

INTRODUÇÃO

Aprender a falar, a ler, a escrever e a contar é, com certeza, o desejo de todas as crianças e a aspiração de todos os pais. Mas se, por um lado, a maioria das crianças são capazes de aprender sejam quais forem as estratégias empregues, por outro, há crianças que se isolam num mundo próprio onde é difícil entrar e compreender. Para muitas, a luta pelas aprendizagens são diárias e contínuas, deixando marcas muitas vezes irreparáveis, crianças que, ao verificarem que o que é simples para os colegas, não o é para si próprios, desenvolvem baixa auto-estima difícil de combater. São crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais (NEE) que revelam grandes dificuldades de aprendizagem.

Embora se possa verificar que as percentagens de insucesso flutuam de acordo com o maior ou menor empenho/profissionalismo do professor, a melhor ou pior adequação da metodologia utilizada, entre outros factores que intervêm no processo ensino-aprendizagem, o que é certo é que um pequeno grupo de alunos parece destacar-se dos outros, independentemente dos métodos utilizados, vendo frustradas as suas tentativas em dominar a linguagem.

Tudo começa por ser o sonho de alguém... «*Eles não sabem que o sonho é uma constante da vida*», como refere António Gedeão, no poema musicado por Manuel Freire. Tudo começa no momento em que se observam e acompanham pessoas que ultrapassam barreiras e obstáculos. Diariamente, a grande maioria das crianças e jovens com necessidades educativas especiais são forçados a enfrentar um mundo de adversidades, na luta pela conquista da qualidade de vida e do direito à igualdade de oportunidades.

A Declaração de Salamanca refere (1994, p.1):

- «- toda a criança tem direito fundamental à educação, e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem;
- toda a criança possui características, interesses, habilidades e necessidades de aprendizagem que são únicas;

- sistemas educacionais deveriam ser designados e programas educacionais deveriam ser implementados no sentido de se levar em conta a vasta diversidade de tais características e necessidades;
- aqueles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deveria acomodá-los dentro de uma Pedagogia centrada na criança, capaz de satisfazer tais necessidades;
- escolas regulares que possuam tal orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando educação para todos; além disso, tais escolas provêem uma educação efectiva à maioria das crianças e aprimoram a eficiência e, em última instância, o custo da eficácia de todo o sistema educacional.»

Torna-se assim evidente que a defesa de uma Escola para todos teve consequências na Escola, sendo-lhe atribuída a responsabilidade de equacionar e disponibilizar respostas educativas adequadas às diversas necessidades dos alunos, com o apoio de estruturas nacionais e regionais do Ministério da Educação.

A inclusão está, efectivamente, dependente de uma intervenção adequada: de políticas sociais, da responsabilização dos governos, de equipas multidisciplinares, de uma boa formação técnica e de correctas medidas pedagógicas.

Urge encontrar caminhos diversificados para combater as dificuldades sentidas pelas crianças. É na procura incessante de estratégias e métodos diferentes dos habituais que reside a hipótese de solução. A Educação Musical pode ser um caminho facilitador, uma vez que, as pessoas relaxam a ouvir música. A música acompanha o seu estado de espírito.

A Educação Musical de crianças e jovens, tem sido estudada por diversas áreas científicas como a psicologia, a medicina, a antropologia, a sociologia, entre outras. Uma abordagem multidisciplinar torna-se cada vez mais necessária para compreender a criança e os seus problemas. A reflexão teórica em domínios como a psicologia do desenvolvimento, a psicologia cognitiva e a psicologia social da música têm realçado a importância do estudo dos contextos social, cultural e educativo, nos quais ocorrem as diversas

manifestações do pensamento e do comportamento musicais. Os docentes que têm a seu cargo a Educação Musical, parecem estar hoje, mais conscientes do que nunca, de que a música ultrapassa largamente o contexto da sala de aula. A música é uma das principais actividades de lazer de crianças, adolescentes e jovens, em contextos variados, formais ou informais. Muitas crianças e jovens ouvem música com regularidade, cantam em coros, tocam em bandas locais, frequentam aulas de instrumento, imitam os seus cantores preferidos, discutem música com os seus amigos. A vertente terapêutica da música é um caminho a descobrir.

Parte-se da convicção de que a música pode auxiliar nos processos biológicos, psíquicos e cognitivos dos indivíduos portadores de necessidades educativas especiais (NEE), nomeadamente, com problemas de linguagem. Pretendemos analisar os benefícios da música, para estes mesmos indivíduos, usando-a como técnica dentro das Instituições de Ensino Especial. Pergunta-se se é dado à música uma aplicação verdadeiramente pedagógica e terapêutica, aplicada a estes indivíduos especiais, e não somente tratada (a música) como uma forma de divertimento e entretenimento.

Por outro lado, há muito que o Homem se interessa pela compreensão do complexo processo de comunicação que o caracteriza, o que originou múltiplas áreas de saber baseadas nesta problemática. Actualmente, a investigação científica tende a unir ciências linguísticas e médicas com novas tecnologias, o que permite dar passos decisivos em direcção a um maior conhecimento do processo de comunicação humana, em especial, no que respeita à fala.

Sendo a língua, tal como a música, um código comum a uma determinada população e cultura, as características da fala entre os elementos de cada população são, numa perspectiva fonológica, pouco variáveis. No entanto, a grande variabilidade morfológica e funcional de cada indivíduo determina que, numa perspectiva fonética, se verifiquem diferenças de maior ou menor importância dentro de um mesmo grupo populacional.

Na prática clínica do terapeuta da fala é importante compreender a origem das perturbações articulatorias e conseguir corrigi-las ou compensá-las. Uma das variáveis mais frequentes é a oclusão dentária que pode ter influência

directa na articulação de alguns sons de inúmeras línguas, nomeadamente do português.

Este tema foi escolhido pelo facto de se verificar nas escolas uma existência significativa de crianças com problemas de linguagem e, de esta realidade, comprometer seriamente as suas aprendizagens. Este problema tem como consequências problemas de comportamento, bem como uma frustração enorme; por um lado, por parte das crianças que sentem insegurança na comunicação verbal; por outro lado, por parte dos docentes que não se sentem preparados, científica e pedagogicamente, para os orientar no sentido de ultrapassarem o problema.

Consciente deste cenário, pretende-se desenvolver um projecto de investigação, utilizando a música como terapia em crianças que evidenciem problemas de linguagem e que, como consequência, tenham insucesso escolar. Partindo do diagnóstico, da planificação e de uma intervenção adequada às necessidades de cada criança, participámos em sessões terapêuticas que foram efectuadas com a presença de um técnico especializado – terapeuta da fala. O objectivo específico deste estudo é o de contribuir para a diminuição de problemas de linguagem, através da música favorecendo a integração da criança num grupo e o seu sentimento de pertença.

Assim sendo, impõe-se uma pergunta de partida: a música pode funcionar como terapia, como técnica a utilizar na resolução de problemas de linguagem? A resposta a esta questão foi o tema central desta investigação. Para o efeito, o estudo será realizado num Jardim-de-Infância do Centro de Acção Social do Concelho de Ílhavo (CASCI), localizado na cidade de Ílhavo, distrito de Aveiro.

A primeira parte subdivide-se em 3 capítulos:

No primeiro capítulo, foi realizado um trabalho de pesquisa que visa compreender determinados conceitos, ao nível das necessidades educativas especiais (NEE), ao nível da música e da sua função terapêutica – musicoterapia.

No segundo capítulo, foi elaborado um estudo sobre a linguagem e, conseqüentemente, sobre os problemas que podem advir se a linguagem não cumpre em pleno a sua função primordial: a da comunicação.

No terceiro capítulo, foi contextualizado o educador social nesta temática, analisados os conceitos de exclusão e de inclusão social e o papel que o educador social deverá ter, na vida da criança em idade escolar.

A segunda parte será composta por dois capítulos, o quarto e o quinto, que englobarão a organização e a planificação da investigação.

O quarto capítulo, relativo à metodologia, abordará aspectos tais como: a pertinência do estudo, os objectivos e variáveis, a caracterização da amostra, as hipóteses, a caracterização da instituição e do meio onde foi feita a intervenção e todos os instrumentos de avaliação aplicados às crianças.

O quinto capítulo será dedicado à recolha e à análise dos dados recolhidos pelas entrevistas. Far-se-á uma caracterização das crianças, do ponto de vista dos técnicos envolvidos no projecto de intervenção e a avaliação.

Por fim, as conclusões e as referências bibliográficas.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – CLARIFICAÇÃO CONCEPTUAL

1. NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

Tratando-se de uma problemática complexa, convém, todavia, proceder a uma caracterização de alguns conceitos: necessidades educativas especiais (N.E.E.), problemas de linguagem e fala, no âmbito das dificuldades de aprendizagem.

De acordo com Madureira & Leite (2003,p.27), o conceito de NEE começou a aparecer na década de 70 e representa uma nova maneira de analisar a criança diferente e os seus problemas de aprendizagem. Com efeito, entende-se por NEE *«todos os problemas na aprendizagem que qualquer criança poderá evidenciar ao longo do seu percurso escolar, não decorrendo estes necessariamente de défices individuais.»* (Ibidem).

1.1 A MÚSICA

Vivemos rodeados de sons e de música. A música é *«a arte de pensar com os sons»* (Combarien, 1859-1916). Desde a Pré-história que a música é considerada uma prática cultural e humana que manipula o tempo e o som. Paralelamente, é um meio de comunicação e de expressão, é uma forma de expressar a emoção que sentimos e, por esse motivo, necessita de espontaneidade para se expressar. Através da música, vivemos muitas emoções e recordamos muitas situações antigas e recentes – encontramos a sua expressão criativa, abrindo também novas perspectivas e maneiras de resolver problemas. A música é uma forma de nos colocarmos no mundo que actua no nosso corpo, na nossa mente e na nossa alma. Quando entramos no sentimento de uma música, conseguimos conduzir-nos a experiências e vivências até então inaceitáveis para nós, como, por exemplo, o encontro com vivências da humanidade, com o autor da música, com personagens e com

papéis da nossa vida. A música, por si só, transporta-nos para diversas emoções e sentimentos, sobretudo, se formos nós mesmos os instrumentos activos, como acontece na musicoterapia.

Ao citar Eugênio Martin (1996), Moreno (1998) define objectivamente espontaneidade, quando escreve que é a resposta adequada para situações novas, ou ainda, uma resposta nova a uma situação antiga. Espontaneidade significa também estar preparado para uma acção livre. Com a musicoterapia vamos resgatando a espontaneidade na medida em que nos vamos reconhecendo a nós mesmos, caminhando assim para a acção livre.

1.2 O SOM

O som é um conjunto de vibrações que se propagam no ar, através de pequenas partículas que o constituem, formando ondas sonoras que se deslocam em todas as direcções.

Segundo a enciclopédia livre Wikipédia:

«O som é uma compressão mecânica ou onda longitudinal que se propaga através de forma circuncêntrica, em meios que tenham massa e elasticidade como os sólido, líquido ou gasoso» [...] «Um som puro possui uma velocidade de oscilação ou frequência que se mede em Hertz (Hz) e uma amplitude ou energia que se mede em decibéis. Os sons audíveis pelo ouvido humano têm uma frequência entre 20 Hz e 20 KHz. Acima e abaixo desta faixa são ultra-som e *infra*-som, respectivamente» p.1

Os seres humanos e vários animais ouvem sons com os seus dois ouvidos, simultaneamente, permitindo saber a que distância se situa a fonte sonora - a este tipo de audição denomina-se audição esteriofónica.

1.3 INSTRUMENTO MUSICAL / A VOZ

Instrumento musical é o nome genérico atribuído a todos «*os dispositivos susceptíveis de produzir sons, e que servem como meios de expressão musical*» Henrique (1988, p.15). O termo instrumento musical foi, inicialmente, utilizado na Alemanha, nos séculos XVII e XVIII, para se referir aos instrumentos de teclas - o clavicórdio (cordofone de teclado com a forma de uma caixa rectangular comprida). Posteriormente, foi usado para designar o piano e, só um pouco mais tarde, é que adquiriu o significado que tem hoje.

A ciência que estuda os instrumentos musicais é a organologia abordando aspectos relacionados com a acústica, a mecânica e a história dos instrumentos musicais.

A voz é um instrumento musical natural, por excelência. Sempre que queremos comunicar com alguém fazemo-lo, sobretudo através da voz. Graças a ela falamos uns com os outros, exprimimos as nossas alegrias e tristezas, sussurramos, ou cantamos. A voz também é uma parte muito importante do nosso auto-conceito e, sobretudo, a nossa identidade é projectada através da nossa voz. As mudanças da nossa voz estão comumente associadas ao sexo ou à idade e ocorrem durante o processo de maturação. Na opinião de Andrews (1998), a nossa voz pode ser diferente de manhã ou à noite, pode variar de acordo com a temperatura atmosférica, as estações do ano, o tipo de uso, a fadiga geral, os nossos sentimentos. Em suma, através da expressão vocal, revelamo-nos às outras pessoas.

A voz forma-se ao nível da laringe, nela estando instalados uns músculos chamados cordas vocais, que se abrem, fecham e vibram quando o ar que vem dos pulmões passa por eles. Ao vibrarem, produzem som, que é controlado pela forma de abrir e de fechar a boca e pela força com que o ar os atravessa.

Com uma experiência musical, ao nível instrumental e vocal, o aluno trabalha conteúdos como a entoação, a coordenação motora, a concentração, entre outros, que lhe podem trazer mais-valias ao nível da linguagem. Todo o trabalho vocal e de entoação, em diferentes registos da altura do som, e experiências sonoras com lengalengas e trava-línguas podem trazer ao aluno vantagens no que respeita aos seus problemas de linguagem. Paralelamente, a

vivência da música, individualmente e em grupo, permite obter sensações de relaxe, de alegria, de espírito de equipa pois, à semelhança de um jogo desportivo de conjunto como o futebol ou o basquete, uma actividade musical não resulta, senão, com um esforço de vários elementos para obter um produto final.

Como refere Pinho (2003), a voz e a fala consistem em mudanças constantes nos movimentos da língua, dos lábios, do véu e da própria laringe.

1.4 A MUSICOTERAPIA AO LONGO DO TEMPO

A música tem evoluído muito ao longo da História. Cada civilização foi criando as suas próprias manifestações como fenómeno artístico, estético e social.

Desde os tempos mais remotos, as canções estavam associadas a diversos ritos e aos momentos mais importantes da vida do Homem: danças, momentos de caça, rituais fúnebres, nascimento, celebrações nupciais, colheitas, sessões de tratamento, entre outras. Um grande número de pinturas rupestres comprova este facto.

A música influencia a saúde e o bem-estar do ser humano. Esta ideia era já defendida pelos filósofos gregos Aristóteles e Platão, que acreditavam que a música influenciava as reacções das pessoas. Determinada música era dada a ouvir a guerreiros com o propósito de os tornar mais agressivos. O mundo grego construiu uma cultura, entre o culto musical e os deuses, e um importante modelo social que se converteu num modelo intelectual. Hipócrates, considerado o pai da medicina, encaminhava os seus pacientes com problemas mentais para o Templo de Esculápio, para lá ouvirem músicas visando a cura. Os médicos da Antiguidade praticavam um grande número de cantos, gritos e recursos vocais, unidos ao movimento, com o fim de mitigar os efeitos malignos e atrair os efeitos benignos.

Por sua vez, a Idade Média absorveu uma boa parte das culturas anteriores. No século XII, a música começou a ser parte integrante do currículo das primeiras universidades. No entanto, pelo facto da música ter o poder de

provocar comportamentos e emoções, ficou restrita às limitações da forma e do uso, impostas pela Igreja.

No século XIII, a música passa a ser usada como tratamento de algumas “moléstias” atribuídas a aspectos demoníacos. Importa aqui sublinhar que, muito antes do século XIII, e ainda actualmente, muitas tribos indígenas já conferiam à música esse carácter místico. Os árabes do século XIII tinham salas de música nos hospitais.

No Renascimento, com maior destaque para o campo artístico e para o conhecimento em geral, ressurgiu a meloterapia integrada – utilização da melodia como terapia – a medicina de tendências metafísicas, que unia a filosofia, a magia e a astrologia.

No século XVI, o campo da medicina surge um pouco desligado da magia. Paracelso, médico cirurgião suíço, astrólogo e músico, acreditava no poder da música e aconselhava a audição de violinos e violoncelos, para alegrar e apressar a convalescença de seus pacientes. Ele praticava, o que ele próprio denominava de “medicina musical”, em que eram usadas composições específicas para doenças específicas, tanto mentais como morais e físicas.

No período compreendido entre o final da Idade Média e o século XVIII, surgiu na Itália meridional, mais concretamente na ilha de Puglia, um fenómeno histórico-religioso denominado Tarantismo. Tratava-se de uma doença provocada pela picada de uma tarântula (*latrodectus* – nome científico do aracnídeo). Constava-se que este animal atingia principalmente as mulheres que trabalhavam nos campos, nas alturas mais quentes do ano. As pessoas vítimas da mordidela da aranha ficavam num estado depressivo grande e sentiam uma inércia muito forte. O estado de torpor em que se encontravam era despertado pelo som de uma música, em compasso seis por oito, marcada por ritmos fortes, produzidos por alguns instrumentos musicais tais como: pandeiretas e sistros (instrumento de percussão que produz um som achocalhado). A pessoa era induzida a executar uma dança frenética e possessa. Segundo a lenda, debaixo de febres altas, a pessoa dançava, freneticamente, até ficar transpirada e cair de cansaço, chorava e ria de forma histérica e incontrolada. Porém, no dia seguinte, não se lembrava de nada do que tinha acontecido. A este ritmo específico, utilizado na cura do Tarantismo,

deu-se o nome de Tarantela.

Todavia, só no século XX, é que se estabeleceu uma relação intrínseca entre a música e a recuperação de pessoas doentes. Neste século, depois da Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos, já se faziam experiências musicais com os feridos, vitimados pela guerra. Alguns músicos foram convidados a tocar em hospitais com o objectivo de ajudar nos tratamentos. Com esta experiência, verificaram-se efeitos terapêuticos positivos. Assim, a música, como terapia, foi considerada tão importante que, em 1944, surge, na Universidade Estadual de Michigan, o primeiro curso de musicoterapia.

Segundo dados da União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM), actualmente, no Brasil, a música ao serviço da terapia já existe há trinta anos e conta com cerca de 1500 profissionais especialistas em musicoterapia.

Na Argentina, Rolando Benenzon, separou a metodologia da musicoterapia em duas partes: a primeira, de carácter diagnóstico, consistindo em descobrir o princípio da Identidade Sonora (ISO) do paciente ou do grupo, bem como os instrumentos que servirão de objecto intermediário; a segunda, abarcando o carácter terapêutico.

Em Espanha, em Itália e outros países, a musicoterapia é uma área de formação que tem vindo a ser desenvolvida. Como disciplina, na fronteira entre as Artes e as Ciências Humanas, tendo criado o seu próprio corpo teórico e metodológico, e em alguns países, a sua própria identidade como categoria profissional. A formação do musicoterapeuta engloba as áreas da prática musical, musicologia, psicologia, medicina e etnologia.

Realizaram-se já em diversos países estudos práticos para averiguar da efectividade da musicoterapia, *v.g.*: no Canadá, experiências no acompanhamento de crianças com deficit de atenção e hiperactividade; no Brasil, sessões de musicoterapia para pessoas com stress laboral, e a avaliação da intensidade da dor em doentes com fibromialgia submetidos à audição de compositores seleccionados; na Argentina, a associação entre musicoterapia e psicodrama e a utilização da musicoterapia em intervenções com crianças autistas.

1.5 NOVOS CONTEXTOS DA MUSICOTERAPIA

Para Leal (1997,pp.11-12), de acordo com a Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia, a definição científica de musicoterapia é:

«Musicoterapia é a utilização da música e/ou de seus elementos, som, ritmo, melodia, por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou um grupo, em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objectivos terapêuticos relevantes, afim de atender às necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia busca desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele alcance uma melhor integração intrapessoal e interpessoal, e conseqüente, uma melhor qualidade de vida através da prevenção, reabilitação ou tratamento.»

Na opinião de Benenzon (1988, p.11):

«A Musicoterapia é o campo da medicina que estuda o complemento som - ser humano - som, para utilizar o movimento, o som e a música, com o objectivo de abrir canais de comunicação no ser humano, para produzir efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação no mesmo e na sociedade.»

A musicoterapia consiste na intervenção terapêutica através da música, com aplicação nas áreas da medicina, saúde mental, educação especial e intervenção comunitária.

A relação entre som-ser humano-som, defendida por Benenzon (1988), inicia-se com o som e finaliza com o som. No entanto, ao nível terapêutico, este processo verifica-se tão repetidamente que o ser humano, inicialmente, está no meio do processo som – ser humano – som, mas depois, o som fica entre o ser humano e outro ser humano para se verificar a terapia. O complexo som-ser humano-som representa a base de trabalho de toda a musicoterapia. O seu campo de trabalho terapêutico situa-se no âmbito das doenças psíquicas,

muitas das quais caracterizadas por retracção, inibições, negação de sentimentos ou repressão. O ensino especial também é alvo de atenção. No entanto, não devemos esquecer que a receptividade do ser humano ao som, ou às vibrações, é um fenómeno inato se considerarmos que existem vivências acústicas no período intra-uterino.

A musicoterapia, tal como qualquer outra modalidade de terapias expressivas, inclui uma componente de criatividade e crescimento pessoal que deve acompanhar a vertente de formação teórica e técnica, para além da atenção que é dada à prática musical do aluno e à sua potencial aplicação no contexto de uma intervenção terapêutica.

O objectivo principal da musicoterapia é o de proporcionar um crescimento e desenvolvimento emocional, afectivo, relacional e social do ser humano, enquanto pessoa, utilizando sons, o movimento e a expressão corporal, no sentido de conduzir a pessoa à expressão e à comunicação.

A palavra terapia vem do grego *therapeia* e significa tratamento. Está relacionada com a palavra terapêutica que, de acordo com a Enciclopédia da Editorial Verbo, é o «*ramo da medicina que estuda o tratamento e os cuidados a ter com o doente*». p. 8189.

Em suma, a musicoterapia trata então da saúde, pela alegria, treinando a espontaneidade. A alegria evocada pela música faz realçar a nossa espontaneidade, mobilizando afectos e emoções para a resolução de conflitos – o que abre novas possibilidades existenciais para o homem, tornando-o mais inteiro e concluindo etapas do seu processo de identidade.

No entanto, não são somente as emoções de prazer e de alegria que estão patentes na musicoterapia. A música ajuda também a trabalhar o medo, a raiva, a tristeza, enfim... as emoções inerentes à vida do Homem – o que também é terapêutico.

Fregtman (1989, p.17) propõe que quando o homem renuncia à sua musicalidade, renuncia à sua espontaneidade:

"A música pode transmutar a nossa vida modelando-a com as suas pulsações. Convertermo-nos em músicos pela paz é compreender que estamos imersos numa sequência rítmica de circuitos interconectados", e que "a perda dos inocentes jogos

com os sons é a renúncia à espontaneidade e a queda na rigidez".

Segundo Wagner, citado por Baranow (1999, p.32): "*lá onde se detém o poder das palavras, começa a música*". Utilizando-se a música como instrumento, podemos estabelecer canais de comunicação com pessoas portadoras de autismo e portadoras de deficiências.

" Os efeitos dos elementos sonoro-rítmicos musicais podem ocorrer como reacções sensoriais, hormonais e fisiomotoras e como efeitos psíquicos podem desencadear descargas emocionais em graus variáveis dependendo do indivíduo, levando-o a se expressar..." (idem, p.19).

1.6 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA MUSICOTERAPIA

1.6.1 O PRINCÍPIO ISO

ISO é uma palavra de origem grega que quer dizer igual. A musicoterapia, e todas as técnicas não-verbais, baseiam-se no princípio de ISO.

Segundo Benenzon (1988), para podermos entrar em contacto com outro ser humano, abrir «*canais de comunicação*», devemos começar a abordagem pela imitação. No caso de um bebé, estabelecemos uma relação imitando os sons que ele produz, balbuciando como ele, imitando os seus gestos faciais, entre outros. Se pretendemos criar laços com uma criança autista, devemos também começar por imitá-la.

Não obstante, esta imitação não se resume apenas à emissão de sons através de processos convencionais, tais como a boca, entre outras partes exteriores do corpo. Esta imitação engloba outros processos naturais, tais como: o batimento do nosso coração, os atritos intestinais, entre outros ruídos do nosso organismo, igualmente passíveis de se poderem imitar com batimentos de pés, palmas ou voz.

Concretamente, o princípio de ISO é, na opinião de Benenzon

(1988,p.34), um processo dinâmico «*que resume a noção de existência de um som, ou um conjunto de sons, ou de fenómenos acústicos e de movimentos internos*» que caracterizam e tornam peculiar qualquer indivíduo. O psiquiatra argentino Benenzon (1988), distingue então cinco estruturas dinâmicas de ISO, a saber:

– ISO Gestáltico – é um fenómeno sonoro e de movimento interno que condensa todos os nossos arquétipos sonoros, o nosso universo sonoro intra-uterino, bem como o nosso universo sonoro quando nascemos, desde a infância até à idade actual, que caracteriza ou identifica o ser humano e que opera no inconsciente;

– ISO Cultural – é todo o universo cultural onde o indivíduo e o seu grupo se inserem. Opera no pré-consciente do ser humano. Com o decorrer do tempo, passando de geração em geração, alguns aspectos do ISO Cultural começam a fazer parte do ISO Gestáltico, do mosaico genético;

– ISO Universal – é uma estrutura sonora dinâmica, que identifica todos os indivíduos independentemente das suas circunstâncias sociais, culturais, históricas e psicofisiológicas. É aqui que se situam os batimentos do coração, com as diferentes particularidades rítmicas, sonoras, vibratórias e de movimento. Os sons produzidos pela nossa inspiração e expiração, pelo fluxo sanguíneo, pelo atrito das paredes uterinas, pelas ondas aquosas do líquido amniótico, entre outros. Opera no inconsciente do ser humano e faz parte do ISO Gestáltico;

Com o decorrer do tempo, ao longo de vários séculos de existência humana, tanto o ISO Universal como o ISO Cultural vão ficando cada vez mais ricos, uma vez que vão absorvendo todas as características do meio que circunda o indivíduo. Estas características, que se vão cruzando com os vários ISOS que fazem parte do indivíduo, vão constituindo o ISO Universal. Como exemplo desta realidade, temos a escala pentatónica – escala de 5 sons – que faz parte do universo musical de todo o mundo. É curioso constatar que esta escala faz parte do mosaico genético de todo o ser humano, independentemente da sua raça. Esta escala encontra-se presente em todas as estruturas musicais, de todos os países do mundo, desde as culturas mais primitivas até às mais actuais. Em suma, faz parte do ISO Cultural de cada

indivíduo.

– ISO Grupal – é a identidade sonora de um grupo humano, é o produto das afinidades musicais latentes. É a soma dos ISOS Gestálticos que compõem um certo número de indivíduos que se agrupam por determinadas circunstâncias, por fazerem parte de uma nação, de uma cultura, de um povo;

– ISO Complementar – estrutura-se temporalmente em consequência de pequenas mudanças que ocorrem no dia a dia, por efeito das circunstâncias ambientais específicas ou psicológicas do indivíduo.

Na opinião de Benenzon, é pertinente colocar uma questão: «*Quais são os processos hereditários, gestacionais e históricos que formam a estrutura dinâmica do princípio de ISO?*»

A explicação para esta questão começa com o princípio da vida do ser humano.

O espermatozóide entra no óvulo, através do processo da fecundação, isto acontece dentro da trompa de uma mulher. Depois, do óvulo fecundado, a trompa empurra-o para dentro do útero, onde ele se fixa. Forma-se então o embrião a partir das primeiras modificações do óvulo fecundado. Nesse momento, óvulo e espermatozóide, quando se unem, já possuem todo um mosaico genético herdado por esse ser humano ainda em gestação. É por essa razão que é fundamental conhecer a realidade sonora e musical dos pais, avós, enfim, de toda a família.

Contudo, a partir do momento que se encontra no útero, o embrião entra em contacto com toda uma diversidade de sons que ocorrem dentro do organismo, como já anteriormente referimos, tais como: batimentos cardíacos, ondas aquosas do líquido amniótico, ruídos das paredes uterinas, sensações vibratórias de movimento e de fenómenos acústicos, fluxo sanguíneo, entre outros, que irão fazer também parte de toda a história gestacional de todo o ovo-embrião-feto do indivíduo. A força da gravidade também entra aqui como impulsionadora de outros movimentos. «*A força da gravidade começa a se fazer sentir como padrão de medida do resto dos outros movimentos.*» - Benenzon (1988,p.37).

O feto, ao evoluir no processo de gestação, vai sentindo a força vital do batimento cardíaco, do pulsar rítmico que faz fluir o sangue em todo o corpo e,

cuja diminuição tem como consequência a falta de oxigenação, de nutrição, de temperatura e de vida. Ao conjunto de alterações que se podem processar nesse todo harmonioso que é o funcionamento do ser humano, isto é, se houver alterações no batimento rítmico equilibrado e harmonioso do sistema sanguíneo, através do cordão umbilical, provoca estados de stress e de alarme fetal. Se isto acontecer, surge o primeiro momento de stress associado ao factor sonoro e de movimento. O nascimento do instinto de vida e de morte está ligado a este movimento.

CAPÍTULO II – A LINGUAGEM

2. A LINGUAGEM

No que diz respeito à linguagem e, de acordo com o dicionário da Língua Portuguesa on-line da Priberam, linguagem é «*um conjunto de sinais, visuais ou fonéticos, através dos quais se estabelece a comunicação*» p.1. A linguagem é fundamental na comunicação. De acordo com Benenson (1988, p.7) «*A comunicação gratificante é a pedra angular da saúde mental*». Fala é «*aquilo que se exprime por palavras*» (Idem). Na opinião da Associação Nacional de Dislexia do Rio de Janeiro (2000, p.1) existe uma diferença entre fala e linguagem. A fala refere-se à forma de articular sons nas palavras. A linguagem implica expressar-se e receber informações de modo significativo. Para esta Associação, linguagem é «*compreender e ser compreendido*».

Durante muito tempo, a linguagem não levantava problemas aos pedagogos, porque se acreditava que ela obedecia a um desenvolvimento natural pouco modificável do exterior. Era o resultado de um processo biológico intimamente ligado à maturação do sistema nervoso.

Contudo, no século XIX, a descoberta de uma relação, entre as lesões localizadas em determinadas zonas do córtex cerebral e o aparecimento de afasias - perda total ou parcial da fala - levantou a hipótese de centros de linguagem. A ideia de que o desenvolvimento da linguagem dependia apenas da maturação, de algumas zonas especializadas do cérebro, permaneceu durante muito tempo.

2.1 APRENDER A FALAR

Todos os métodos de ensino da língua materna estão relacionados com a linguagem escrita. Somente, por vezes, a aprendizagem da língua estrangeira se faz antes da criança começar a aprender a escrever no primeiro ciclo. Esta questão leva-nos a concluir: que o processo da língua falada é, por si só,

complexo, porque se trata de uma língua não codificada.

No que diz respeito aos primeiros contactos da criança com a linguagem, investigações recentes acerca da vida intra-uterina da criança, provam que o bebé tem a percepção da voz da sua mãe, como já foi referido anteriormente. Foi possível mesmo reconstituir a situação em laboratório, gravando a voz da mãe do bebé, tal como ela chega ao feto através do líquido uterino: fazendo a mãe falar, a voz é transmitida ao seu filho através de um dispositivo que reconstitui, de forma artificial, o fenómeno natural, tal como seria desenrolado no útero até ao momento do nascimento de nove meses. Médicos e psicólogos atribuem uma importância substancial, a este início de comunicação através da linguagem, no sentido de manter a presença da mãe ao pé da incubadora, no caso concreto de bebés prematuros.

É curioso constatar que, a partir desse momento, a criança sofre influência da actividade verbal da mãe, combinada com todos os elementos neurobiológicos, motores, psicológicos e sociais, que a acompanham.

Segundo Lentin, (1990), foram feitos vários estudos com bebés criados em condições desfavoráveis, longe das mães, em creches mal estruturadas, em bebés que as mães estavam de tal maneira ocupadas com tarefas domésticas ou com uma família numerosa, mães que não aceitaram bem o nascimento do filho, enfim... diversas razões familiares ou pessoais. Obtiveram-se provas que, na maioria dos casos, a linguagem destas crianças era alvo de anomalias e atrasos no seu desenvolvimento. Uma mãe feliz com o seu bebé, que reúna condições favoráveis, enche-o de ternura e de afecto e exprimi-lhe o seu amor *«através de uma produção verbal abundante, expressiva, carregada de afectividade, ávida de comunicação.»* (Ibidem)

O recém-nascido, apesar de não perceber o sentido das palavras que lhe são dirigidas, é sensível ao que ouve: som, ritmo, entoação.

A linguagem desenvolve-se nos homens, sobretudo em sociedade. Desde que nasce, a criança, está numa sociedade onde é submetida naturalmente à influência da linguagem dos seus próximos. Pode-se afirmar, a priori, que a linguagem praticada pelos adultos que a rodeiam apresenta diferenças de acordo com a categoria sociocultural: socioprofissional e socioeconómica.

Contudo, existe um facto inegável: para que uma criança aprenda a falar

é necessário que lhe falem. É uma condição indispensável para a aquisição da linguagem.

Inúmeros exemplos de crianças que, por diversos motivos, foram separados da vida em sociedade, tais como Victor – a criança selvagem recolhida pelo professor Itard – que desde o seu nascimento conviveu com animais e plantas, afastada de qualquer ser humano. Esta criança não conseguiu atingir mais do que alguns rudimentos de expressão e compreensão verbal.

É fundamental perceber que «*a criança normalmente constituída dispõe, cognitivamente da faculdade de aprender a falar*» - Lentin (1990,pag.44).

No entanto, se a criança não dispuser de meios fundamentais ao funcionamento desta faculdade, ela não falará. O bebé desenvolverá a sua faculdade de aprender a falar em virtude daquilo de que ele poderá apropriar-se da linguagem emitida na sua presença.

O desenvolvimento da linguagem desenrola-se no processo geral de crescimento da criança. Falar supõe uma série de exercícios coordenados entre si, para os quais é preciso um treino, como para qualquer outro acto motor consciente.

É necessário que a criança seja capaz destes esforços, aumentando esta capacidade à medida que cresce, executando movimentos cada vez mais numerosos, diversificados e finos.

Para ensinar a criança a falar, mais do que falar à criança, é preciso fazê-la falar.

Os exercícios sensoriais, espontâneos e provocados, constituem um espaço importantíssimo na aprendizagem da linguagem. O treino dos sentidos da vista e do ouvido é fundamental para que a criança aprenda a falar em boas condições.

Crê-se que a aprendizagem da linguagem está intimamente ligada ao desenvolvimento da inteligência. Contudo, no estado actual das investigações, ainda não é possível afirmá-lo com segurança. Porém, existe certamente uma interdependência, pois as actividades sobre as quais se pretende avaliar a inteligência das crianças não podem estar desligadas da comunicação da linguagem. Em suma, não existe a possibilidade de avaliar a inteligência sem

recurso à linguagem.

2.2 PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES SONORAS E VERBAIS

No que diz respeito ao desenvolvimento da linguagem infantil, a origem das primeiras emissões vocais da criança é conhecida, sabendo-se até, a ordem em que apareceram, sem no entanto, poder definir-se uma idade para cada uma das manifestações. Um sem número de questões preocupa os pais e profissionais ligados à educação de crianças: Com que idade se senta o bebé? Com que idade nasce o primeiro dente? Com que idade começa a andar?—entre outras questões que naturalmente surgem.

Existem flutuações na passagem de uma etapa a outra de desenvolvimento. Uma criança que pareça não progredir durante determinado tempo, em qualquer das suas primeiras aquisições, poderá surpreender rapidamente os seus familiares com um desses avanços.

É importante sublinhar que não existe uma ordem exacta e fixa na sucessão de etapas, dos estádios de desenvolvimento, nem a duração é a mesma para todos os indivíduos.

2.2.1 UM A DOIS MESES

- Elemento linguagem/comunicação não sonora: o sorriso verdadeiro que responde quer a um diálogo, quer a uma graça. Já não se trata apenas, do sorriso da digestão ou da satisfação corporal estranha a qualquer comunicação.
- Emissões de voz isoladas. Por exemplo «aaaaa». São as primeiras manifestações sonoras para além das lágrimas e dos ruídos que acompanham geralmente o acto de mamar. Chama-se, muitas vezes, arrulhar.

2.2.2 DEPOIS DOS DOIS MESES ATÉ AOS NOVE MESES

Balucio, gorjeio, lalação. No início, é constituído principalmente por vogais. É muito variado este balucio: «*aa-e*», «*a-re*», «*a-gue*», «*lalala*», «*mamama*», «*papapa*», «*nanananana*», «*diadiadia*», «*a-u*», entre outros. Esta produção de balucios é uma actividade sensório-motora e os sons produzidos são, por vezes, estranhos em relação à língua falada em redor da criança.

Nesta fase de pré-linguagem, o bebé faz ouvir alguns sons que os seus pais teriam dificuldade de produzir. Como, por exemplo: «*rgl*», «*qrm*», «*clics*», ruídos produzidos com os lábios, bochechas, com a língua contra as gengivas, o palato, espécies de estalos, cliques de sucção parecidos com os que se produzem na mastigação, e muitos outros.

O lactente está apto a produzir mais cedo ou mais tarde, durante a aquisição, os sons próprios a todas as línguas do mundo. No entanto, não significa que cada bebé produza todos os sons.

O balucio de uma criança surda é semelhante ao de uma criança que ouve – esta realidade confirma a natureza sensório-motora desta actividade vocal, bem como, o papel pouco representativo da imitação neste estágio. De acordo com a professora universitária francesa Laurence Lentin (1990,p.49):

«As produções vocais só apresentam diferenças sensíveis entre as crianças surdas e as crianças que ouvem, a partir do momento em que a actividade vocal ultrapassa o exercício sensorio-motor para se transformar num sistema sonoro de comunicação, que utiliza sons, e oposições de sons determinados, que constituem quer exercícios de imitação, quer emissões conscientes para comunicar um pensamento definido.»

Isto não significa que antes deste estágio a criança não emita mensagens sonoras. Uma mãe sabe se o bebé chora devido a cólicas, se sofre de dor de dentes, se tem sono ou se quer beber um biberão de leite. As suas diferentes produções vocais estão, muitas vezes, ligadas a desejos, prazeres, desgostos. No decurso deste estágio, em que o balucio começa a diferenciar-se, a criança que ouve pode proceder a uma selecção de sons que

emite, enquanto que a criança que não ouve não pode. Esta selecção é feita a partir da sua experiência auditiva: repetição dos mesmos fonemas, que a mãe ou outras pessoas pronunciam, suscita o exercício, por imitação de determinados sons, já presentes no balbuciar. As crianças surdas, por não exercitarem a imitação não desenvolvem a linguagem oral.

É importante também verificar, que determinados sons vão desaparecer do repertório do bebé para voltarem a aparecer dois ou três anos mais tarde. Um exemplo disto é o «r», que numa fase inicial, está presente em qualquer balbuciar, num ou noutra momento, e deixa de aparecer numa fase em que a linguagem começa a ser mais elaborada. Este facto também acontece com as consoantes sonoras como o «d» ou o «b» que aparecem no balbuciar e só voltam a aparecer na linguagem depois do «l» e do «p».

Por conseguinte, se após uma fase balbuciante significativa, o bebé chinês falará chinês, o bebé espanhol falará espanhol e a criança francesa, separada da família e criada com uma ama inglesa, falará inglês. A criança surda não falará, a menos que tenha sido submetida a uma aprendizagem especial. O ser humano está, desde o seu nascimento, pronto a adquirir uma linguagem que irá ser a linguagem constituída a partir da sua experiência. Não será demasiado frisar, o importante papel que desempenha a linguagem falada em volta do bebé (uma vez que o primeiro requisito para que a aprendizagem da fala progrida satisfatoriamente é o estímulo do adulto), a linguagem utilizada para falar com ele, a importância da qualidade do acolhimento feito pelos seus familiares aos primeiros exercícios de repetição, ou tentativas de comunicação, deste ser ainda em formação. Os bebés imitam, de um modo espontâneo, tudo quanto vêem e tudo quanto ouvem, particularmente se for produzido pelos seus pais. Além das carícias, do sorriso ou do olhar, a linguagem serve para transmitir ao bebé os sentimentos que a família lhe inspira.

2.2.3 AS PRIMEIRAS PALAVRAS

A palavra é um dos privilégios exclusivos do ser humano. As crianças nascem organicamente preparadas para falar, mas há uma grande diferença entre emitir sons e articulá-los numa linguagem inteligível.

Do balbucio que cada criança é capaz de produzir durante um tempo, que pode ser mais ou menos longo, surge a linguagem.

«Mamã» ou «Papá», só muito raramente, são as primeiras palavras proferidas por um bebé, apesar de muitos pais e educadores, pensarem que sim. Outra situação ilusória que ocorre, muitas vezes, é o facto do adulto atribuir a utilização consciente de palavras ao bebé, de uma forma abusiva, enquanto que este pode estar só a balbuciar e não ter consciência do que proferiu. Relativamente aos erros que as crianças cometem ao falar, por vezes, o adulto não tem uma atitude muito positiva, uma vez que, sente estes erros em relação à sua própria linguagem, em vez de os situar como factos, na linguagem da criança.

Não é suficiente, portanto, que a criança produza uma emissão sonora parecida com o que é para nós uma palavra, pois para a criança, esta palavra pertence ao seu universo linguístico do momento. É o caso das palavras «mamã» e «papá».

De acordo com Lentin (1990,p.51): «*uma criança pode por exemplo designar por “vava” os cães ou todos os animais, ou todos os brinquedos de peluche que tenham a forma de animais*». Segundo a mesma autora, não é aconselhável indicar a idade para a pronúncia das primeiras palavras. Entre os sete, oito, nove meses e vinte e quatro ou trinta meses realiza-se a mudança progressiva (lenta, rápida, regular ou aos saltos) do balbucio em palavras que, rapidamente, se transformarão em palavras–frases, em frases e, por fim...numa linguagem sintacticamente estruturada.

A observação contínua e persistente de crianças muito novas levanta muitos e difíceis problemas. No entanto, existe uma verdade que é importante sublinhar, ainda na opinião de Lentin: para que a função da linguagem apareça na criança é necessário a intervenção da inteligência. Aprender a falar supõe

uma actividade mental que estabeleça a correspondência entre um objecto, um acto, um pensamento e uma emissão sonora. A linguagem é, por conseguinte um sistema complexo.

2.3 SELECÇÃO DE FONEMAS

A criança selecciona, dos sons do seu balbucio, uma parte daqueles que são utilizados por quem a rodeia. Esta escolha é facilitada e favorecida pelo acolhimento activo, manifestado pelo seu ambiente perante os ensaios vocais. A mãe tem um papel preponderante neste processo porque fala com o seu filho, desde o seu nascimento, ainda que este não a compreenda. Esta acção da linguagem da mãe pode ser qualificada de linguisticamente pedagógica, a partir do estágio do balbucio. As reacções da mãe, perante as primeiras tentativas da criança, bem como as suas iniciativas, orientam o bebé para a escolha das suas emissões vocais, como também o encorajam a exercitar-se, estimulando-o nas suas novas aquisições. A fase do balbucio enriquece-se, e fica com maior precisão, ao alimentar-se com as respostas e as solicitações da mãe decorrentes do processo vincutivo mãe/filho. No entanto, não seria prudente descurar aqui o papel do pai, dos irmãos, dos avós, dos educadores, enfim... de todas as pessoas que circundam a criança.

O bebé reproduz os sons e/ou as entoações. Algumas crianças imitam muito cedo a melodia dos enunciados dos adultos sem diferenciar nele as palavras. Porém, uma questão coloca-se: Qual o significado para a criança daquilo que percebemos na sua produção, como modulação amável ou zangada, mas ininteligível? O funcionamento cognitivo, durante este período, é ainda mal conhecido. Podemos perceber algumas manifestações fónicas, mas não interpretá-las. Por outro lado, a repetição das palavras pode ser feita em eco: logo após a produção do adulto ou por repetição. A criança repete, mais ou menos facilmente, as palavras que o adulto, mais frequentemente e com mais insistência, lhe propõe que diga. No âmbito de uma situação familiar é proposto à criança que diga «cucu», «obrigado», «adeus», «iogurte», «sopa», entre outras palavras. Quando o bebé reproduz estas palavras, muitas vezes,

não identifica o objecto. Já é quase uma repetição motriz, que não é ainda acompanhada, de uma representação mental. Todavia, é importantíssimo este exercício motor, no sentido da articulação das palavras. O facto de toda a família ficar feliz por observar que a criança «já fala» - ainda que isto não corresponda à verdade, representa, como já dissemos, um encorajamento salutar que favorece, certamente, a chegada das primeiras palavras verdadeiras, que assumem um valor representativo. As emissões fónicas podem agora tornar-se veículos de comunicação social.

Para concluir, durante alguns meses existe uma fonação que não é, exactamente, linguagem e uma fonação que já é linguagem.

Segundo Lentin (1990,p.19) «*a apetência para a linguagem é criada a partir do segundo ano. Os seus efeitos observam-se e ficam para toda a vida*».

2.4 CAUSAS DOS PROBLEMAS DE LINGUAGEM

Na opinião da médica pediatra Andrada (1989, p.39):

«O desenvolvimento da linguagem na criança é um mecanismo complexo que depende de vários factores:

1. Integridade e maturação do Sistema Nervoso Central
2. Integridade e maturação do Sistema sensorio-motor e dos órgãos fonadores cuja inervação depende também do Sistema nervoso vegetativo.
3. Qualidade da relação com o MEIO AMBIENTE o que depende de factores de ordem afectiva e social.
4. Modelo linguístico a integrar, influenciado por factores socioculturais e de estimulação do MEIO AMBIENTE»

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neuropediatria, o défice de audição, o atraso de desenvolvimento, a prematuridade, o autismo e a falta de estimulação são as causas mais frequentes de Atraso da Linguagem. Noutras circunstâncias, pode ocorrer o denominado mutismo selectivo. Neste caso, a criança só fala em determinados ambientes. Por exemplo: não fala na escola e comunica, normalmente, em casa.

Por outro lado, as Perturbações Específicas do Desenvolvimento da Linguagem (PEDL) são, essencialmente, devidas a factores genéticos, tal como foi demonstrado em estudos efectuados em gémeos. Perante o mesmo ambiente familiar, nos gémeos verdadeiros (monozigóticos – têm os mesmos genes) se um deles tem PEDL, a probabilidade de o irmão também ter é de 100%, enquanto que nos gémeos falsos (dizigóticos – têm genes diferentes) é de 50%. Estas perturbações não resultam de lesões visíveis na estrutura do cérebro, mas no modo de funcionamento dos circuitos cerebrais que envolvem as áreas da linguagem. A regressão da linguagem pode ser causada por uma doença metabólica ou um tumor no Sistema Nervoso Central (SNC), um síndrome epiléptico específico denominado Landau-Kleffner ou determinados quadros de autismo.

Para evitar que crianças e adolescentes venham a ter problemas de linguagem é fundamental fazer um diagnóstico precoce. Crianças com idades compreendidas entre os doze e os dezoito meses, quando os seus pais suspeitam de problemas, ou atraso na linguagem, ou não reagem facilmente ao som, devem ser observadas por profissionais qualificados. São considerados sinais de alarme:

- não falar consoante/vogal, aos 8 meses, e não apontar, aos 12 meses;
- não emitir nenhuma palavra, aos 16 meses, não realizar expressões de duas palavras, aos 2 anos, e não construir frases, aos 3 anos;
- possuir uma linguagem incompreensível para os pais, aos 2 anos, e para estranhos, aos 3 anos;
- “falar por falar” e não o fazer para “comunicar”, aos 2 anos;
- não contar uma história, aos 3 anos;
- possuir defeitos na articulação das palavras, aos 6 anos;
- . existir suspeita de regressão da linguagem, em qualquer idade.

Estes problemas merecem especial atenção e é aconselhável frequentar uma consulta de neuropediatria ou de desenvolvimento. Na opinião da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria, deve ser realizada uma avaliação: da audição, do nível cognitivo, do desenvolvimento da linguagem, do desenvolvimento motor, da integração social e da comunicação. Não é sempre necessário submeter a criança a exames de diagnóstico, tais como Tomografia Axial Computorizada (TAC), Ressonância Magnética ou Electroencefalograma (EEG), excepto, se há história de epilepsia, regressão da linguagem ou alterações no exame neurológico. Tal como já antes foi afirmado, deverá haver sensibilidade para o facto da criança ter um ritmo próprio no desenrolar das suas aquisições. Em alguns casos, pode ser necessária uma atitude de vigilância face à criança, sem necessidade de intervenção imediata.

2.5 ALGUNS DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO E DA LINGUAGEM

2.5.1 A DISLÁLIA

Um outro problema de linguagem que pode ocorrer é a dislália. Na literatura existem muitos dados referentes ao estudo do desenvolvimento das primeiras etapas da linguagem normal. A maioria das investigações realizadas, sobretudo a partir dos 4 anos de idade, são documentos que analisam as formas metalinguísticas e os diversos usos da linguagem. No entanto, na última década, houve uma renovação do interesse sobre a avaliação fonológica em crianças (Ingram, 1976), como resultado de experiências em que se constatou a transcendência das estratégias de ordenação dos traços característicos das imagens auditivas para permitir os actos de fala.

Os problemas de pronúncia são muito complexos, entre outras razões, porque combinam factores de dois tipos: fonéticos e fonológicos. Na opinião de Peña-Casanova, (1997, p.131) ao citar Issler (1983):

«As dificuldades, que a princípio são fonéticas ou “fisiológicas”, iriam converter-se em linguísticas ou fonológicas, já que a maioria das crianças, com o desenvolvimento, vai-se dando conta de como um som, “fonémico” pode diferenciar palavras»

Ainda de acordo com Peña-Casanova, (1997), quando volta a citar Issler (1983), no que diz respeito à classificação das dislalias, existem as dislalias fonológicas e as dislalias fonéticas. Os traços característicos das primeiras estariam presentes nos processos de discriminação auditiva, afectando os mecanismos de conceitualização dos sons e das relações entre os significantes e os significados. Os sons não se organizam em sistemas, nem existe uma forma apropriada de utilizá-los dentro de um contexto. Nas segundas, os traços são fisiológicos, de realização articulatória com falta de sensibilidade orgânica e de descoordenação motora. O ritmo vocálico torna-se alterado pela inconsistência da prática fonatória e pela imprecisão ao produzir sons contrastados.

A dislália consiste na presença de erros na articulação dos sons da fala, em pessoas que apresentam patologia não comprometida com o SNC, mas sim, com órgãos fonoarticulatórios. Existe uma má pronúncia das palavras, omitindo ou acrescentando fonemas, trocando um fonema por outro, ou ainda, distorcendo-os. A falha na emissão das palavras pode ainda ocorrer a nível de fonemas ou de sílabas. Desta maneira, os sintomas de dislália situam-se na omissão, substituição ou deformação de fonemas. De um modo geral, a palavra do dislático é fluida, embora possa ser até ininteligível, podendo o desenvolvimento da linguagem estar nos parâmetros normais ou com leve atraso. No entanto, não se observam transtornos nos movimentos dos músculos que intervêm na articulação e emissão da palavra. Em muitos casos, a pronúncia das vogais e dos ditongos costuma ser correcta, bem como, a habilidade para imitar sons. Não se nota disfonia (alterações auditivas ou físicas que podem resultar num impedimento do uso da voz) nem “ronqueira”.

Perante uma dislália, é necessário fazer-se uma pesquisa das condições físicas dos órgãos necessários à emissão das palavras, verifica-se a mobilidade destes órgãos, ou seja, do palato, dos lábios, da língua, assim

como da audição, tanto a nível quantitativo como ao nível qualitativo percepção auditiva. As dislalias constituem um grupo numeroso de perturbações orgânicas ou funcionais da palavra.

2.5.2 A DISARTRIA

A disartria, por sua vez, consiste na dificuldade de articular as palavras, normalmente, em resultado de uma paresia, paralesia ou ataxia dos músculos que intervêm nesta articulação. A perturbação é mais acentuada quando se trata de pronunciar as consoantes labiais e linguais, as quais são omitidas ao dizer as palavras. Para compreendermos melhor este tipo de impedimento, será melhor clarificarmos alguns conceitos. De acordo com o dicionário digital de termos médicos, paresia é uma «*perda discreta da força muscular, uma paralesia moderada*». Ataxia é, por conseguinte, uma «*falta de coordenação dos movimentos podendo afectar a força muscular e o equilíbrio de uma pessoa*».

2.5.3 A DISLEXIA

Num sentido amplo, a dislexia é um conjunto de distúrbios que afectam a aprendizagem e o desenvolvimento da leitura e da escrita. É um distúrbio específico da linguagem caracterizado pela dificuldade em descodificar palavras. De acordo com a Associação Brasileira de Dislexia, trata-se de uma insuficiência do processo fonoaudiológico e inclui-se entre os problemas de leitura e aquisição da capacidade de escrever e soletrar. A criança disléxica, apesar de revelar dificuldade em descodificar certas letras, pode apresentar, muitas vezes, um QI perfeitamente compatível com a idade, ou acima da média.

2.5.4 A DISGLOSSIA

A disglossia é um distúrbio da expressão da fala causado por alterações anatómicas e/ou fisiológicas dos órgãos fonoarticuladores. É caracterizada por uma dificuldade na produção oral cuja causa possa ser de origem periférica, não relacionada directamente com alterações neuropsicológicas.

São algumas causas da disglossia: malformações congénitas craniofaciais; transtornos do crescimento que afectam directamente os órgãos da fala e anomalias adquiridas como consequência de lesões na estrutura orofacial ou extirpações cirúrgicas; má oclusão por malformações; atresia ou ressecção mandibular; lábio leporino com ou sem fissura palatina; traumatismos craciofaciais; véu palatino paralisado, alongado ou fissurado; anquiloglosia,; glosectomia; paralisia da língua e alterações na cavidade nasal. Determinadas situações podem estar associadas ao quadro de disglossia, acentuando-o como o défice intelectual e a hipoacusia.

2.5.5 A DISFONIA

É definida como uma alteração de uma ou mais das características acústicas da voz, envolvendo vários aspectos: altura, intensidade, estabilidade da voz, entre outras. O distúrbio pode ser transitório ou permanente. A sua alteração máxima, ou seja, a sua perda total, designa-se afonia. As disfonias são classificadas como funcionais e orgânicas. As primeiras, são decorrentes do mau uso, educação ou modelo vocal inadequados ou excesso de uso do aparelho fonador. As segundas, são causadas por alterações anatomo-patológicas, de uma ou mais estruturas, do aparelho fonador. As disfonias podem ainda ser psicogénicas, e então, são de origem emocional e psicológica.

Para se determinar o grau de alteração de uma voz, é importante considerar as circunstâncias emocionais, os factores culturais e estéticos, a idade, o sexo, o nível de exigência da pessoa. Após análise criteriosa desses factores e dos exames médicos, como a videolaringoscopia é que se chega a

um diagnóstico adequado e a indicação ou não de fonoterapia.

2.5.6 A DISFEMIA

A disfemia é um distúrbio da fluência da fala que se manifesta por uma interrupção do ritmo da expressão verbal, de forma mais ou menos brusca. Este facto, provoca uma alteração do discurso, que é acompanhada de outras manifestações que alteram a coordenação fono-respiratória e do tónus muscular na fonoarticulação. Alguns factores psicológicos estão associados à disfemia, e agravam a situação, tornando o tratamento mais difícil.

Existem dois tipos de disfemia:

- a gagueira tónica – caracterizada por espasmos que afectam grupos musculares relacionados com a fala e que provocam bloqueios bruscos com grande esforço que intensifica, ainda mais, o tónus muscular e provoca uma fala explosiva e violenta;

- a gagueira clónica – ocorrem contracções bucais leves e rápidas que provocam uma repetição indesejável de vocábulos.

2.5.7 ATRASO DE LINGUAGEM

De acordo com Peña-Casanova (1997,p.4) atraso de linguagem «*é a falta de desenvolvimento da linguagem na idade em que normalmente ocorre*». Pode também ser definido como um desenvolvimento menor do que era esperado para a idade, na qual, a criança se encontra. Determinados padrões linguísticos, típicos de crianças mais novas, caracterizam o atraso. Alguns processos dificultadores da fala, tais como, vocábulos restritos, o uso reduzido de artigos e preposições, expressões incorrectas de tempos verbais evidenciam uma habilidade reduzida do uso da língua, caracterizando um atraso leve de linguagem.

Quanto maior for a intensidade das características acima descritas, maior

é a complexidade e o agravamento do grau de atraso na linguagem.

Acontece, com muita frequência, estar na base de um atraso de linguagem, uma causa social (educativa), contudo, existem também factores biológicos (disfunções cerebrais mínimas) associados ou causadores deste quadro. Quando isto acontece, a causa pode ser de etiologia biológica, sendo comum as crianças apresentarem transtornos de comportamento com défice de atenção e de memória, hiperactividade, defeitos articulatorios, mobilidade oral alterada taquilalia (falar rápido e precipitado), não presentes no atraso de linguagem simples.

Défice de memória e de atenção, dificuldades motoras, afectivas e sociais, como superprotecção, bilinguismo e meio familiar pouco estimulante são factores que também podem comprometer o desenvolvimento da linguagem.

2.5.8 A AFASIA

As afasias são distúrbios adquiridos da linguagem devido a uma lesão cerebral. Salvo excepções, apresentam-se com alterações da leitura e da escrita. Na opinião de Peña-Casanova (1997, p. 5):

«Distinguem-se diferentes tipos clínicos, segundo o predomínio das alterações em uma ou outra das vertentes da linguagem (expressão, compreensão, repetição e denominação). O exemplo típico dos distúrbios da expressão com compreensão relativamente preservada constitui a afasia tipo Broca. No pólo oposto, a afasia tipo Wernicke caracteriza-se por distúrbios graves da compreensão, com preservação dos sistemas de produção verbal.»

A afasia congénita trata-se da falta do aparecimento da linguagem em crianças que aparentemente não apresentam manifestações de síndromas que poderiam explicar a sua ausência (surdez, autismo). Pode afectar, predominantemente, a expressão, a compreensão, ou ambas. É importante estabelecer um paralelo entre afasia congénita e atraso na linguagem, pois

estas patologias são semelhantes em alguns aspectos.

Seria importante observar o grau de atraso no aparecimento da linguagem, bem como, as alterações no desenvolvimento das diferentes etapas da aquisição de linguagem.

Comparativamente, as crianças com atraso de linguagem passam pelas etapas clássicas do desenvolvimento linguístico, enquanto que, nas crianças afásicas esta realidade não se observa. Por outro lado, nos atrasos de linguagem, geralmente a compreensão está preservada havendo um comprometimento maior da expressão. Nas afasias quase sempre existem problemas na compreensão.

2.5.9 O MUTISMO

De acordo com Peña-Casanova, (1997), trata-se do desaparecimento da linguagem desenvolvida pela criança, sem que exista lesão cerebral nem causa orgânica aparente. As causas emocionais encontram-se na base do distúrbio.

O mutismo selectivo resulta numa incapacidade da criança, em falar e comunicar verbalmente, em determinadas situações, o que acaba por interferir no seu desenvolvimento académico e social. São crianças que apresentam sintomas de ansiedade, na presença de pessoas de fora do seu círculo de confiança. São capazes de conversar, normalmente, com pais e professores, entretanto, na presença de visitas, novos colegas ou pessoas desconhecidas tornam-se mudos, incapazes de responder a perguntas propostas.

2.6 A TERAPIA DA FALA

De acordo com Valle (2002,p.1) , o «*termo dicção é de origem latina dictio, do verbo dicere sendo definido como «maneira de dizer», conjunto de processos que fazem parte da arte de dizer, que inclui: articulação, pronúncia, pontuação e declamação*». Da maneira de dizer fazem também parte a postura

corporal do indivíduo, os seus gestos, a sua fisionomia e o seu olhar, que contribuem para que a mensagem seja bem transmitida. Recursos para o relaxamento físico que favoreçam a disposição mental, actividades que promovam o conhecimento do nosso corpo, bem como, actividades que beneficiem o uso da respiração ao falar devem ser utilizados.

A dicção está inserida, fortemente, num universo psicofísico e sociocultural, abordando aspectos, tais como, ajudar as pessoas a superarem o medo de falar em público. Muitas pessoas, ao enfrentarem um grande público, percebem o pensamento confuso, o corpo e a voz presos. Esta actividade pressupõe um domínio sobre a palavra e a espontaneidade. A fonoaudiologia, através de recursos variados, pode auxiliar os prelectores a tornarem-se mais confiantes, conscientes e cuidadosos com a sua postura, pronúncia, respiração, voz e modo de organizar e expressar o pensamento.

Um aspecto básico da fonoaudiologia é o da clareza articulatória. De acordo com a língua portuguesa, articulamos sons utilizando os lábios, a língua, os dentes, o palato e o véu palatino que, fazendo junções entre si, formam obstáculos à corrente aérea vinda dos pulmões, produzindo os sons dos diversos fonemas, com a presença da vibração das cordas vocais (fonemas sonoros), ou não (fonemas surdos).

Em síntese, a integridade dos órgãos fonoarticulatórios é fundamental para o bem falar.

A qualidade do som produzido pela nossa voz, pelas cordas vocais e da ressonância deste na própria laringe, na faringe, na boca, no nariz e nos ossos da face, permitindo a boa qualidade da emissão do som articulado e a sua projecção no ambiente. Na opinião de Valle (2002,p.3) «*Descobrir e interagir com as possibilidades expressivas da variação do som das falas e das pausas é dar vida à comunicação*»

O ritmo da linguagem falada é inerente à sua adequada utilização. Segundo o orador romano Cícero: «*há na palavra uma espécie de canto*» (ibidem), isto é, a música de um discurso pode prender a atenção e encantar uma plateia com a sua melodia.

O timbre da voz dependerá do som, nascido nas cordas vocais, e da maneira como se processam a ressonância e a articulação. A projecção vocal no ambiente dependerá da qualidade do som glótico, da intensidade, da altura e do impulso dado ao sopro sonoro articulado. As pessoas que, na sua profissão, utilizam muito a expressão falada, necessitam de aperfeiçoar a dicção e cuidar da voz para mantê-la saudável: beber água com abundância, repousar o suficiente, cuidar das alergias respiratórias, evitar hábitos pouco saudáveis, entre outros.

CAPÍTULO III – A EDUCAÇÃO SOCIAL

3. A EDUCAÇÃO SOCIAL

Para se abordar convenientemente este tema é fundamental fazer, em primeiro lugar, um enquadramento da disciplina – Educação Social – no contexto do campo de intervenção do educador social.

De acordo com Guedes (2004, p.2965), na enciclopédia da Editorial Verbo: «*Educar significa, etimologicamente, «elear», «tornar maior» e aplica-se ao desenvolvimento das faculdades do homem, intelectuais e físicas. (...)»* Social é «*relativo à sociedade, que diz respeito à sociedade»*. Consequentemente, a Educação Social inscreve-se no acto ou efeito de educar a sociedade.

Concretamente, o educador social tem como responsabilidades: intervir nos domínios psicossociológicos das populações que se encontram em situações de risco, desenvolver acções de prevenção, de (re)inserção social e, de desenvolvimento pessoal dos cidadãos, no sentido de lhes proporcionar uma melhoria das condições de vida. Os educadores sociais agem, igualmente, como os animadores sócio-culturais, no espaço da população em geral e no quadro da prevenção primária. Como campo de acção, os educadores sociais intervêm em áreas ligadas à Saúde (lares da terceira idade, hospitais e centros de saúde), à Justiça (estabelecimentos prisionais, institutos de reinserção social), à Educação (estabelecimentos de ensino), ao Trabalho e Segurança Social, à Administração Interna (autarquias), ao Tratamento/Acompanhamento de vários tipos de dependência, nomeadamente toxicodependência, alcoologia, entre outras, a Instituições Privadas e Públicas de Solidariedade Social e a Organizações não Governamentais para o Desenvolvimento.

3.1 A EXCLUSÃO E A INCLUSÃO SOCIAL

A problemática da exclusão social reflecte algumas dificuldades, quando se torna necessário definir, com rigor, a que categorias pertencem aqueles que são excluídos socialmente.

No que diz respeito ao conceito de exclusão social e, na opinião da Rede Europeia das Associações de Luta contra a Pobreza e a Exclusão Social (EAPN, 1996), entende-se por exclusão social tudo o que se relaciona com aspectos de precariedade, desemprego de longa duração, baixa qualificação, instabilidade das estruturas familiares, exiguidade das reformas, analfabetismo, doença, dificuldade de alojamento nas grandes cidades, entre outros.

É pois fundamental referir que, considera-se excluído socialmente um indivíduo, quando não estão esgotadas todas as oportunidades que a sociedade deveria oferecer (Amaro, 2001). Quando se verifica privação, falta de recursos ou ausência de cidadania podemos concluir que há exclusão social. A cidadania implica uma participação activa e directa do cidadão na sociedade. Ainda na opinião de Rogério Amaro, a sociedade organiza-se e exprime-se em várias vertentes: ambiental, cultural, económica, política e social.

A exclusão social é analisada, de acordo com as várias dimensões que tem:

- a da personalidade – no sentido da dignidade, da auto-estima, do auto-reconhecimento do indivíduo;
- a das redes de pertença social – desde a família, à vizinhança, aos grupos de convívio e à sociedade em sentido lato;
- a da profissão – as tarefas realizadas e socialmente reconhecidas, quer sob a forma de emprego remunerado (uma vez que, a forma dominante de reconhecimento social assenta na possibilidade de se auferir um salário, traduzível em poder de compra e em estatuto de consumidor); quer sob a forma de trabalho voluntário (não remunerado);
- a de assumir iniciativas, de definir e concretizar projectos, de inventar e criar acções;

- a do acesso à informação (escolar ou não; formal ou informal), necessária à tomada fundamentada de decisões, e da capacidade crítica face à sociedade e ao ambiente envolvente;
- a do rendimento – dos bens materiais, do poder de compra, do acesso a níveis de consumo médios da sociedade.

Uma vez definida e caracterizada a exclusão social, a inclusão social deve entender-se como um processo que viabiliza o acesso às oportunidades na sociedade, a quem dele estava excluído, permitindo a esse indivíduo voltar a ter uma relação interactiva com a sua família, ou com a sociedade enquanto organismo do qual fazia parte. Desta forma, a inclusão traz-lhe algo que o enriquece e, simultaneamente, mantém a sua individualidade e especificidade.

Nestes termos, a integração é sempre uma oportunidade de mais valia para a sociedade, através do seu enriquecimento pela diversidade.

Como duplo processo que foi referido, a integração associa duas lógicas:

– a do indivíduo – que passa a ter acesso às oportunidades da sociedade, podendo escolher se as utiliza ou não (uma vez que, ninguém pode ser obrigado a sair da sua situação de exclusão social, apenas se podendo oferecer e aumentar as possibilidades de escolha). A este processo (se a opção for pela positiva) chamaremos de inserção na sociedade;

– a da sociedade—que se organiza de forma a abrir as suas oportunidades para todos, reforçando-as e tornando-as equitativas.

Pretende-se analisar o papel que o educador social tem, nomeadamente, as suas práticas educativas de intervenção, no contexto das novas concepções de exclusão social, numa sociedade multicultural, assolada por inúmeros problemas sociais e económicos.

3.2 O PAPEL DO EDUCADOR SOCIAL NA VIDA DA CRIANÇA

A educação social é um dos vectores fundamentais de intervenção social. As acções desenvolvidas neste domínio visam dotar e potenciar as pessoas de instrumentos valorativos, de competências pessoais de modo a contribuir para a integração social da pessoa e da sua família.

Como o centro da nossa atenção é a criança em idade escolar, que faz parte de uma família, o trabalho do educador social, como membro pertencente a uma equipa multidisciplinar de intervenção, deve versar sobre acções de carácter educativo, recreativo e social.

Integrado numa equipa técnica, e com base num acompanhamento efectivo junto dos agregados familiares, o educador social deverá fazer um levantamento das necessidades e desenvolver um conjunto de estratégias dirigidas às famílias, mais disfuncionais, e às condições de vida das crianças e jovens, em situação de risco.

A privação de um meio familiar adequado constitui um factor de risco acrescido para a construção de vidas plenas, no que respeita à participação e autonomia.

Trata-se de efectuar uma verdadeira aposta nas famílias, porque acreditamos que as mesmas, apoiadas, criarão condições para educar de forma diferente os seus filhos, contribuindo assim para crianças e jovens emocionalmente mais equilibrados, integrados socialmente e, principalmente, a gostarem de si e da vida. Se as famílias, ainda que apoiadas, não reagirem em benefício dos seus filhos então, o educador social e a sociedade em geral, deverão deixá-los a cargo de instituições bem equipadas e com a melhor capacidade pedagógica e afectiva possível. Contudo, estas instituições deverão, por sua vez, ter, no seu corpo docente e na sua equipa pedagógica, técnicos escolhidos de acordo com um perfil e com uma prática ética assente nos valores de cidadania. No entanto, sublinhamos que esta opção deverá ser a última a ser tomada.

Deste modo, nesta área de intervenção, o educador social deverá pretender atingir os seguintes objectivos:

- Prestar informação aos pais, no sentido de facilitar a sua compreensão perante os problemas escolares dos filhos, ajudando-os a ultrapassá-los;
- Explorar os motivos/causas do insucesso, absentismo e abandono escolar;
- Incentivar os pais a desenvolverem o sentido de responsabilidade nos filhos, no seu processo educativo, bem como, a valorização do seu esforço, desaconselhando a indiferença relativamente ao desempenho escolar, seja ele de sucesso ou não;
- Reforçar o papel preponderante que a escola tem na formação das crianças e adolescentes, repercutindo-se no seu desenvolvimento pessoal e futuro profissional;
- A prevenção do insucesso escolar e abandono precoce da escola, promovendo uma maior proximidade entre a escola e a família, através de uma boa comunicação;
- A prevenção de comportamentos desviantes, dando-se incidência às problemáticas do alcoolismo, toxicodependência e violência doméstica;
- Fortalecer a relação pais/filhos, os vínculos familiares, a dinâmica afectiva e a auto-estima;
- Inculcar hábitos de vida saudável, ao nível das rotinas, da saúde, da alimentação, da higiene pessoal e habitacional, relevando a sua importância ao nível pessoal e social;
- Promover a intergeracionalidade.

Uma aposta nas práticas parentais, que defendemos, seja de carácter curativo e preventivo, através de acções de sensibilização/formação dirigidas aos pais, por técnicos especializados, com distribuição de folhetos informativos,

e pelo acompanhamento técnico, regular e personalizado, às famílias, com particular incidência nas mais disfuncionais.

O educador social deverá participar em sessões de esclarecimento e/ou sensibilização com o objectivo de informar a população e esclarecer dúvidas sobre: planeamento familiar, sexualidade, higiene e alimentação - em conjunto com o Centro de Saúde local; toxicodependência – em parceria com o Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), entre outras acções de sensibilização.

Depois de abordado o papel do educador social no contexto da vida escolar da criança vamos agora debruçarmo-nos sobre o papel que este educador pode ter no âmbito da musicoterapia.

Se partirmos do pressuposto que o educador social está ao serviço da comunidade e, como membro de uma equipa, ele não pode desconhecer as necessidades das crianças que apoia. Para que uma criança tenha uma vida saudável, ela tem que estar rodeada de uma família saudável. Seguidamente, ela tem de estar incluída numa escola que lhe propicie uma educação saudável. Para que a educação ocorra com a plenitude desejável, ela tem que possuir um ensino diferenciado e pautado pela diversidade de áreas do saber. É aqui que se situa a educação musical que, ao lado da educação física, da expressão dramática, da dança, entre outras, acreditamos nós, num futuro próximo, poderá ajudar a criar condições para que a criança seja um adulto saudável, culto e feliz.

Porém, se essa aprendizagem se fizer com algumas dificuldades, a criança vai precisar de estratégias que a ajudem a colmatar esses problemas. A natureza dos obstáculos irá assinalar que tipo de ajuda a criança precisa. A musicoterapia e a música poderão estar no centro dessas estratégias. No âmbito da música, o efeito de relaxe que a criança adquire e o facto de se realizarem actividades musicais e terapêuticas que apelam para o lúdico, a criança adere mais facilmente, porque se diverte.

O papel do educador social deverá passar, efectivamente, pela compreensão do mundo que o rodeia. Assim, nos mais diversos campos de

intervenção, devemos enfatizar o seu papel junto daqueles que são marginalizados pela sociedade. Sociedade essa, que de modo directo ou indirecto, «arranja» mecanismos para não permitir a participação e intervenção dos que vivem à sua margem - excluindo-os! O educador social deve sentir e transmitir à alteridade, sentir a educação social como um processo que dura toda uma vida. O desafio de construir caminhos e alternativas - promovendo e apoiando pessoas quem não têm a mesma igualdade de oportunidades - é uma tarefa árdua. Com a circulação da informação e o intercâmbio de conhecimentos, o educador social deve desbravar um longo caminho que o conduza à humanização. Este caminho deverá passar pela pedagogia da indignação perante as infra-estruturas «surdas» e «cegas» quanto aos meios que podem disponibilizar. Deve ainda o educador social fomentar o desenvolvimento comunitário, criar situações de animação sociocultural, investir na formação ocupacional e laboral com vista ao desenvolvimento integral das pessoas e do seu bem-estar colectivo. O papel do educador social é o de partir de um pressuposto para operar a mudança, no sentido de um projecto educativo com a responsabilidade de ultrapassar toda a insegurança e incerteza, para atingir um projecto ético. A sua prática educativa deverá revestir-se de uma prática humanista.

II PARTE – ORGANIZAÇÃO E PLANIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

Intervenção com crianças com dificuldades no domínio da linguagem

(estudos de caso)

4. A PERTINÊNCIA DO ESTUDO

O estudo efectuado poderá vir a ser pertinente no sentido de que já vão sendo elaborados trabalhos de investigação no âmbito de algumas deficiências, nomeadamente Síndrome de Down e Autismo, entre outras. Não obstante, verificam-se ainda poucos estudos que se centram no campo dos problemas de linguagem, nomeadamente na área da musicoterapia, como terapêutica empregue no tratamento deste problema. Existe um número elevadíssimo de crianças que evidenciam insucesso escolar, porque têm sérios problemas na articulação de palavras, atrasos simples no desenvolvimento da linguagem, dispraxia da fala, desordem pragmático-semântico, agnosia auditiva, falhas na discriminação ou no processamento auditivo, inadequada estimulação no lar, problemas mentais, hiperactividade, dislexia...enfim, um variadíssimo leque de problemas associados a causas das disfunções de linguagem.

Parece-nos ser oportuno investigar em que medida a musicoterapia pode minorizar alguns problemas de linguagem, para tentar responder, adequadamente, à realidade de muitas crianças e, para além disso, porque existe necessidade de formação de profissionais nesta área da educação. Mais ainda, como Educadores Sociais temos uma responsabilidade acrescida em todo este processo.

4.1 OBJECTIVOS / VARIÁVEIS

Nas escolas do nosso país, assiste-se a uma desmotivação crescente pelas actividades escolares, por parte dos discentes, em virtude das suas

evidentes dificuldades de aprendizagem. As escolas, na sua maioria, não estão equipadas de meios, para que os professores de apoio educativo possam efectuar um trabalho atento e criterioso com estes alunos, individualmente. Na nossa opinião, o apoio educativo deveria ser composto por uma equipa multidisciplinar, com técnicos especializados em várias áreas: deficiências, terapia de fala, musicoterapia, educação social, psicologia, entre outras, a funcionar sempre dentro do espaço educativo. Por outro lado, a desmotivação frequente, sentida por estes alunos, leva-os, muitas vezes, a manifestar atitudes mais agressivas - a incorrer em problemas de comportamento, uma vez que não se sentem felizes com a sua aprendizagem e com o seu desempenho escolar. Assim, cumpre-nos a nós, educadores/professores, procurar técnicas que nos permitam tentar colmatar esta lacuna.

As expressões musicais e a musicoterapia vão resgatando a espontaneidade na medida em que caminham para a acção livre. Desta forma, podem mudar comportamentos e obter uma função terapêutica. O efeito de catarse de integração e de catarse como descarga afectiva pretendidos podem proporcionar ao indivíduo, com problemas de linguagem, uma libertação dos seus conflitos interiores e constituir uma influência positiva na sua vida. A catarse é muito frequente na musicoterapia como afirma Fregtman (1989).

O objectivo geral deste estudo é perceber até que ponto a música pode mudar o comportamento de crianças com problemas de linguagem.

O objectivo específico é tentar diminuir os problemas de linguagem dos alunos, contribuindo para a integração destes no grupo/turma, favorecendo o seu sentimento de pertença.

Para o efeito definimos como variáveis as seguintes:

Variável dependente:

Diminuir os problemas de linguagem.

Variáveis independentes:

A idade, o número de reprovações, o nível sócio-económico dos pais.

4.2 HIPÓTESES

Uma hipótese é uma suposição, é um conjunto de condições que se supõe serem verdadeiras e que são tomadas como ponto de partida para deduções. Para Bell (2002, p.35), ao citar Verma e Berd (1981, p.184) uma hipótese é «*uma proposição hipotética que será sujeita a verificação ao longo da investigação subsequente.*» [...] «*as hipóteses são palpites que o investigador possui sobre a existência de relações entre variáveis.*» (Ibidem). As hipóteses servem como linha de orientação a quem faz uma investigação. De acordo com este pressuposto, podem enunciar-se várias hipóteses para este problema de partida.

H1 – O efeito que a música tem na criança permite-lhe superar problemas de linguagem, com maior facilidade;

H2 – Quanto mais graves forem os problemas de linguagem verificados na criança maior será o efeito da música como terapia;

H3 – Os efeitos da musicoterapia, em problemas de linguagem, verificam-se mais facilmente se a criança não tiver ainda tido qualquer experiência musical;

H4 – Crianças oriundas de um nível socioeconómico baixo têm a probabilidade de apresentar problemas de linguagem mais notórios.

4.3 AMOSTRA

A população alvo do estudo de caso é composta por 3 crianças do sexo feminino com 5 anos de idade. Não houve nenhuma razão intencional em relação ao sexo, no entanto estas 3 crianças reuniam os critérios pretendidos. Frequentam o ensino pré-escolar na instituição denominada Centro de Acção Social do Concelho de Ílhavo (CASCI). Uma delas, frequenta o ensino pré-escolar no Centro de Infância da Barra – espaço que pertence à mesma instituição – e as outras duas, frequentam o ensino pré-escolar no Centro de Infância de Ílhavo.

Ao procurar saber em que medida é que a música, como terapia, pode ajudar crianças com problemas ao nível da linguagem, escolhemos 3 crianças do sexo feminino com um desenvolvimento adequado à sua idade, em todas as áreas do desenvolvimento nomeadamente: capacidades posturais passivas, capacidades posturais activas, capacidades locomotoras, capacidades manipulativas, capacidades visuais, interacção social, autonomia e cognição. No entanto, evidenciam problemas no que diz respeito à audição/ linguagem e fala/ linguagem.

4.4 PROCEDIMENTOS GERAIS

Para elaborar este estudo, foi contactada a Direcção do CASCI procedendo-se a uma conversa informal, no sentido de averiguar que tipo de apoio pedagógico, bem como, que tipo de técnicos esta instituição disponibiliza às crianças, no trabalho que efectua. Ao verificar-se que não existia ainda nenhum trabalho no âmbito da musicoterapia, pensou-se ser este um bom espaço para realizar a investigação. Esta instituição mostrou disponibilidade em colaborar neste projecto. Assim sendo, foi elaborado um pedido de autorização por escrito. (Anexo I).

4.5 A CIDADE DE ÍLHAVO

Um projecto educativo deve exprimir a forma como a comunidade toma consciência da sua própria identidade, afirma a sua autonomia e define o sentido da sua acção educativa dentro de um sistema educativo global. Porque este deve estar, intimamente, ligado à vida da comunidade faz-se uma breve apresentação do meio onde a instituição está inserida.

Ílhavo é uma cidade situada no distrito de Aveiro, na região centro e sub-região do Baixo Vouga. Possui uma área de 73,5 Km² e 39 247 habitantes. Fazem parte desta cidade 4 freguesias, nomeadamente: a da Gafanha da Encarnação, a da Gafanha da Nazaré, a da Gafanha do Carmo e a de São

Salvador. Ílhavo é um dos 19 municípios da cidade de Aveiro, é dividido em três por braços da ria de Aveiro. É limitado a norte pelo município de Aveiro e a sul pelo município de Vagos.

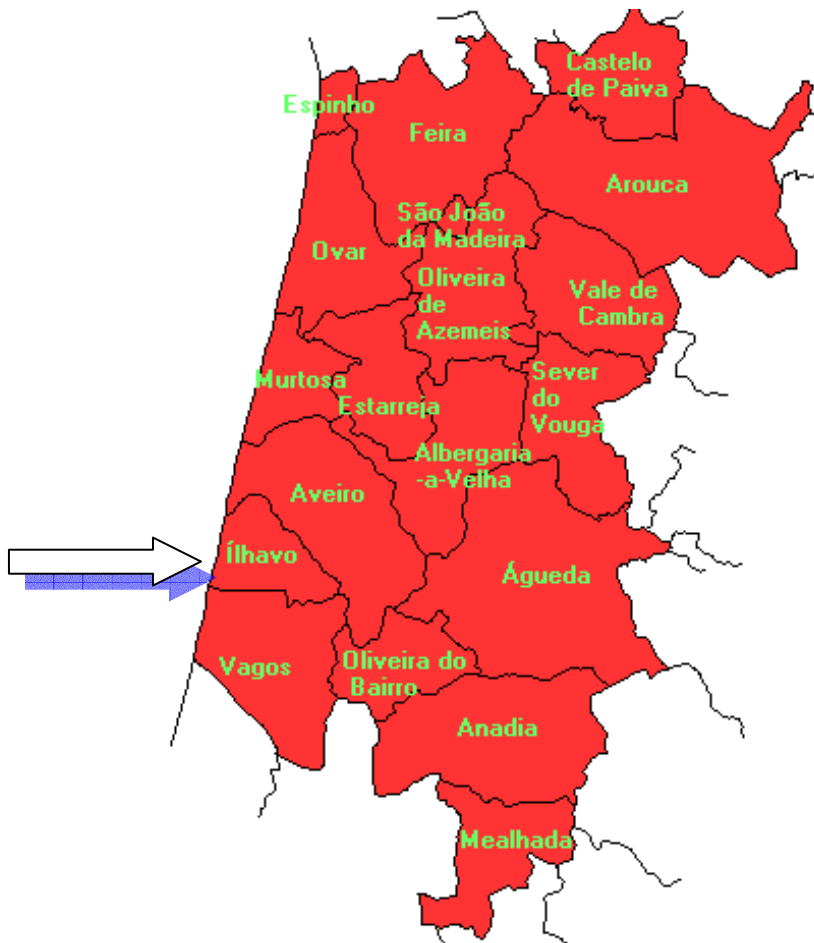


Figura 1 – Municípios do Distrito de Aveiro

O concelho de Ílhavo recebeu foral de D. Dinis em 13 de Outubro de 1296 e foi elevado a cidade em 9 de Agosto de 1990. É uma cidade conhecida pela sua indústria, nomeadamente a porcelana Vista Alegre, entre outras. Integram este município duas praias: a praia da Barra onde existe um dos muitos faróis marítimos de Portugal – o farol da Barra – e a praia da Costa-Nova do Prado sendo um dos locais conhecidos pelas casas típicas, listadas e caracterizadas pelas suas cores vivas e alegres.

A população ilhavense distribui-se por três sectores económicos: sector Primário, sector Secundário e sector Terciário.

As actividades económicas do sector primário, prendem-se com:

- Piscicultura;
- Apanha de bivalves;
- Pesca artesanal;
- Produção hortícola;
- Produção de batata e de milho;
- Floricultura.

As principais actividades económicas do sector secundário são:

- Pesca costeira;
- Pesca longínqua;
- Transporte marítimo (no concelho existe um porto Comercial e Industrial);
- Produção de porcelanas e faianças;
- Produção de materiais de construção, pavimentares e decorativos;
- Construção naval;
- Refrigeração e transformação de produtos alimentares;
- Indústria petroquímica;
- Indústria química;
- Metalomecânica;
- Carpintaria para construção;
- Produção de têxteis.

No que diz respeito ao sector terciário, a descrição das actividades passa a ser a seguinte:

- Comércio de produtos alimentares congelados e ultracongelados;
- Supermercados;
- Padarias e pastelarias;
- Sapatarias;
- Comércio de materiais de construção;

- Lojas de vestuário;
- Comércio de porcelanas e faianças;
- Peixarias;
- Livrarias.

A cidade de Ílhavo é uma zona de riscos sociais múltiplos, existindo um elevado número de famílias com problemas que envolvem vários factores de risco e/ou disfuncionalidades ao nível da saúde, do emprego, da estruturação familiar, da protecção familiar, da protecção social e da toxicodependência. Como consequência, existe um variado número de problemas sociais ao nível da infância e pré-adolescência.

4.6 A INSTITUIÇÃO ONDE É REALIZADO O ESTUDO

O CASCI (Centro de Acção Social do Concelho de Ílhavo) é uma associação, sem fins lucrativos, situada no concelho de Ílhavo, que actua na área da acção social, que pretende promover e apoiar crianças com várias necessidades educativas especiais, e entre estas, crianças portadoras de deficiências de carácter prolongado.

O CASCI, Instituição Particular de Solidariedade Social, foi criado em 1980 por um grupo de cidadãos interessados na resolução de problemas, sociais e educativos, de crianças e jovens, do concelho de Ílhavo e dos concelhos limítrofes de Aveiro e Vagos. Presta atendimento a cerca de 800 utentes desde os 4 meses até à Terceira Idade.

Esta instituição teve origem no trabalho de uma Educadora de Infância que orientava um grupo de crianças numa associação recreativa (denominada “Assembleia da Barra”) sita na Praia da Barra, freguesia da Gafanha da Nazaré, no concelho de Ílhavo. Naquele local, com a ocupação de umas instalações provisórias, foi criado o *Centro de Infância da Barra*, onde tiveram lugar as primeiras actividades de inclusão. Actualmente, esse Centro dispõe de Creche, de Jardim-de-infância e Actividades de Tempos Livres (ATL).



Figura 2.– Instalações do CASCI na Praia da Barra

Contudo, sentia-se uma enorme vontade de dar uma resposta mais directa a crianças com NEE que tinham um baixo rendimento escolar e à necessidade de orientação/acompanhamento para encontrar uma saída profissional para jovens com deficiência – parte daqui a ideia do aparecimento do *Centro de Reabilitação e Formação Profissional na Colónia Agrícola (na Colónia Agrícola – Gafanha)*, onde são ministrados cursos na área da Agricultura, Agro-alimentar e Agropecuária.

Em Ílhavo, existe também um Centro de Actividades de Tempos Livres (ATL) que acolhe crianças de várias escolas do mesmo concelho, designadamente, das escolas *EB1 de Ílhavo* e *EB1 da Senhora do Pranto*. Este ATL atende crianças no seu horário pós-lectivo, dando serviço de refeições (almoço e lanche), entre estas, crianças portadoras de deficiência, intergradadas nas referidas escolas.

Entretanto, algumas deficiências de carácter mais grave e profundo que necessitam de um apoio mais específico, ao nível profissional e técnico - criou-se então um *Centro Integrado de Educação Especial (em Ílhavo–Anexoll)*.

Aceitam crianças em idade escolar e são acompanhadas por professores de Apoio Educativo, Técnicos de Reabilitação, Terapeutas da Fala e Fisioterapeutas.



Figura 2 – Sede do CASCI, em Ílhavo

Na Costa-Nova, nasceu também o *Centro de Infância da Costa-Nova* (tem Creche, Jardim-de-Infância e Actividades de Tempos Livres - ATL) por se tratar de um meio piscatório e carente ao nível sócio-económico. Porém, esta excelente intenção, não resolve sozinha, todos os problemas surgindo assim o *Centro de Reabilitação e Formação Profissional da Costa-Nova*.

À medida que estas crianças se tornam adolescentes, jovens e adultos deixando de poder frequentar as valências ao nível da escolaridade, têm lugar nos *Centros de Actividades Ocupacionais* (Costa-Nova). Esta valência é destinada a adultos e jovens com deficiências educativas especiais de carácter prolongado.

Todavia, ao nível da formação profissional as pessoas concluíam os seus cursos porque as deficiências lhes impunham uma limitação, ou porque existiam problemas de natureza comportamental, não podendo assim, avançar mais. É então que é criado o *Centro de Emprego Protegido* (na Colónia

Agrícola - Gafanha) que, neste momento, tem 41 trabalhadores com as regalias de qualquer trabalhador ou cidadão.

No entanto, o CASCI continuava a revelar uma enorme preocupação em acompanhar todas as fases de vida dos seus utentes – desde a infância à juventude. Sob pressão da direcção, que estava preocupada com a Terceira Idade e com crianças com um ambiente familiar sem estrutura e sem recursos (estabilidade, afectividade, educação...) surge a *Residencial (Ílhavo)*. Trata-se de um lar para a Terceira Idade que acolhe, prioritariamente, idosos em situação mais problemática e crianças cuja família não possui condições para se comprometer com a sua responsabilidade. Este edifício é ampliado e, na parte ampliada, estão somente estas crianças e jovens com deficiência. São acompanhados por uma enfermeira, médico, fisioterapeuta, assistente social, e técnico de reabilitação.

Este ano, Janeiro de 2006, abriu a *Unidade de Cuidados Continuados (Ílhavo)*.

Os recursos de que a instituição dispõe, no momento, são os seguintes:

Parcerias:

Ministério de Emprego e Segurança Social;
Ministério da Educação;
Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Recursos económicos:

Apoios de Organizações Estrangeiras e Particulares;
Autofinanciamento, através da venda dos produtos das suas unidades produtivas;
Alguns donativos em refeições pela empresa de bacalhau Pascoal.

Recursos sociais:

Psicóloga;
Assistente Social.

Recursos educativos ou de reabilitação:

Médico (1);
Enfermeira (1);
Fisioterapeuta (2);
Terapeuta Ocupacional (2);
Técnico de Reabilitação (3);
Terapeuta da Fala (1);
Professores destacados suportados economicamente pelo Ministério da Educação (9);
Professora de Educação Musical (1);
Professores a trabalhar nos ATL (2);
Monitor de informática no âmbito do «Cliquesolidário»;
Monitor de ciências no âmbito do «Programa Escolhas».

Recursos técnicos:

Centro de Actividades Ocupacionais da Costa-Nova:

Monitores da área da produção e da área da formação (8 monitores);
Centro de Emprego Protegido da Colónia Agrícola;
Monitor para a parte agro-alimentar (1 + 8 meninas);
Monitor para a parte agro-pecuária (3);
Serração (1 monitor de produção e 1 operador de Charriot).

4.7 INSTRUMENTOS

Numa primeira fase, pretende-se, desde logo, conhecer as crianças e diagnosticar os seus problemas de linguagem. Para esse efeito, foram administrados, a cada uma, os seguintes instrumentos: “ Teste de Identificação de Competências Linguísticas” (TICL) de Leopoldina Parente, da Universidade do Minho (2001) (*Anexo III*), um “Teste de Articulação da Fisiopraxis” (*Anexo IV*) e um “Teste de Discriminação Auditiva de Pares Mínimos” (*Anexo V*) de Isabel Guimarães e Margarida Grilo (1997), e por último, “SGS II – Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil adaptado de “Shedule of Growing Skills II” (*Anexo VI*).

Com o objectivo de avaliar a representação que as crianças têm da música, quais as suas preferências, quais as suas vivências musicais fomos dialogando com elas, no decurso da intervenção, cativando a sua amizade. Foi elaborada uma grelha de observação para as observações directas, bem como, entrevistas semi-estruturadas aos técnicos da instituição que se encontram envolvidos no trabalho com estas crianças, nomeadamente a psicóloga, as educadoras de infância e a terapeuta da fala. Foram estabelecidos diálogos informais frequentes no decorrer das actividades.

Paralelamente, foi feita uma entrevista aos pais para avaliar até que ponto estes se encontram informados sobre o problema dos seus filhos e são sensíveis para colaborar, em casa, com exercícios e/ou actividades.

De modo a facilitar uma melhor clarificação de cada instrumento, efectuou-se uma descrição mais completa.

4.7.1 O T.I.C.L.

O Teste de Identificação de Competências Linguísticas (T.I.C.L.) é uma prova de linguagem expressiva, lançada em Março de 2004. É aplicado a crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 8 anos. Visa a identificação de competências linguísticas em 4 domínios:

- O conhecimento lexical;
- O conhecimento morfo-sintáctico: o domínio de regras morfológicas básicas, como:
 - a concordância género e número;
 - a construção do pretérito perfeito;
 - a formação de plural e de graus de adjectivos;
 - a compreensão de estruturas complexas.
- A memória auditiva aplicada a situações verbais;
- A capacidade para reflectir sobre a linguagem oral.

O T.I.C.L. ajuda a identificar crianças que se suspeitem em risco de apresentarem dificuldades em aceder à linguagem escrita, sendo de particular utilidade como complemento de outras provas, nomeadamente, para avaliar crianças com vista a um ingresso antecipado no primeiro ano de escolaridade.

IDENTIFICAÇÃO DAS PROVAS

I Parte – Conhecimento Lexical (64 itens)

- A. Nomeação de partes do Corpo (Partes do Corpo) ;
- B. Nomeação de objectos (Objectos) ;
- C. Identificação de verbos que definem acções (Verbos) ;
- D. Nomeação de elementos pertencentes a determinado campo semântico (Categorias);
- E. Explicação de funções (Funções);
- F. Utilização de Locativos (Locativos);
- G. Nomeação de cores (Cores);
- H. Explicação de opostos (Opostos);

II Parte – Regras Morfológicas (27 itens)

- I. Concordância Género / Número;
- J. Pretérito Perfeito (Pretérito);
- L. Plurais (Plurais);
- M. Graus de Adjectivos;
- N. Compreensão de Estruturas Complexas;

III Parte – Memória Auditiva (19 itens)

- O. Repetição de pseudo-palavras, palavras, frases e cumprimento de ordens (Repetição);
- P. Sequencialização Narrativa;

IV Parte – Reflexão sobre a Língua (24 itens)

Q. Avaliação da Correção Sintáctica dos Enunciados (Avaliação da Correção);

R. Segmentação de frases em palavras e de palavras em sílabas (Segmentação);

S. Identificação Auditiva de sílabas iniciais e finais (Identificação Auditiva)

OBJECTIVOS

1. Avaliar as dimensões da linguagem, mais fortemente correlacionadas com a aprendizagem da leitura, de modo a constituir um instrumento de identificação de crianças em risco de poderem apresentar dificuldades em aceder à leitura e à escrita, nomeadamente, quanto à sua preparação para a entrada precoce no primeiro ano de escolaridade;

2. Fornecer aos educadores informação útil para a orientação metodológica do seu trabalho, no sentido do desenvolvimento de competências emergentes de leitura e escrita;

3. Permitir aos professores orientar a sua prática, no sentido do desenvolvimento de aptidões para a leitura.

4.7.2 TESTE DE DISCRIMINAÇÃO AUDITIVA DE PARES MÍNIMOS

Um dos objectivos da avaliação da discriminação auditiva é averiguar se a criança tem capacidades suficientes, ao nível do processamento auditivo (*input*) para distinguir entre palavras, auditivamente semelhantes e armazená-las com as suas representações correctas no léxico. Uma das formas mais usuais para avaliar a discriminação auditiva é através do uso de pares mínimos de palavras ou pseudopalavras.

Sempre que duas palavras forem iguais em todos os aspectos, excepto num elemento sonoro, que ocorre na mesma posição, as 2 palavras denominam-se par mínimo. Neste tipo de prova, a criança ouve o par de palavras e, depois, tem de dizer se as palavras que ouviu são iguais ou diferentes.

As pseudopalavras são palavras que não existem na língua, pois não têm significado, mas que estão conforme os seus padrões fonotípicos e, por isso, são potenciais palavras. As pseudo palavras são usadas, porque deste modo elimina-se a possibilidade de ajuda pela existência de conhecimentos semânticos das palavras, visto que, as pseudopalavras não são familiares nem se encontram no léxico da criança.

A familiaridade com as palavras é um dos factores que influenciam a discriminação auditiva entre pares mínimos. Com o uso de pseudopalavras, a análise feita, é puramente fonológica.

De acordo com o manual da Fisiopraxis de Guimarães & Grilo (1997, p.1):

«a discriminação auditiva pode ser encarada como a ponte entre a realidade física dos sons falados e o seu conceito interiorizado. Importa salientar que os padrões auditivos estão interrelacionados com outros sistemas, tais como a atenção, a memória a emoção e a linguagem.»

Na opinião de Sloan (1991), no sentido de se criar uma forma, um padrão perceptivo da informação sensorial auditiva, é necessário discriminar e diferenciar aspectos do *input* sensorial de diferentes modos específicos.

A capacidade de os ouvintes identificarem as mensagens faladas é influenciada por diversos factores, entre os quais:

- A familiaridade com o vocabulário usado;
- As condições de audibilidade;
- O comprimento do teste.

A avaliação da discriminação auditiva pode ser feita de diversas formas:

1– Pares mínimos através da selecção de imagens;

Implica que a pessoa faça a selecção de uma imagem, entre 3 que são apresentadas após a identificação da palavra ouvida. As 3 imagens são, a palavra alvo, o par mínimo e o distractor, fonologicamente contrastantes, numa ou mais características (do ponto de vista do vozeamento, modo e postura).

2– Pares mínimos, através da audição de pares de palavras com sentido diferentes e iguais;

São 69 pares de palavras com sentido (iguais e diferentes) organizadas de acordo com vozeamento, modo e postura nas posições inicial, média e final. De acordo com as necessidades de avaliação poderão ser usadas todas as palavras das fichas apresentadas ou apenas algumas palavras de acordo com o tipo de despiste pretendido – vozeamento, modo e postura.

3– Pares mínimos através da audição de pares de palavras sem sentido, diferentes e iguais.

São 69 pares de palavras sem sentido organizadas segundo os mesmos critérios do item 2.

4.7.3. SGS-II – ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL II

A escala de avaliação das competências no desenvolvimento é um teste dirigido a todos os profissionais com formação académica ou experiência profissional na área da avaliação do desenvolvimento infantil, nomeadamente, médicos, pediatras, enfermeiros, psicólogos e educadores. Tem os seguintes objectivos:

- Aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil;
- Compreender as especificidades dos instrumentos de medida do desenvolvimento infantil;
- Desenvolver competências na aplicação e na interpretação da SGS II.

Itinerário Pedagógico:

1. Cérebro e Desenvolvimento.
2. Importância e Objectivos da Avaliação no Desenvolvimento.
3. Diferentes Áreas do Desenvolvimento.
4. Factores de Risco em Desenvolvimento.
5. Desenvolvimento Normal até aos 5 anos.
6. SGS II - Aplicação e Interpretação.
 - Aplicação dos itens;
 - Utilização das Folhas de Registo e de Perfil
 - Cotação das áreas de competências e dos itens cognitivos
 - Preenchimento da Folha de Perfil
 - Interpretação das Escalas
 - Função Motora Grosseira
 - Função Motora Fina
 - Visão
 - Audição, Fala e Linguagem
 - Desenvolvimento Social
 - Autonomia Pessoal

Também se poderia ter também utilizado a Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths que consiste num teste psicométrico normativo destinado a crianças dos zero aos oito anos de idade. Este teste encontra-se dividido em seis subescalas:

- A. Motora;
- B. Pessoal e Social;

- C. Audição e a Fala;
- D. Coordenação Olho / Mão;
- E. Realização;
- F. Raciocínio Prático.

Através do recurso à utilização de materiais coloridos e variados, esta escala constitui uma forma de avaliação do desenvolvimento, que é feita com base numa série de itens que descrevem o comportamento das crianças.

No entanto, como já tinha sido utilizado, como instrumento de avaliação a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil II (Adaptado de "Schedule of Growing Skills II ") optámos por não incluir este teste na avaliação feita às crianças.

4.8 MODELO CONCEPTUAL

Quadro 1 – Modelo conceptual

Intervenientes	QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO SOBRE OS PROBLEMAS DE LINGUAGEM	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO FINAL
Criança X	Avaliação dos problemas de linguagem	Intervenção	Avaliação do questionário de diagnóstico
Criança Y	Avaliação dos problemas de linguagem	Intervenção	Avaliação do questionário de diagnóstico
Criança W	Avaliação dos problemas de linguagem	Intervenção	Avaliação do questionário de diagnóstico

CAPÍTULO V – RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

Na opinião de Caballo (2006,p.143) «*a entrevista transforma-se frequentemente na principal ferramenta de análise comportamental...*». A entrevista comportamental é directiva e está centrada na pesquisa de informações concretas específicas e pertinentes. A entrevista é a estratégia mais conveniente para a obtenção de informações sobre a história interpessoal e os dados observacionais informais de um indivíduo (Carkowitz, 1981; Bellack, 1979a; Bellack e Morrison, 1982; Eisler, 1976; Monti, 1983).

Também podem ser identificadas, por meio de entrevista, as situações sociais específicas problemáticas para o paciente, as habilidades necessárias para a actuação apropriada em cada situação, os factores antecedentes e consequentes que controlam o comportamento pouco hábil, assim como, especificar se o indivíduo possui os comportamentos sociais adequados, determinar que outros instrumentos de avaliação serão necessários para completar a avaliação comportamental e conhecer a avaliação subjectiva do paciente sobre a sua actuação social.

Porque consideramos que a entrevista é um método de avaliação útil que consiste nas avaliações do sujeito, por parte dos elementos que constituem o ambiente social da criança, realizámos entrevistas aos pais das crianças.

Optámos também por realizar entrevistas aos técnicos que trabalham directamente com as crianças que foram alvo do nosso estudo: psicóloga, terapeuta da fala e educadoras de infância.

5. ENTREVISTAS COM PAIS

5.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Neste ponto, são apresentados e analisados os dados obtidos, através das entrevistas realizadas aos pais das crianças e das entrevistas realizadas aos técnicos da instituição, nomeadamente, a psicóloga, a terapeuta da fala e

as educadoras de infância. Entretanto, como não desvalorizámos, os dados obtidos através das conversas informais efectuadas com as 3 meninas que foram alvo do estudo ficarão também registadas.

Foi assim elaborada uma entrevista dirigida aos pais das 3 crianças constituída por 16 questões (Anexo VII). Pretende-se recolher informação sobre a criança, a sua família, saber até que ponto os pais estão informados do problema de linguagem do seu educando, se conhecem a orientação que está a ser feita à criança, pelos técnicos envolvidos e os objectivos dessa intervenção. Pretende-se saber em que medida é que colaboram com toda a equipa para ajudar a tentar ultrapassar o problema.

A análise do conjunto das respostas obtidas, inerentes às perguntas do grupo II – Identificação da família – tornou possível a realização do quadro que se segue.

Quadro 2 – Agregado familiar

INTERVENIENTES	IDADE		ESCOLARIDADE		PROFISSÃO		Nº FILHOS
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	
Criança X	36	30	12º ano	6º ano	Operário Fabril	Empregada comercial	3
Criança Y	27	31	4º ano	4º ano	Desempregado	Desempregada	3
Criança W	28	26	6º ano	12ºano	Trabalha no metro em Espanha	Cozinheira	1

No que respeita à situação educativa actual – pergunta III – os dados obtidos são os seguintes:

Quadro 3 – Com quem vive a criança

INTERVENIENTES	VIVE COM
Criança X	Pais e irmãos
Criança Y	Mãe e padrinho
Criança W	Mãe e pai

– a criança X vive com os pais e irmãos; a criança Y vive com a mãe e o padrinho (namorado da mãe), em virtude de os pais se encontrarem separados e a criança W vive com a mãe e com o pai, temporariamente, porque este se encontra ausente a trabalhar em Espanha.

Ao nível da pergunta IV – Conhecimento da situação:

– os pais da criança X nunca notaram nada de significativo, a não ser, quando a educadora de infância os alertou para a situação. A X tinha na altura, 2,5 anos. O diagnóstico referia muita timidez, inibição e dificuldades em comunicar. Os pais obtiveram informações sobre o estado de saúde física, a escolaridade, o desenvolvimento futuro relativamente às crianças sem problemas e apoios educativos que iria necessitar até, e durante, a idade escolar.

– os pais da criança Y nunca se aperceberam de nada até ao momento em que a médica de família os alertou para a situação, a criança tinha já 5 anos. O diagnóstico referia problemas ao nível da linguagem. Os pais obtiveram informações sobre o estado de saúde física, a escolaridade, o desenvolvimento futuro relativamente às crianças sem problemas e apoios educativos que iria necessitar até, e durante, a idade escolar.

– os pais da criança W começaram a notar problemas quando a criança tinha 2,5 anos, foi nesta altura que a educadora de infância lhes falou pela primeira vez no problema. O diagnóstico feito, nessa altura, referia dificuldades em pronunciar algumas palavras e consoantes. No entanto, os pais tiveram

informações concretas sobre o estado de saúde física, a escolaridade, o desenvolvimento futuro relativamente às crianças sem problemas e apoios educativos que iria necessitar até, e durante, a idade escolar.

Relativamente ao grupo V – Orientação:

– a criança X , depois da encarregada de educação autorizar, foi avaliada pela psicóloga e encaminhada para terapia de fala. A psicóloga e a terapeuta da fala são, neste momento, os únicos técnicos a observar a criança. A família tem conhecimento das avaliações através de informação oral. Paralelamente ao trabalho realizado pelos técnicos, a família tenta colaborar com a escola, através de actividades lúdicas, responsabilizando mais a criança nas tarefas domésticas, desenvolvendo assim a autonomia e corrigindo, sempre que possível, aspectos relacionados com a linguagem. Os pais da X são de opinião que o trabalho desenvolvido se adapta à criança, costumam dialogar, em casa, frequentemente, sobre a situação, embora, não tenham estabelecido qualquer contacto com pais de outras crianças com o mesmo problema, por não conhecerem ninguém.

– No que diz respeito à criança Y, a médica de família, depois de diagnosticar problemas de linguagem na criança, aconselhou-a a frequentar terapia de fala e ser observada pela psicóloga da instituição onde a Y estuda – o CASCI. Após a mãe autorizar as observações, estes foram os únicos serviços (técnicos) que a criança frequentou até hoje. A mãe, apenas, leu e assinou o Programa Educativo (PE) não realizando nenhum trabalho paralelo com os técnicos. Os pais têm conhecimento das avaliações, oralmente, embora desconheçam os objectivos de intervenção. No entanto, acham que este tipo de trabalho está adaptado à realidade da filha. Nunca contactaram nenhuma família de nenhuma criança com o mesmo problema por não conhecerem ninguém.

– No ano lectivo anterior, a educadora de infância da criança W, comunicou à mãe que pretendia encaminhá-la para um Gabinete Técnico Pedagógico, onde esta poderia ter um acompanhamento especializado. Depois da Encarregada de Educação (mãe) dar autorização, a criança W foi acompanhada por uma

terapeuta da fala, neste Gabinete, e foi vista por um neuropediatra – director do serviço de pediatria do Hospital Pediátrico de Coimbra. Até hoje, esta criança teve apoio de terapia de fala, no referido gabinete, no ano lectivo passado, e actualmente, no CASCI. Foi também avaliada pela psicóloga A mãe esteve sempre presente nas avaliações feitas à sua filha. No final das avaliações, obtém informações dos resultados através de informação oral. Os pais conhecem os objectivos específicos da intervenção que está a ser efectuada (a mãe comunica ao pai). Na sua opinião, esta metodologia adapta-se à sua filha. São regularmente informados, pela educadora de infância e pela terapeuta da fala, da forma como devem intervir, em casa, no sentido de colaborarem com a equipa pedagógica. No entanto, nunca contactaram a família de outras crianças, por não conhecerem ninguém.

5.2 ENTREVISTAS COM TÉCNICOS

5.2.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Foi elaborado também uma entrevista/questionário (Anexo VIII) às educadoras de infância das crianças, à psicóloga e à terapeuta da fala. Faremos agora a descrição breve do conteúdo das questões abordadas.

No que diz respeito ao grupo I – Identificação da criança – a menina está identificada pela letra X, a sua data de nascimento é de 5 de Maio de 2001 e o diagnóstico, que cada um dos técnicos refere, pode observar-se no quadro que se segue:

Quadro 4 – O diagnóstico

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Diagnóstico	Problemas ao nível da linguagem expressiva	Atraso de desenvolvimento da linguagem e dislália múltipla	Problemas de linguagem

No âmbito do II grupo de questões, passaremos a evidenciar cada questão num quadro e verificar a resposta de cada um dos técnicos envolvidos.

Quadro 5 – O local da intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Local de interação com a criança.	Jardim-de-Infância	Jardim-de-Infância	Jardim-de-Infância

Quadro 6 – A metodologia

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Qual a metodologia utilizada na escola para a inclusão da criança com problemas de linguagem?	Inclusão num grupo normalizado.	- Fornecer orientações à educadora da sala; - Encaminhar para apoio educativo com a educadora de apoio.	É realizado um reforço personalizado com a criança em causa.

Quadro 7 – A intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Descreva o tipo de trabalho que está a ser feito com a criança.	Encaminhamento para terapia de fala, apoio psicopedagógico e desenvolvimento de um programa educativo.	Intervenção directa ao nível da articulação e da linguagem, sobretudo na expressão verbal oral e na consciência fonológica.	A criança está inserida no grupo e tem também apoio com a terapeuta da fala e com a educadora do ensino especial.

Quadro 8 – A participação dos pais

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Os pais têm participado no plano de intervenção?	Sim. Foram informados acerca das preocupações da Equipa Técnica e dadas orientações acerca da intervenção.	Não. Apenas participaram na “revisão” / análise do programa educativo. Não têm participado na intervenção directa porque esta é feita dentro do horário escolar.	Os pais participam muito pouco.

Quadro 9 – A equipa multidisciplinar

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Existe equipa multidisciplinar para trabalhar este caso?	Sim.	Sim. Terapeuta da fala, educadora de apoio e psicóloga.	Sim, existe uma psicóloga, uma terapeuta da fala, a educadora do ensino especial e a educadora do regular.

Quadro 10 – A reacção dos pais

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Como tem reagido os pais aos resultados escolares da criança?	Com apreensão.	De modo positivo.	Tem muito pouco contacto com os pais desta criança, contudo, pensa que estão a reagir bem.

Quadro 11 – A participação da família na definição dos objectivos

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
A família participou na definição dos objectivos (estiveram presentes na definição ou assinaram apenas um documento?)	Não. Os objectivos da intervenção foram definidos pela equipa multidisciplinar.	A família pôde analisar o programa educativo antes de o assinar.	Não, a família não participou.

Quadro 12 – As expectativas da família em relação ao plano de intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Se existe um plano de intervenção, acha que este corresponde ao que a família desejava para si e para o seu filho?	O programa de intervenção corresponde às expectativas dos educadores.	Sim	Sim, existe um programa de intervenção e pensa que a família está de acordo e satisfeita com o mesmo.

Quadro 13 – Regularidade das reuniões entre a família e os técnicos

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
No passado ano lectivo, quantas vezes esteve em reunião com os pais da criança?	Duas. No início do ano lectivo para informar acerca da intervenção e, no final, para avaliar o sucesso da intervenção.	Raramente.	No passado ano lectivo não se encontrava nesta instituição.

Quadro 14 – Sugestões para melhorar a eficácia da intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Que mais gostaria de acrescentar relativamente ao trabalho com a criança com problemas de linguagem / família?	Seria aconselhável uma participação mais activa da família.	Aumentar a frequência dos apoios e e trabalhar mais directamente com os pais.	Pensa que a família deveria estar mais presente para ter consciência das possíveis formas de intervir em casa criando assim uma boa parceria com a equipa educativa.

No que diz respeito ao grupo I – Identificação da criança – a menina está identificada pela letra Y, a sua data de nascimento é 5 de Setembro de 2001 e o diagnóstico que cada um dos técnicos refere pode observar-se no quadro que se segue:

Quadro 15 – O diagnóstico

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Diagnóstico	Problemas ao nível da linguagem expressiva.	Atraso de desenvolvimento da linguagem e dislália múltipla.	Problemas de linguagem.

No âmbito do II grupo de questões, passaremos a evidenciar cada questão num quadro e verificar a resposta de cada um dos técnicos envolvidos.

Quadro 16 – O local da intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Local de interacção com a criança.	Jardim-de-Infância	Jardim-de-Infância	Jardim-de-Infância

Quadro 17 – A metodologia

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Qual a metodologia utilizada na escola para a inclusão da criança com problemas de linguagem?	Inclusão num grupo normalizado.	A educadora orientou para terapia de fala e encontram-se disponíveis para seguir as orientações fornecidas.	É realizado um reforço personalizado com a criança em causa.

Quadro 18 – A intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Descreva o tipo de trabalho que está a ser feito com a criança.	Encaminhamento para terapia de fala onde será desenvolvido um plano de intervenção.	Actualmente, a intervenção tem incidido na articulação verbal e na consciência fonológica.	Esta criança ainda se encontra em avaliação para aferir as necessidades exactas da mesma podendo, posteriormente, lhe proporcionar um apoio adequado.

Quadro 19 – A participação dos pais

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Os pais têm participado no plano de intervenção?	Os pais foram informados acerca das dificuldades da aluna e dadas algumas orientações acerca da intervenção.	Não.	Não, os pais não participam.

Quadro 20 – A equipa multidisciplinar

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Existe equipa multidisciplinar para trabalhar este caso?	Sim.	Sim, embora a Y só necessite de terapia de fala.	Sim existe, neste momento a psicóloga que se encontra a fazer a avaliação deste caso.

Quadro 21 – A reacção dos pais

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Como tem reagido os pais aos resultados escolares da criança?	Dada a resposta educativa onde está inscrita a aluna, os resultados escolares não são percebidos ainda com apreensão.	A intervenção é precoce, pelo que não se sabe qual é a opinião dos pais.	Os pais dão muito pouco feedback relativamente ao trabalho desenvolvido na escola.

Quadro 22 – A participação da família na definição dos objectivos

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
A família participou na definição dos objectivos (estiveram presentes na definição ou assinaram apenas um documento?	A participação não foi activa: assinaram apenas o plano de intervenção.	A família pôde analisar o programa educativo antes de o assinar.	A família não participou na definição dos objectivos devido ao pouco interesse.

Quadro 23 – As expectativas da família em relação ao plano de intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Se existe um plano de intervenção, acha que este corresponde ao que a família desejava para si e para o seu filho?	Considera que o programa de intervenção corresponde às expectativas dos educadores.	Sim.	Considera que o plano de intervenção está a ser o mais adequado e penso que a família, apesar de não participar, acha-o positivo.

Quadro 24 – Regularidade das reuniões entre a família e os técnicos

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
No passado ano lectivo, quantas vezes esteve em reunião com os pais da criança?	A aluna ingressou este ano no Centro.	A aluna ingressou este ano no Centro.	Pensa que se a família participasse mais, a criança conseguiria evoluir muito mais rapidamente.

Quadro 25 – Sugestões para melhorar a eficácia da intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Que mais gostaria de acrescentar relativamente ao trabalho com a criança com problemas de linguagem / família?	Gostaria que a família tivesse uma intervenção mais activa.	Fornecer mais orientações à educadora. Estabelecer parceria com os pais para a intervenção.	Pensa que se a família participasse mais, a criança conseguiria evoluir muito mais rapidamente.

No que diz respeito ao grupo I – Identificação da criança – a menina está identificada pela letra W, a sua data de nascimento é de 24 de Novembro de 2001 e o diagnóstico, que cada um dos técnicos refere, pode observar-se no quadro que se segue:

Quadro 26 – O diagnóstico

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Diagnóstico	Problemas ao nível da linguagem expressiva.	Dislália múltipla.	Dificuldades na linguagem.

No âmbito do II grupo de questões, passaremos a evidenciar cada questão num quadro e verificar a resposta de cada um dos técnicos envolvidos.

Quadro 27 – O local da intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Local de interacção com a criança	Jardim-de-Infância	Jardim-de-Infância	Jardim-de-Infância

Quadro 28 – A metodologia

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Qual a metodologia utilizada na escola para a inclusão da criança com problemas de linguagem?	Inclusão num grupo normalizado.	A educadora pediu uma avaliação em terapia de fala, a qual já foi efectuada. Após a avaliação foram dadas orientações à educadora e iniciou-se a terapia de fala.	A metodologia adoptada é aquela que é orientada pela terapeuta da fala.

Quadro 29 – A intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Descreva o tipo de trabalho que está a ser feito com a criança.	Encaminhamento para terapia de fala e desenvolvimento de um plano de intervenção.	Intervenção ao nível da articulação verbal e da consciência fonológica.	É um trabalho individual com a terapeuta da fala com seguimento na sala segundo as orientações da mesma.

Quadro 30 – A participação dos pais

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Os pais têm participado no plano de intervenção?	Os pais foram informados das preocupações dos educadores, foram feitas sugestões de intervenção.	Não.	Só ao nível do conhecimento das orientações traçadas para a criança, desenvolvidas quer pela terapeuta, quer pela educadora da sala.

Quadro 31 – A equipa multidisciplinar

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Existe equipa multidisciplinar para trabalhar este caso?	Sim.	Sim. Actualmente, a W precisa apenas de terapia de fala e, eventualmente, de psicologia devido aos problemas de comportamento.	Sim, a terapeuta e a educadora.

Quadro 32 – A reacção dos pais

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Como tem reagido os pais aos resultados escolares da criança?	Com alguma apreensão.	Ainda é muito cedo para os pais terem uma opinião formada.	Têm reagido bem pois têm reconhecido que há evolução.

Quadro 33 – A participação da família na definição dos objectivos

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
A família participou na definição dos objectivos (estiveram presentes na definição ou assinaram apenas um documento?)	A família assinou o programa de intervenção sugerido para a aluna.	Não.	Assinaram apenas um documento.

Quadro 34 – As expectativas da família em relação ao plano de intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Se existe um plano de intervenção, acha que este corresponde ao que a família desejava para si e para o seu filho?	O programa de intervenção adequa-se às expectativas dos educadores.	Sim.	Pensa que sim, pois o programa de intervenção tem dado frutos positivos.

Quadro 35 – Regularidade das reuniões entre a família e os técnicos

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
No passado ano lectivo, quantas vezes esteve em reunião com os pais da criança?	Duas. No início, para apresentação do programa de intervenção e no final, para avaliação do resultado da intervenção.	Nenhuma porque a W só começou, este ano, a ter terapia da fala.	Sempre que foi solicitada uma reunião para definir estratégias de trabalho e seus horários. Início do ano, na Páscoa e no final do ano.

Quadro 36 – Sugestões para melhorar a eficácia da intervenção

PERGUNTA	PSICÓLOGA	TERAPEUTA DA FALA	EDUCADORA DE INFÂNCIA
Que mais gostaria de acrescentar relativamente ao trabalho com a criança com problemas de linguagem / família?	Seria aconselhável uma intervenção mais activa da família.	Fornecer mais orientações à educadora e aos pais.	Gostaria de salientar a importância no desenvolvimento da linguagem que tem a socialização da criança no seu espaço/ sala e contexto de Jardim-de-infância; este constitui, por si só, uma mais valia quer ao nível do desenvolvimento linguístico, aquisição de vocabulário e compreensão do mesmo.

5.2.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que diz respeito aos quadros 4,15 e 26, que se referem ao diagnóstico, o ponto de vista dos técnicos é sensivelmente o mesmo, denotando-se um enfoque um pouco mais técnico por parte da terapeuta da fala e, seguidamente, por parte da psicóloga. As educadoras de infância caracterizam a criança de uma forma mais geral.

Quanto aos quadros 5, 16 e 27 importa referir que o *setting* é o mesmo para os 3 casos.

Nas respostas dos quadros 6, 17 e 28, quanto à metodologia empregue, a terapeuta da fala faz uma exposição mais específica da metodologia adoptada, notando-se uma preocupação em dar orientações para que outros técnicos possam fazer um acompanhamento mais eficaz. As educadoras aguardam as orientações da terapeuta da fala e, na medida do possível, tentam fazer um acompanhamento, que só é viável, no contexto da turma, uma vez que, terão mais dificuldades em apoiar, individualmente, as crianças e fazerem, por conseguinte, um trabalho mais individualizado.

No âmbito da intervenção, quadros 7, 18 e 29, a psicóloga fará um acompanhamento psicopedagógico, no contexto do Programa Educativo (PE) já delineado. Poderá analisar como reage a criança ao tipo de trabalho que está a ser efectuado ao nível psicológico. A terapeuta da fala, por sua vez, pode efectuar uma intervenção mais concreta e precisa dentro dos problemas de linguagem, que é a sua área. As educadoras poderão observar as crianças no grupo/turma, verificar aspectos de comunicação nas relações interpessoais que as crianças estabelecem com os pares.

Quanto aos quadros 8,19 e 30, nomeadamente, é notório observar que, apesar do esforço operado pelos técnicos, os pais apenas lêem o PE e o assinam. O facto do trabalho desenvolvido ser feito dentro do horário escolar, e a maioria dos pais se encontrarem a trabalhar, impossibilita a participação directa e a possibilidade de os pais assistirem às sessões.

No que se refere à existência de equipa multidisciplinar, quadros 9, 20 e 31, verifica-se que existe uma articulação, bem visível entre a psicóloga, a terapeuta da fala e as educadoras de infância.

Da observação dos quadros 10,21 e 32 conclui-se que os pais reagem, de forma positiva, notando-se uma preocupação com a evolução das filhas e com o sucesso da intervenção. Destacam-se os pais da X e da W, como pais mais interessados e desconhece-se, por parte dos técnicos, a opinião dos pais da Y.

Quanto à participação da família na definição dos objectivos, quadros 11,22 e 33, uma vez que os pais não possuem uma informação pormenorizada acerca dos problemas das suas educandas, ao nível da linguagem, deixam totalmente a cargo da equipa a determinação dos objectivos.

No que diz respeito às expectativas da família, relativamente ao plano de intervenção, quadros 12, 23 e 34, os técnicos são unânimes em afirmar que este corresponde ao que os pais esperavam.

De acordo com os quadros 13, 24 e 35, não se verificam contactos frequentes entre os pais e a equipa multidisciplinar.

Finalmente, da análise dos quadros 14, 25 e 36, quanto às sugestões apresentadas pelos técnicos, de maneira consensual, todos evidenciam o desejo de trabalhar também com os pais das crianças e, são de opinião, que deveria haver um empenho mais activo, por parte da família, em todo o processo.

5.3 CARACTERIZAÇÃO PSICOLÓGICA DAS CRIANÇAS

5.3.1 Criança X

Importa referir que a avaliação psicológica das crianças teve como base a aplicação do teste «SGS II – Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - adaptado de “Shedule of Growing Skills II”».

Relatório de avaliação psicológica

Descrição

A criança X nasceu a 5 de Maio de 2001. Frequenta o Infantário pelo terceiro ano. Desde o ingresso, a sua postura inibida e reservada preocupou os educadores, embora o desempenho e a adequação comportamental sugerissem um desenvolvimento global adequado. O discurso, raro e quase inaudível, foi considerado, no primeiro ano de Infantário, resultado da sua posição de fratria (a mais nova de três), e só no ano lectivo seguinte constituiu motivo para encaminhamento para apoio especializado. A manutenção das dificuldades, ainda que melhoradas pela intervenção referida, e a proximidade da entrada na escolaridade básica, precipitaram um acompanhamento mais efectivo, ao nível psicopedagógico.

Desenvolvimento Psicomotor

O desempenho motor da X espelha o seu estilo comportamental: inseguro e inibido. São frequentes as recusas, justificadas com um “não sei”, ou “ não consigo”, ainda antes de experimentar os exercícios, principalmente os que impliquem treino de equilíbrio ou contorno de obstáculos. Esta situação limita-se ao registo amplo e é condicionada pela fragilidade física da X.

Autonomia Pessoal

Embora autónoma, em termos de vestuário, alimentação e higiene pessoal, persistem algumas dificuldades pela incapacidade da X em pedir ajuda. Os “acidentes” ocorrem com uma frequência inusitada, em contexto escolar, já que não verbaliza o pedido de ida ao WC, esperando que o adulto perceba a sua necessidade. Cria-se assim um ciclo vicioso, já que a exposição gerada pelo descuido é superior àquela que obteria fazendo o pedido verbalmente, ainda que com prejuízo ao nível da inteligibilidade.

Desenvolvimento Cognitivo

O desenvolvimento cognitivo da X é conforme os parâmetros definidos para a sua faixa etária. Sobre-lhe em observação e análise, o que escasseia

em exposição e iniciativa. A produção gráfica mostra atenção pelo pormenor e preocupação pela qualidade do desempenho.

Tem adquiridos a maioria dos conceitos básicos, aplicando-os de forma adequada.

Desenvolvimento da Linguagem

Os problemas, ao nível da expressão verbal oral, reforçam sentimentos de inaptidão e insegurança, restringindo, de forma cerceante, o desenvolvimento das competências sociais. O discurso da X é praticamente imperceptível para o interlocutor menos familiarizado, e a tentativa de o esclarecer resulta, frequentes vezes, no mutismo da aluna. Com adultos familiares, em ambiente contentor, a X torna-se mais expansiva, relatando experiências com acuidade e exactidão.

As alterações ao nível da articulação verbal representam substituições dos fonemas “Lh”, e “Z” pelos “L” e “S”., respectivamente, e inexactidão na produção dos fonemas “Re” e “G”.

Caracterização Comportamental e emocional

Embora seja uma criança atenta e curiosa, a X é uma aluna tímida e insegura, com baixos níveis de auto-estima e de confiança. Estes sentimentos reforçam as dificuldades ao nível comunicacional e por essas dificuldades são reforçados, e podem fazer perigar o desempenho futuro da criança, em termos de escolaridade.

Proposta de Acção

Embora o desenvolvimento global se encontre dentro dos parâmetros definidos para a sua faixa etária, os resultados encontrados na avaliação das competências locomotoras, e audição e linguagem, mostram um afastamento, em relação à idade cronológica, situando-se ao nível dos 48 meses. A discrepância é maior na avaliação das competências de fala e linguagem, onde

o desempenho se aproxima dos valores esperados para uma criança de 36 meses.

Sugere-se a manutenção do acompanhamento especializado ao nível da Terapia da Fala e a monitorização atenta do seu comportamento. Importa desconstruir esquemas cognitivos disfuncionais emergentes, de inaptidão e inabilidade, e promover a assertividade e confiança, regularizando níveis de auto-estima.

5.3.2 Criança Y

Relatório de avaliação psicológica

Descrição

A Y é a mais nova de uma fratria de 3. Os pais biológicos encontram-se separados e a mãe reconstituiu família com outro companheiro. O irmão mais velho vive com o pai.

A Y iniciou a frequência do Infantário no presente ano lectivo. A preocupação pelo seu desenvolvimento, principalmente ao nível da comunicação, e suas implicações no processo de aprendizagem e entrada na escolaridade básica, levaram a médica de família a sugerir a sua inscrição e sinalização para terapia de fala. O exemplo do irmão, também utente do Centro, terá sido o principal factor de alerta, já que, para além do desenvolvimento cognitivo significativamente anterior à faixa etária, possui um quadro comunicacional deficitário, não só ao nível de vocabulário como também de articulação. De referir ainda a pertença a um meio sócio-cultural claramente desfavorecido e a ausência de modelos educativos de referência.

Desenvolvimento Psicomotor

Não são evidentes dificuldades ao nível motor. A Y é uma criança activa e desenvolta, ainda que pudesse ter uma performance mais adequada não fosse o comportamento impulsivo e a dificuldade em escutar as instruções até ao fim.

Autonomia Pessoal

A Y é completamente autónoma, em relação ao vestuário e higiene pessoal (excepto banho). Come utilizando, adequadamente, ambos os talheres, necessitando somente, de alguma orientação para utilização do guardanapo e supervisão do comportamento. O controlo esfíncteriano, diurno e nocturno, está adquirido.

Desenvolvimento Cognitivo

Apesar das limitações instrumentais e pró-activas do seu meio de pertença, a Y consegue acompanhar o ritmo de aprendizagem dos colegas, destacando-se pelo seu sentido prático e funcional. O desenvolvimento cognitivo é conforme os parâmetros definidos para a sua faixa etária, embora sejam perceptíveis os efeitos da privação de estimulação adequada (a figura humana, por exemplo, poderia ter uma representação mais rica).

Conhece e aplica a maioria dos conceitos básicos, tem a lateralidade definida (destra) e identifica as cores e tonalidades (embora não as nomeie, sem pista verbal). Os intervalos de atenção/concentração são diminutos, dada a avidez e interesse da Y por actividades diferentes.

Desenvolvimento da Linguagem

O reportório verbal da Y espelha as suas vivências: abundam as redundâncias e lugares comuns da região, os “ditos” da moda e os palavrões tradicionais. As ideias, tal como os actos, sucedem-se a uma velocidade vertiginosa, sendo difícil para o interlocutor menos familiarizado compreendê-la. Apesar do vocabulário funcional apresenta algumas dificuldades ao nível articatório, nomeadamente na omissão/substituição de fonemas. De referir que estes problemas sugerem herança de um código linguístico familiar restrito e podem influenciar, negativamente, todo o processo de aprendizagem, já que, para além de diferente daquele que é esperado ao nível das exigências

escolares, é continuamente reforçado pelos modelos afectivamente mais próximos.

Caracterização Comportamental e emocional

A Y é uma aluna extrovertida e impulsiva, com algumas dificuldades em acatar as instruções do educador e seguir as normas do grupo. Apresenta uma conduta exuberante e prazenteira, estabelecendo, com facilidade e à-vontade, relações com pares e adultos. Adapta-se a novas situações e exigências, sendo criativa nas soluções que apresenta. Persistem algumas limitações ao nível da organização e cumprimento de hábitos de trabalho.

Embora a agitação motora seja intensa, quando comparada com a média do grupo, parece mais relacionada com a necessidade de exploração do novo contexto e não representa, de momento, motivo de preocupação.

Proposta de Acção

Os indicadores revelam um resultado conforme a faixa etária, em todas as áreas de desenvolvimento avaliadas, embora a qualidade de desempenho seja questionável na competência da Fala e Linguagem, pelas dificuldades descritas. Sugere-se, por isso, uma intervenção especializada nesta área, com colaboração elucidada e informada da família.

Dadas as características impulsivas e a facilidade da passagem ao acto, sem análise das alternativas ou pormenores, sugere-se um trabalho preventivo ao nível comportamental. Aconselha-se a utilização de estratégias promotoras do auto-controlo, latência de respostas e atenção.

5.3.3 Criança W

Relatório de avaliação psicológica

Descrição

A entrada no Centro Infantil da Barra foi sugerida pela equipa médica que a acompanha, pela necessidade de integração num grupo de pares. A W nasceu com problema crónico de saúde, atresia biliar, tendo tido, até à data, vários internamentos, que a obrigam a longos períodos de ausência na escola. A fragilidade física conduziu a uma super-protecção, em termos familiares, com prejuízo ao nível comportamental.

Desenvolvimento Psicomotor

Embora não constitua uma área de preocupação, o perfil psicomotor é ligeiramente anterior ao esperado para a sua faixa etária. Reflecte as implicações do quadro clínico e a pouca exposição a experiências promotoras do desenvolvimento global. As dificuldades são mais evidentes no registo amplo, em exercícios que impliquem equilíbrio.

Autonomia Pessoal

A entrada no Infantário tem permitido a melhoria dos indicadores da autonomia pessoal e social. A W é autónoma na utilização do WC, come e veste-se sozinha (exceptuando a utilização de fechos e botões). Apesar da timidez e pouca iniciativa, a W tem vindo a desenvolver competências relacionais saudáveis, respeitando a individualidade dos pares e fazendo as suas preferências em relação a amigos e colegas de trabalho. Com os adultos a relação é menos espontânea, principalmente em contexto de grande grupo. Em relação aos aspectos relacionados com a autonomia social, o seu desempenho é comprometido pela ininteligibilidade do discurso produzido.

Desenvolvimento Cognitivo

A W é uma criança pouco colaborante com adultos com quem tem menos contacto e menos ainda em situações de contexto dirigido. Muitas vezes remete-se a um mutismo cerceante, comprometendo a avaliação e intervenção do educador. A análise do seu desenvolvimento cognitivo sugere um

funcionamento inferior ao esperado, ainda que percebido como resultado das dificuldades que apresenta ao nível da comunicação e relação.

Desenvolvimento da Linguagem

A Linguagem é, indubitavelmente, a área menos desenvolvida. As características comportamentais resultam no agravamento das dificuldades, já que reage mal à correcção ou à mediação de um adulto. O vocabulário utilizado é pobre, com prevalência de expressões desajustadas à sua idade. Privilegia ainda a utilização da holofrase. Tem presentes problemas flagrantes ao nível da articulação com omissão e substituição de fonemas.

Caracterização Comportamental e emocional

Em contexto livre, em situações de grande grupo, a W é uma criança apática, sem grande iniciativa. Cumpre as normas da sala e acompanha as actividades dos colegas, evitando episódios de exposição ou destaque. Esta conformidade interrompe-se na presença de familiares, ou em situações de apoio individual, onde gosta de ditar as regras e mudar as actividades a seu bel-prazer, evitando aquelas que a confrontem com o erro.

A relação com a díade parental é claramente disfuncional, já que ocupa uma posição *one-up*, face aos pais. Não há uma definição dos limites e fronteiras, nem uma aplicação consistente de estratégias comportamentais adequadas, situação mantida pelos cuidados médicos que inspira.

Proposta de Acção

Dadas as dificuldades descritas sugere-se o encaminhamento para apoio especializado ao nível da terapia da fala. Será importante definir com a família algumas estratégias comportamentais que potenciem o desenvolvimento global da W, afastando os “fantasmas” da fragilidade física. Sugere-se, para isso, uma intervenção concertada entre os serviços de saúde e a escola e a participação elucidada da família.

5.4 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS NA TERAPIA DA FALA

Será importante lembrar que as 3 crianças foram submetidas à avaliação sendo-lhes aplicados os seguintes testes: “Teste de Identificação de Competências Linguísticas” (TICL), “Teste de Articulação da Fisiopraxis” e “Teste de Discriminação de Pares Mínimos”.

Os referidos testes foram realizados com o objectivo de verificar se as 3 crianças apresentavam ou não atraso na linguagem, para melhor definição dos objectivos da intervenção.

5.4.1 A criança X

Caracterização

A criança X é uma criança muito tímida e meiga que está a ser apoiada em terapia de fala desde o início do ano lectivo 2005 / 2006.

Em Setembro de 2006, realizou-se uma reavaliação tendo-se concluído que, apesar de se observar melhorias, a X ainda apresenta atraso de desenvolvimento da linguagem e dislália múltipla. Foi possível observar que a sua performance na realização de algumas actividades comprometeu a execução das mesmas.

Em relação à linguagem, observou-se que a X ainda apresenta dificuldades no conhecimento lexical, de regras morfológicas, na memória auditiva, na produção completa de frases mais complexas, na consciência metalinguística e, de modo mais específico, na consciência fonológica.

Como já foi referido, a fala da X caracteriza-se por uma dislália múltipla, ou seja, ocorrência de inúmeros “erros articulatórios”, tais como:

- Assimilações progressivas;
- Omissão de sílabas;
- Omissão de fonemas, nomeadamente a omissão:
 - consistente do fonema /λ/;
 - inconsistente do fonema /l/;

- consistente do fonema /r/;
- Substituição de fonemas, nomeadamente a substituição:
 - inconsistente do fonema /ʌ/ pelo fonema /l/ (quando não o substitui omite-o);
 - consistente do fonema /z/ pelo fonema /s/;
 - consistente do fonema /ʒ / pelo fonema /s/ e /ʃ/;
 - inconsistente do fonema /g/ pelo fonema /R/;
 - inconsistente do fonema /r/ pelo fonema /l/ (quando não o substitui omite-o);

A X realizou, com êxito, as actividades de discriminação auditiva e de motricidade oro-facial, pelo que estas, não estão relacionadas com as dificuldades articulatórias.

Tendo em conta os dados anteriores, considera-se que a X continua a necessitar do apoio em terapia da fala. Para além disso, sugere-se que a X também usufrua de apoio pedagógico com a educadora de apoio educativo.

5.4.2 A criança Y

Caracterização

Em Setembro de 2006, a criança Y foi avaliada em terapia da fala a pedido da educadora.

A Y é uma criança simpática e meiga que interage de modo adequado com os pares e adultos. O seu meio privilegiado de comunicação é a fala mas, por vezes, a comunicação fica comprometida devido às dificuldades articulatórias.

Pela avaliação realizada concluiu-se que a Y apresenta dislália múltipla e atraso ligeiro na linguagem, principalmente na consciência fonológica (rima, aliteração, segmentação frásica e silábica), na pragmática (tem dificuldade em manter o mesmo tópico de conversação mudando, rapidamente, para outro

diferente) e na construção de frases complexas. Não foram observadas dificuldades de discriminação auditiva e de motricidade oro-facial que pudessem estar na origem de algumas dificuldades articulatórias. Essas consistem na ocorrência de:

- Assimilações progressivas e regressivas;
- Omissão de sílabas;
- Substituição de fonemas, nomeadamente substituição:
 - consistente do fonema /z/ pelo fonema /s/;
 - consistente do fonema /ʒ / pelo fonema /s/ e /ʃ/;
 - inconsistente do fonema /R/ pelo fonema /r/;
- Omissão de fonemas nomeadamente a omissão:
 - inconsistente do fonema /l/;
 - inconsistente do fonema /r/;
- Migração de fonemas nomeadamente a migração do fonema /r/.

Tendo em consideração os dados anteriores, considera-se que a Y necessita de usufruir do apoio de terapia de fala para conseguir ultrapassar as dificuldades articulatórias e linguísticas.

5.4.3 A criança W

Caracterização

A W é uma criança meiga mas também muito teimosa. Gosta de desafiar e contrariar o adulto o que, por vezes, compromete a interacção.

Pela avaliação realizada concluiu-se que a W apresenta algumas dificuldades linguísticas, mas o mais preocupante, são as dificuldades na fala.

As dificuldades linguísticas centram-se no conhecimento de regras morfológicas, na construção de frases mais complexas e na consciência metalinguística.

Pela avaliação da fala observou-se que a W apresenta dislália múltipla (fonética e fonológica), a qual compromete a inteligibilidade do seu discurso. Esta caracteriza-se pela ocorrência de:

- assimilações regressivas;
- omissão de sílabas;
- omissão de fonemas, nomeadamente a omissão:
 - inconsistente do fonema /l/;
 - consistente do fonema /R/;
 - inconsistente do fonema /r/;

- substituição de fonemas, nomeadamente a substituição:
 - inconsistente do fonema /j/ pelo fonema /s/;
 - inconsistente do fonema /g/ pelo fonema /d/;
 - inconsistente do fonema /λ/ pelo fonema /l/;
 - inconsistente do fonema /b/ pelo fonema /m/;
 - inconsistente do fonema /l/ pelo fonema /d/;
 - inconsistente do fonema /d/ pelo fonema /n/ e vice-versa;
 - consistente do fonema /R/ pelo fonema /d/.

Pela análise dos dados anteriores conclui-se que a W necessita do apoio de terapia de fala para conseguir ultrapassar as dificuldades linguísticas e, acima de tudo, articulatórias.

5.5 CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS NA INTERVENÇÃO MUSICAL

Em primeiro lugar, foi elaborado um pedido de autorização aos pais das crianças para se poder iniciar as sessões. (Anexo IX). Seguidamente, e após um diálogo informal com as crianças, pudemos apurar que o seu universo musical é muito pobre. Todas dizem gostar muito de música mas ninguém canta com elas, nem para elas. Não possuem nenhuma compilação de canções para a infância nem ninguém lhes ofereceu, ainda, música para ouvir,

adequada à sua idade. Na escola, não tiveram, até esta altura, qualquer actividade musical orientada com uma professora de educação/expressão musical. As actividades realizadas, a este nível, são realizadas pela educadora da sala. Como consequência deste facto, não possuem quase nenhuma vivência musical.

Inicialmente, antes das actividades realizadas, não revelavam, de uma maneira geral, sentido de pulsação, tinham pouco sentido rítmico, entoavam com facilidade embora, se verificasse pouca experiência musical. Ao nível do movimento, mostravam-se inibidas e pouco participativas revelando pouca coordenação motora, possivelmente, devido ao facto de não terem vivências no âmbito da dança e da expressão corporal. No entanto, após alguma insistência, no decurso das sessões, conseguiam já reproduzir células rítmicas e melódicas. Gradativamente foram-se mostrando mais desinibidas, manifestando preferência pelas músicas e canções. Começaram a participar mais e orientavam-se no espaço / sala, com maior facilidade.

É importante salientar, neste aspecto, a criança W que, devido ao seu comportamento e alguma relutância em aderir às actividades propostas, conseguiu, ainda assim, ir ultrapassando as suas dificuldades, manifestar interesse e colaborar mais activamente nas tarefas, isto quando acompanhada por um ou mais colegas da sua sala.

Ao nível da audição e da memória auditiva, inicialmente, a criança ouve uma confusão de ruídos e, aos poucos, a sua audição vai sendo educada, vai amadurecendo. Ela vai sendo capaz de localizar e identificar o estímulo sonoro; diferenciar os sons ambientais gerais dos sons mais específicos e os usados na comunicação; diferenciar palavras, gestos, expressões faciais. Em suma, é importante que a criança adquira e desenvolva a consciência do mundo que a rodeia: a presença e a ausência de ruídos – som/silêncio; sons instrumentais e a voz das pessoas – reconheça o timbre de voz das pessoas que já conhece. É indispensável que localize fontes sonoras; distinga sons agudos de sons médios e graves; discrimine intensidades fracas e fortes do som; desenvolva a consciência da duração dos fonemas; e seja ainda capaz de reter e reproduzir estímulos sonoros anteriormente apresentados; bem como de desenvolver uma memória sequencial auditiva.

A utilização de canções é também por nós uma estratégia frequentemente adoptada, com o objectivo de trabalhar sentimentos, conceitos de auto-estima e de valorização pessoal. Como exemplo deste facto, temos a canção do “bom-dia” que é utilizada para saudar os colegas e o professor, imprimindo um ambiente saudável, de amizade e de boa-disposição. Aproveita-se para saber se a criança está bem-disposta, ou se tem alguma coisa que a preocupe.

No âmbito da intervenção musical, realizada conjuntamente com a terapeuta da fala, foi elaborada uma tabela de observações que apresentamos a seguir.

Quadro 37 – Conteúdos da intervenção musical

CONTEÚDOS TRABALHADOS	CRIANÇA X	CRIANÇA Y	CRIANÇA W
RITMO	<p>Demonstra sentido de pulsação conseguindo marcar a pulsação numa música.</p> <p>Acompanha com ostinatos rítmicos melodias após alguma insistência.</p> <p>Movimenta-se no espaço ao som do ritmo da melodia manifestando alguma inibição.</p> <p>Efectua algumas células rítmicas em instrumentos musicais.</p>	<p>Demonstra sentido de pulsação conseguindo marcar a pulsação numa música.</p> <p>Acompanha com ostinatos rítmicos melodias.</p> <p>Movimenta-se no espaço ao som do ritmo da melodia manifestando alguma distração.</p> <p>Efectua algumas células rítmicas em instrumentos musicais.</p>	<p>Demonstra sentido de pulsação conseguindo marcar a pulsação numa música.</p> <p>Acompanha com ostinatos rítmicos melodias após alguma insistência.</p> <p>Movimenta-se no espaço ao som do ritmo da melodia manifestando alguma inibição.</p> <p>Efectua algumas células rítmicas em instrumentos musicais.</p>

AUDIÇÃO	Reage a estímulos sonoros. Identifica alguns sons do quotidiano. Diferencia alguns sons da natureza de sons humanizados.	Reage a estímulos sonoros. Identifica os sons do quotidiano com facilidade. Diferencia sons da natureza de sons humanizados.	Reage a estímulos sonoros. Identifica os sons do quotidiano com facilidade. Diferencia sons da natureza de sons humanizados.
ANDAMENTO	Consegue reproduzir frases com andamentos rápidos ou com andamentos lentos.	Consegue reproduzir frases com andamentos rápidos ou com andamentos lentos.	Consegue reproduzir frases com andamentos rápidos ou com andamentos lentos.
ENTOAÇÃO	Reproduz melodias com afinação vocal. Canta canções.	Reproduz melodias com afinação vocal. Canta canções.	Reproduz melodias com afinação vocal. Canta canções.
LINGUAGEM	Consegue reproduzir, cantando, consoantes em que apresentava mais dificuldade. Consegue dividir as palavras em sílabas marcando a pulsação de cada uma delas.	Consegue reproduzir, cantando, consoantes em que apresentava mais dificuldade. Consegue dividir as palavras em sílabas marcando a pulsação de cada uma delas.	Consegue reproduzir, cantando, consoantes em que apresentava mais dificuldade. Consegue dividir as palavras em sílabas marcando a pulsação de cada uma delas.
PARTICIPAÇÃO	É inibida. Consegue participar nas actividades a partir do momento em que se sente mais à vontade.	Participa nas actividades com facilidade.	Participa nas actividades com facilidade. No entanto, colabora mais facilmente se tiver um ou dois colegas da sala com ela.

COMPORTAMENTO	É persistente, interessada e cumpridora. No entanto, continua ainda um pouco inibida.	É interessada, no entanto, como é muito distraída, é necessário chamar a sua atenção com frequência.	Por vezes tenta recusar a actividade mas acaba sempre por colaborar.
----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

5.6 AVALIAÇÃO

Pretende-se que a avaliação num processo de Ensino/Aprendizagem sirva dois objectivos fundamentais:

- Planear a intervenção;
- Avaliar o progresso da criança e a eficácia da intervenção efectuada.

Antes de ser abrangida por um programa educativo específico, a criança é previamente submetida a uma avaliação por parte de uma equipa multidisciplinar, que recolhe dados sobre a sua pessoa e sobre a sua família. Subsequentemente é decidido o encaminhamento a dar à criança, devendo ser utilizados, de entre os recursos técnicos e humanos disponíveis, aqueles prospectivamente mais adequados, tendo em consideração, quer a funcionalidade do PE, quer a desejável aprendizagem.

A Equipa Pedagógica, constituída pelos pais e pelos diferentes técnicos (educador, psicólogo, terapeuta da fala) analisa a criança, com o objectivo de definir para ela um programa educativo. Esse programa propõe-se permitir que a criança adquira competências nas diferentes áreas do desenvolvimento, para o que deverá ser efectuado planeamento no sentido de que sejam adequados às necessidades da criança:

- O contexto físico e humano da sala de aula;
- O conteúdo instrucional;
- As estratégias de apoio ao processo de ensino/aprendizagem.

A avaliação da criança enquanto alvo de estudo é fundamental durante todo o processo. Consiste num procedimento de recolha de informação que deverá permitir:

- Analisar os dados recolhidos, identificando as necessidades da criança e do ambiente envolvente, relativamente às quais se vai procurar dar resposta;
- Perspectivar opções para a fase de intervenção e decidir quais as concretas medidas a aplicar;
- Avaliar do sucesso da intervenção e decidir sobre alterações de estratégias.

Deverão estes objectivos ser clarificados em qualquer plano educacional. Deverão especificamente determinar-se:

- O propósito da avaliação;
- O tipo de avaliação que melhor identificará as necessidades da criança;
- Outros instrumentos que têm sido utilizados na avaliação de crianças com problemas de linguagem;
- Os critérios que devem ser usados para avaliar;
- Os intervenientes na avaliação;
- Os momentos da avaliação.

Estas e outras questões preocupam quem tem à sua responsabilidade crianças que evidenciem angústias, numa fase tão tenra da sua idade, por não aprenderem. A responsabilidade do adulto, que as orienta, é acrescida. É importante a avaliação para sabermos qual a direcção tomar e se a nossa intervenção está a produzir efeitos.

Durante todo o processo, pretendemos avaliar de que forma a música terá servido como instrumento para ultrapassar as dificuldades articulatórias, funcionando como uma terapia de fácil adesão por parte da criança, por incluir em si mesma uma vertente lúdica. O enfoque do estudo situa-se na dualidade

música/linguagem, pois a primeira é essencialmente uma forma de comunicação

CONCLUSÃO

Ao iniciarmos a pesquisa, deparámo-nos com um factor adverso que foi o facto de não conhecermos estudos, realizados por outras pessoas, que corroborem esta investigação. A musicoterapia ainda é um tema pouco aprofundado, em Portugal, e toda a nossa investigação se centrou em documentos de outros países, tais como a Argentina, a Espanha e o Brasil.

Outra das dificuldades que sentimos na realização deste estudo foi a de encontrar uma amostra adequada à realização deste trabalho de investigação. Não foi fácil encontrar um grupo de crianças que apresentassem características idênticas, como se pretendia. Desencadearam-se contactos com várias Instituições e, apesar de se ter notado grande interesse por parte dos docentes e outros técnicos (designadamente terapeutas da fala) em colaborar com este projecto, mostrando-se abertos a realizar esta experiência, a maioria dos grupos de crianças encontrados não reuniam o requisito de homogeneidade necessário à efectivação da investigação.

Poderíamos ainda aprofundar mais o tema, e comparar dois grupos de crianças: um, com problemas de linguagem que teria intervenção da música e de uma terapeuta da fala; outro, igualmente com problemas de linguagem, que teria a intervenção da terapeuta da fala mas sem intervenção musical. Poderíamos comparar os resultados obtidos e verificar se existiam diferenças significativas entre estas crianças, ao nível do sexo, do sucesso escolar, do apoio psicológico, entre outras variáveis, e se obtinham maior sucesso nas actividades musicais.

No entanto, devido a razões de ordem administrativa e a questões de limite de tempo, estas observações ficarão para uma posterior abordagem.

Por estes motivos, e porque continuava vivo o desejo de realizar a investigação, vimo-nos forçados a realizar um estudo de caso.

Acreditamos que a música é um elemento indispensável no desenvolvimento da expressão pessoal, social e cultural da criança. É um veículo de saber que articula a imaginação, a razão e a emoção. A música

entra na vida das pessoas, trazendo novas perspectivas, formas e densidades ao ambiente e à sociedade em que se vive.

Porque acreditamos que a música pode ajudar a ultrapassar problemas de aprendizagem – designadamente problemas de linguagem –, realizámos uma intervenção concertada com uma terapeuta da fala.

Musselwhite (1985), a propósito da utilização dos sistemas aumentativo e alternativo de comunicação em crianças com problemas de linguagem, sugeria que se utilizasse a música, em conjunto com a mímica, os símbolos e o jogo adaptado. Já aconselhava a adaptação de canções infantis no sentido de introduzir vocabulário específico ou trabalhar conceitos.

Mais concretamente, para a primeira parte deste trabalho, as técnicas de investigação ou de recolha de informação utilizadas foram a análise documental e a recolha bibliográfica. Para a segunda parte do mesmo, foram levadas a cabo observações nas áreas da psicologia e da terapia da fala; aplicação de testes, realização de entrevistas e diálogos informais com a amostra.

Através de entrevistas realizadas aos pais e aos técnicos da instituição (nomeadamente psicóloga, terapeuta da fala e educadoras de infância), suscitámos a produção de dados, a partir dos quais, progressivamente, formámos respostas às nossas questões, algumas satisfatórias, outras activadoras de novas dúvidas e questões.

Com efeito, como o objectivo específico era o de verificar se a aplicação das estratégias em teste resultaria na diminuição dos problemas de linguagem nas crianças alvo do estudo, formulámos algumas hipóteses que alicerçam o plano de acção prosseguido.

A primeira das hipóteses enunciadas (“o efeito que a música tem na criança permite-lhe superar problemas de linguagem, com maior facilidade”) parece-nos comprovada. Efectivamente, com a utilização de um leque diversificado de actividades musicais, que trabalham conteúdos (v.g., o ritmo, a audição, a entoação, o andamento, a pulsação) aplicados a problemas concretos de linguagem (tais como a omissão de fonemas e problemas relacionados com a assimilação), verificou-se que as crianças foram ultrapassando, lenta e progressivamente, as suas dificuldades.

A segunda hipótese formulada neste estudo tinha o seguinte teor: “quanto mais graves forem os problemas de linguagem verificados na criança maior será o efeito da música como terapia”. Analisando as 3 crianças do estudo efectuado e comparando as aprendizagens adquiridas ao longo das sessões, verificámos que o efeito das actividades musicais é tanto maior quanto maiores forem as dificuldades de articulação evidenciadas. As actividades concretizaram-se na entoação de lengalengas com andamentos diferentes; na aprendizagem de canções, trabalhando os fonemas mais difíceis de pronunciar pela criança e no recurso a elementos rítmicos de prosódia apelando para a utilização estratégica de onomatopéias a seguir ao refrão das canções.

No que diz respeito à terceira hipótese – “Os efeitos da musicoterapia, em problemas de linguagem, verificam-se mais facilmente se a criança não tiver ainda tido qualquer experiência musical” –, a mesma não nos parece ter sido comprovada. Com efeito, o facto de as crianças não terem experienciado anteriormente alguns conteúdos musicais (tais como o sentido da pulsação e o sentido rítmico), dificultou a aquisição de diversas competências ao nível da linguagem, *v.g.*, quanto à divisão silábica. O ritmo das músicas deve estar associado ao ritmo da palavra. Se o primeiro não foi trabalhado, é mais difícil trabalhar o segundo. Com estas crianças foram realizadas actividades musicais baseadas na pulsação e no batimento rítmico das melodias para, posteriormente, ser trabalhada a música em simultâneo com as palavras que as crianças tinham dificuldade em reproduzir.

Por último, a quarta hipótese tinha por enunciado “crianças oriundas de um nível socioeconómico baixo têm a probabilidade de apresentar problemas de linguagem mais notórios”. Tendo em consideração que o nível socioeconómico de todas as crianças que nos foi possível observar é desfavorável, parece-nos fácil acreditar que os seus problemas de linguagem estejam intimamente associados a essa circunstância. Denota-se claramente uma pobre estimulação, em termos de produção verbal, inerente às características do seu meio familiar. Contudo, ao longo da investigação, não se estabeleceu uma comparação significativa com outro grupo de crianças, oriundas de um meio socioeconómico mais favorecido, embora este seja um

aspecto que poderemos aprofundar posteriormente, pois consideramo-lo igualmente importante neste estudo.

No entanto, parece-nos oportuno sublinhar que a X tem um apoio mais notório por parte da família (pais e irmãos) em relação ao que sucede com as crianças Y e W.

O contexto familiar da Y é o mais disfuncional entre as crianças observadas. A mãe da Y não tem a percepção dos problemas de linguagem da sua filha. Na entrevista efectuada, manifestou a opinião de que “achava que a sua educanda falava muito bem”. Esta reacção pode evidenciar, por um lado, recusa em aceitar o problema, ou por outro, desconhecimento do mesmo. Não obstante, ao ser alertada, pela médica de família, para os problemas de linguagem da sua filha, seguiu as orientações daquela e deu autorização para que Y beneficiasse de terapia da fala e fosse avaliada por uma psicóloga.

Relativamente ao conhecimento que as famílias das 3 crianças manifestam sobre o acompanhamento que é realizado ao nível da linguagem, é notório observar que desconhecem o programa educativo, apesar de o terem lido e assinado. Por apresentarem um nível sociocultural desfavorável, manifestam dificuldade em realizar um acompanhamento, paralelo ao da terapeuta da fala, em casa. Só a mãe da X afirmou que realizava jogos educativos com a sua educanda.

De acordo com as entrevistas, concordam com o programa educativo, mas raramente se deslocam à escola para obterem informações sobre a aplicação do programa. Em virtude de o apoio se realizar no horário lectivo das crianças, e os pais estarem nesse período a trabalhar, impossibilita-os de participarem nas sessões da terapeuta da fala. Se os pais assistissem às sessões, provavelmente, participariam de forma mais activa, e poderiam assim apoiar em casa, de uma forma mais consistente, os seus educandos.

A mãe da Y encontra-se desempregada, neste momento, mas também não se desloca ao Jardim-de-Infância para saber informações sobre a sua educanda.

Não há uma relação próxima entre pais e técnicos da equipa multidisciplinar, não havendo, por essa razão, um trabalho continuado em casa.

No entanto, nota-se uma grande incongruência pois, embora as famílias

não participem directamente, consideram que a intervenção é adequada, muito embora não possuam um conhecimento profundo sobre os objectivos da intervenção do PE. Limitam-se a levar e buscar os seus educandos ao Jardim-de-Infância, muitas vezes a horas impróprias para poderem estabelecer um contacto mais frequente com os técnicos.

A aplicação da música, como terapia, demonstrou ser muito útil para contrariar os efeitos negativos que os problemas de linguagem têm nas crianças, ajudando-as a recuperar os níveis básicos óptimos de funcionamento psicofisiológico e de bem-estar.

A utilização de canções infantis, adaptadas aos problemas de linguagem de cada criança, revelou-se uma boa estratégia. Pode-se utilizar com frequência uma canção para descrever e comentar objectos, acções, para dar ordens, para pedir para codificar uma variedade de funções linguísticas diferentes. O vocabulário, apoiado por mímica, fala ou símbolos, pode ser introduzido ou praticado através de uma canção. Esta constitui um estímulo à participação activa em jogos de grupo e à imitação, promovendo a interacção.

A opção de se fazer a intervenção com uma terapeuta da fala foi extremamente enriquecedora. Foram realizadas sessões em que a música serviu de apoio à actividade terapêutica da fala realizando-se vários exercícios, tais como, jogos de acentuação silábica, lotos de figuras para identificação da imagem, aproveitando as actividades musicais para reforçar a aprendizagem de fonemas e sílabas que a criança tinha dificuldade em reproduzir.

Em síntese, ao encerrarmos este estudo, importa realçar a importância de termos efectuado o nosso estudo no CASCI de Ílhavo, instituição sem fins lucrativos, que actua na área da acção social que pretende promover e apoiar crianças com várias necessidades educativas especiais (NEE) e entre estas, crianças portadoras de deficiências de carácter prolongado. É uma instituição que apoia famílias carenciadas, que no âmbito da Educação Social, cumpre um papel preponderante na cidade de Ílhavo.

Parece-nos que, ao realizarmos este estudo, embora recorrendo a uma pequena amostra, e sem querermos fazer generalizações, demos um passo, concreto e objectivo, em ordem a demonstrar que a importância do recurso a estratégias inovadoras e diversificadas é sempre de enaltecimento, pois concorrem

para tentar minimizar as perturbações de linguagem existentes e, ao mesmo tempo, optimizam as habilidades e as capacidades intrínsecas a cada criança, no sentido de possibilitar um desenvolvimento global e harmonioso.

BIBLIOGRAFIA

- Andrada, M.G. (1989). Risco Perinatal e Desenvolvimento da Linguagem da Criança. Dissertação de Doutoramento na Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa: Editado pela APPC.
- Andrews, L. M. (1998). Terapia Vocal Para Crianças: Os primeiros anos escolares. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Baranow, A. L. V. (1999). Musicoterapia: uma visão geral. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Bell, J. (2002). Como realizar um projecto de investigação. Lisboa: Gradiva.
- Benenzon, R. (1981). Manual de Musicoterapia. Barcelona: Editorial Paidós. Ibérica S.A.
- Benenzon, R. (1988). Teoria da Musicoterapia: Contribuição ao conhecimento não-verbal. São Paulo: Summus editorial.
- EAPN (Rede Europeia das Associações de Luta contra a Pobreza e a Exclusão Social). (1996). Lutar contra a Pobreza e a Exclusão na Europa: Guia de Acção e Descrição das políticas Sociais. Lisboa.
- Fregtman, C. D. (1989). Corpo Música e Terapia. São Paulo: Ed. Cultrix Lda.
- Guedes, F. (2004) A Enciclopédia. (vol.19). Lisboa: Editorial Verbo, S.A. (Obra planeada e realizada pelos Serviços do Departamento de Enciclopédias e Dicionários da Editorial Verbo, S.A. Venda exclusiva juntamente com o jornal Público).

- Guimarães, I. & Grilo, M. (1997). Manual de Fisiopraxis. Alcoitão: Fisiopraxis.
- Henrique, L. (1988). Instrumentos Musicais. Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ingram, D. (1976). Phonological Disability *in* Children. London: Arnold.
- Issler, S. (1983). Articulação e Linguagem. São Paulo: Antares.
- Leal, U. de S. (1997). Musicoterapia aplicada à psicopedagogia. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado.
- Lentin, L. (1990). A Criança e a linguagem Oral. Lisboa: Livros Horizonte, Lda.
- Madureira, I. P. & Leite, T. S. (2003). Necessidades Educativas Especiais. Lisboa: Universidade Aberta.
- Martin, E. G. (1996). Psicologia do Encontro: J. L. Moreno. São Paulo: Ed. Agora.
- Musselwhite, C. St. Louis K. (1982). Communication Programming for the Severely Handicapped: Vocal and non Vocal Strategies. San Diego, College Hill Press.
- Peña-Casanova, (1997). Manual de Fonoaudiologia. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas
- Pimentel, J. V. Z. S. (2005). Intervenção focada na família: Desejo ou realidade, percepções de pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas

famílias. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com deficiência.

- Pinho, Sílvia Maria Rebelo. (2003). Fundamentos em Fonoaudiologia. Tratando os Distúrbios da Voz. Editora Guanabara Koogan S.A. 2ª edição. Rio de Janeiro.
- Rauscher, F.H. et al. (1993). Music and spatial task performance. *Nature* 365.p.611
- Rauscher, F.H. et al. (1995). Listening to Mozart enhances spatial-temporal reasoning: towards a neurophysiological basis. *Neuroscience Letters* 185. p. 44-47
- Rauscher, F.H. et al. (1997). Music training causes long-term enhancement of preschool children's spatial-temporal reasoning. *Neurological Research* 19. p.2-8.
- Sack, K. (1998). Georgia's governor seeks music start for babies. *New York Times* January 15,
- Sloan, Christine (1991). Treating Auditory Processing Difficulties in Children. Califórnia: Singular Publishing Group.

SITES CONSULTADOS:

Dicionário Neuro-ciências [Em linha], actual. [consultado em 1 Dez.2006]. Disponível em www.psiqweb.med.br/

Distúrbios de comunicação - [Em linha], actual. [consultado em 13 Out.2006]. Disponível em <http://paginas.terra.com.br/saude>

Sociedade Portuguesa de Neuropediatria – [Em linha], actual. [consultado em 12 Agost.2006]. Disponível em <http://neuropediatria.online.pt/>

Associação Nacional de Dislexia do Rio de Janeiro - Fala Linguagem e Desenvolvimento [Em linha],. [consultado. 18 Ag.2006]. Disponível em <http://www.andislexia.org.br/default.asp>