.

RODRIGUES, D. (2007). “ *A SOPA DE PEDRA*” e a *Educação Inclusiva*. In RODRIGUES, D. & MAGALHÃES, B. (Orgs.). *Aprender juntos para aprender melhor*. Lisboa: Fórum de Estudos de Educação Inclusiva/ Edições FMH.

SANCHES, I. Rodrigues (1995). *Professores de Educação Especial – da formação às práticas educativas*. Porto: Porto Editora.

SANTOS, Sofia; MORATO, Pedro, (2002). *Comportamento Adaptativo*, Colecção Educação Especial. Porto: Porto Editora.

SIM-SIM.I. (2005). *Necessidades educativas especiais: Dificuldades da criança ou da escola?* Lisboa: Texto Editores.

UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção. Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Ed. Instituto Inovação Educacional.

VAYER, Pierre e RONCIN, Charles (1992). *Integração da Criança Deficiente Mental na Classe*, Lisboa: Horizontes Pedagógicos.

VIEIRA Fernando, VIEIRA Mário (coords.). (1996). *Se houvera quem me ensinara*. A Educação de Pessoas com Deficiência Mental. Coimbra: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian.

WARWICK, M. (2001). *O Apoio às Escolas Inclusivas*. In RODRIGUES, David (2001). (org.). *Educação e Diferença. Valores para Uma Educação Inclusiva*. Porto: Porto Editora.

Wikipédia [Consulta em 12/01/2008], disponível em <http://www.wikipédia.org/wiki/pt>.

ANEXOS

ANEXO nº 1

Questionário ao professor de Educação Especial colocado nas Unidades de Apoio à Multideficiência

1. Nome do Estabelecimento de Educação/Ensino em que exerce funções Concelho

2. Idade:

menos de 30 ☐

entre 30 e 40 ☐

entre 40 e 50 ☐

mais de 50 ☐

3. Sexo:

feminino ☐

masculino ☐

4. Grau de ensino a que pertence:

Pré-escolar ☐

1º Ciclo ☐

2º Ciclo ☐

3º Ciclo ☐

Secundário ☐

5. Habilitação Profissional:

Curso _____

6. Número de anos de serviço em Educação Especial:

0-5 anos	6-10 anos	11-15 anos	+ de 15 anos

7. Formação Especializada:

Sim ☐ Não ☐ Se sim, em que domínio? _____

8. Tem experiência anterior na educação com crianças com multideficiência?

Sim ☐ Não ☐

9. Com quantas crianças com multideficiência trabalha este ano lectivo? _____

10. Tem formação específica no domínio da multideficiência?

Sim ☐ Não ☐

11. Na sua opinião, qual é a área mais importante que deverá ser trabalhada com estes alunos? _____

12. Ordena as áreas pela ordem que mais trabalha.

Comunicação ☐

Autonomia ☐

Cognição ☐

Socialização ☐

Expressões ☐

Linguagem ☐

Psicomotricidade ☐

Outras ☐

13. Os seus alunos fazem integração nas turmas?

Sim ☐ Não ☐

14. Sente dificuldades na realização do seu trabalho como docente de crianças com multideficiência?

Se sim, indique as suas maiores dificuldades. _____

15. De que terapias beneficiam os alunos com multideficiência na sua escola?

Terapia da Fala ☐

Terapia Ocupacional ☐

Fisioterapia ☐

Psicologia ☐

Hidroterapia ☐

Hipoterapia ☐

Musicoterapia ☐

Outras ☐ _____

16. O seu estabelecimento de ensino sofreu adaptações físicas para atender adequadamente as crianças/jovens com multideficiência?

Sim ☐ Não ☐

17. Dispõe de recursos humanos e materiais suficientes para as necessidades das crianças com quem trabalha?

Sim ☐ Não ☐

Justifique _____

Muito obrigada pela sua colaboração.

ANEXO nº 2

Questionário aos Encarregados de Educação dos alunos que frequentam as Unidades de Apoio à Multideficiência

1. Idade _____

2. Sexo:

masculino ☐

feminino ☐

3. Indique o grau de **Satisfação** ou **Insatisfação** relativamente ao funcionamento da Unidade Especializada de Apoio à Multideficiência.

Das afirmações que se seguem circule a resposta apropriada. Use a seguinte escala.

1 = Muito Insatisfeito 2 = Insatisfeito 3 = Satisfeito 4 = Muito Satisfeito

	1	2	3	4
1. Horários de funcionamento da unidade.				
2. Trabalho desenvolvido.				
3. Aprendizagens realizadas.				
4. Terapias frequentadas na escola.				
5. Integração na turma do regular.				
6. Inclusão educativa.				
7. Condições físicas da escola.				
8. Almoço na cantina escolar.				
9. Transporte utilizado.				
10. Relação com os professores.				
11. Relação com os Técnicos.				
12. Relação com funcionários.				

Muito obrigada pela sua colaboração.

ANEXO nº 3

Guião de Entrevista

1. Há quanto tempo está a trabalhar nesta unidade?

2. Quantos alunos tem este ano lectivo e quais são as suas problemáticas?

3. Quem faz parte da sua equipa de trabalho?

4. Como é o dia a dia de uma unidade de Multideficiência?

5. Pode-me explicar sucintamente o trabalho realizado durante a semana?

6. À Segunda-feira?

7. À Terça-feira?

8. À Quarta-feira?

9. À Quinta-feira?

10. À Sexta-feira?

11. Foi colocada nesta unidade por opção ou este lugar foi-lhe imposto?

12. Quais são as maiores dificuldades sentidas na sua unidade?

Muito obrigada pela colaboração.

ANEXO nº 4

Actividades da sala da unidade



Trabalho colectivo



Trabalho individualizado.

ANEXO nº 5

Terapias



ANEXO nº 6

Hipoterapia



ANEXO nº 7

Hidroterapia



ANEXO nº 8

Expressões nas A.E.C.s



