

A Resposta Educativa à Paralisia Cerebral: Estudo Comparativo - Portugal e Inglaterra

Cláudia Alexandra Miranda Lima

Dissertação de Mestrado em Educação Especial

Orientação: Professora Doutora Maria Celeste da Silva Leal de Sousa Lopes

abril, 2017



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Cláudia Alexandra Miranda Lima

A resposta Educativa à Paralisia Cerebral:

Estudo Comparativo - Portugal e Inglaterra

Dissertação apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, sob a orientação da Professora Doutora Maria Celeste da Silva Leal de Sousa Lopes

Departamento de Psicologia e Educação

abril, 2017



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Dedicatória

A todas as crianças que existem no mundo, em especial àquelas que me fazem lutar todos os dias por este sonho! Que um dia eu consiga ser os olhos dos que não veem, os ouvidos dos que não ouvem, a locomoção dos que não se mexem e a voz dos que não conseguem falar! A eles que me inspiram e que me fazem acreditar que juntos, mesmo que lentamente e com todas as dificuldades, chegaremos mais longe!

Ao meu pai de coração, Pedro Paradela, que apesar de ter partido cedo de mais deixou as suas palavras bem presentes na minha memória! Foram essas palavras que nos momentos mais difíceis não me deixaram desistir, sempre me incentivaram e me ajudaram ao longo do meu percurso académico.

Agradecimentos

Esta página é para mim uma das mais importantes, pois sem as pessoas que irei mencionar, não seria possível o término deste percurso. Por isso, aqui fica o meu profundo agradecimento:

À minha mãe, Alexandra Miranda, que me apoiou, me ajudou e me deu a força que precisava, acreditando sempre que eu iria conseguir realizar este mestrado;

Ao seu companheiro, Rui Filipe e aos meus irmãos, Ruca e Bruna, por sempre me apoiarem e acreditarem em mim;

Aos meus queridos Avós, Licínio e Carminda, que estiveram do meu lado durante todo este percurso, pois sem eles, nada disto teria sido possível;

À minha restante família, em especial à minha tia Anabela Cristina, pela confiança depositada, pelo apoio constante e principalmente por nunca duvidarem que eu seria capaz;

Ao meu namorado e companheiro, Rui Silva, por mesmo nos momentos mais difíceis não me ter deixado desistir, incentivando-me e apoiando-me sempre para conseguir terminar este trabalho;

Às minhas queridas amigas, Catarina Martins, Lília Pinto, Liliana Alexandra, Sónia Rodrigues e Tânia Martins por tudo o que são e pelo ânimo dado.

Às mães e professoras que me ajudaram durante a realização desta dissertação, pois as suas experiências e relatos foram cruciais para o desenvolvimento da mesma;

À minha orientadora Professora Doutora Maria Celeste da Silva Leal de Sousa Lopes, que foi incansável em todo este processo.

Por último, mas não menos importantes, um grande obrigada a todos os meus colegas académicos, às minhas colegas de trabalho, aos meus amigos e conhecidos, e a todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram com palavras de incentivo e força, para a realização e conclusão desta dissertação.

Resumo

A principal questão que levou à realização desta dissertação foi a de comparar o apoio dado pelas diversas organizações (Estado, Saúde e Educação) em crianças com Paralisia Cerebral, nomeadamente entre Portugal e Inglaterra.

A metodologia utilizada neste estudo foi a metodologia qualitativa, destacando-se as entrevistas realizadas às mães de duas crianças (uma em Portugal, outra em Inglaterra) e a duas Professoras de Educação Especial (uma em Portugal e outra em Inglaterra), à observação em campo, das Escolas frequentadas pelas crianças, e aos registos fotográficos, quer das escolas, quer dos equipamentos que possuem.

Os resultados revelaram que os dois países têm um apoio bastante diferente, existindo desta forma bastante desigualdade em dois países que à data desta dissertação pertencem à União Europeia e que se regem pelas leis gerais.

É de salientar as diferenças existentes no apoio do Estado, em relação aos apoios monetários, no apoio à Saúde, e nas Escolas, existindo diversas discrepâncias nos diferentes apoios.

É notória a inclusão existente em Portugal, e este estudo permite salientar a importância que a inclusão tem, a maneira como é implantada em Portugal de forma cuidada e também a maneira como não é implantada em Inglaterra.

Palavras-chave: Inclusão, Necessidades Educativas Especiais, NEE, Paralisia Cerebral, PC, Portugal, Inglaterra, Recursos.

Abstract

The main question that led to this work was to compare the support given by the multiple organizations (State, Health and Education) in children with Cerebral Palsy, between Portugal and England.

The method used in this study was a qualitative method, focused on the interviews made to the mothers of two children (one in Portugal and another in England) and other two interviews made to Special Education Teachers (one in Portugal and another in England), field observation, schools attended by the two children, and photographic records, of both schools and equipment of the children.

The results showed that these two countries have a different support, and there is a lot of difference in two countries that in the date of this dissertation belong to the European Union, and that are governed by general laws.

It is noteworthy that there are huge differences on the support of the State, in relation to monetary support, in Health support, and in the Schools, where there are several distinctions in the different supports.

The inclusion in Portugal is well-known, and this study makes it possible to accentuate the importance that inclusion has, the way it is implemented in a careful way in Portugal, and the way it is not, in England.

Keywords: Inclusion, Special Educational Needs, SEN, Cerebral Palsy, CP, Portugal, England, Resources.

Índice

Introdução	13
Parte I – Fundamentação Teórica	14
1. Necessidades Educativas Especiais	15
1.2 Tipos de Necessidades Educativas Especiais.....	17
2. Paralisia Cerebral.....	20
2.1 A Evolução do Conceito de Paralisia Cerebral	21
2.2 Definições de Paralisia Cerebral	22
2.3 Causas da Paralisia Cerebral	23
2.4 Sinais e sintomas da PC	24
2.5 Classificação da PC.....	25
2.5.1 Classificação Nosológica da PC.....	25
2.5.2 Classificação Topológica da PC.....	27
2.6 Grau de Envolvimento	28
2.7 Características Gerais	29
2.8 Perturbações e Problemas Associados	29
2.8.1 Perturbações da linguagem.....	29
2.8.2 Problemas visuais	30
2.8.3 Problemas auditivos	30
2.8.4 Problemas de desenvolvimento cognitivo.....	31
2.8.5 Problemas de Personalidade	31
2.8.6 Problemas de atenção	31
2.8.7 Problemas de percepção	32
2.9 Tratamento da Criança com PC	32
2.9.1. Intervenção na área motora	33
3. A Educação Inclusiva	35
3.1 Conceito de Inclusão	35

3.2 A Evolução da Inclusão.....	36
3.3 Princípios a Ter em Conta na Inclusão.....	41
3.4 Vantagens da inclusão.....	47
4. Enquadramento Normativo.....	50
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	56
5. Problemática e Metodologia de Investigação.....	57
5.1 Questões de Partida.....	57
5.2 Objetivos.....	57
5.3 Metodologia da Investigação.....	57
5.3.1 Estudo Comparativo – Método Qualitativo.....	57
5.3.2 Instrumentos de Recolha de Dados.....	58
5.3.3 Procedimento.....	58
5.3.4 Contextualização do Estudo / Amostra.....	59
5.3.5 Caracterização do Contexto do Estudo e da Amostra.....	59
6. Apresentação e Análise de Dados.....	62
6.1 Características físicas dos alunos em estudo;.....	62
6.2 Aspetos educativos, saúde e apoios.....	63
6.3 Comparação de Recursos Existentes.....	70
7. Discussão dos Dados Apresentados.....	77
Conclusão.....	79
Referências Bibliográficas.....	81
Anexos.....	83
Anexo 1 – Entrevista às Mães das Crianças.....	84
Anexo 2 – Entrevista à Professora de Inglaterra.....	85
Anexo 3 – Entrevista à Professora de Educação Especial em Portugal.....	86

Índice de Figuras

Figura 1- Tipos de NEE Significativas.....	17
Figura 2 - Sistema Inclusivo Centrado no Aluno	42
Figura 7 – Cama de dormir.....	71
Figura 3 - Cadeira de Alimentação.....	70
Figura 4 - Cadeira para caminhar	70
Figura 5 - Cadeira para se manter em pé com o uso de pesos.....	70
Figura 6 – Cadeira de rodas.....	71
Figura 8 – Guincho de suspensão no quarto.....	71
Figura 9 – Guincho de suspensão da sala.....	71
Figura 12 – Maca de tomar banho montada	71
Figura 10- Colete para a suspensão no guincho	71
Figura 11 – Maca de tomar banho recolhida	71
Figura 13 – Cadeira para o carro	72
Figura 14 – Carro de Bebê / Cadeira de Rodas	72
Figura 15 – Corredor com materiais e equipamentos.....	72
Figura 16 – Espaço para ginástica e terapia	72
Figura 17 – Parte do Jardim da Escola	73
Figura 18 – Sala sensorial.....	73
Figura 19 – Tapete Sensorial	73
Figura 20 – Piscina de Bolas na Sala.....	73
Figura 21 – Trampolim.....	73
Figura 22 – Secretárias para ensinar os alunos a estar sentado numa aula de ensino regular.....	74
Figura 23 – Suporte para manter a criança sentada na cadeira da secretária.....	74
Figura 24 – Cama na sala utilizada para diversas atividades	74
Figura 25 – Cozinha na sala para atividades de culinária e rotinas.....	74
Figura 26 – Cantinho da Música.....	74
Figura 27 – Suporte para manter a criança em pé	74
Figura 28 – Cantinho da Televisão, do computador e dos jogos.....	74
Figura 30 – Quadro com números e abecedário	75
Figura 31 – Quadro com horas para as atividades e rotinas	75

Figura 33- Espelho com barras para a criança se ver a caminhar.....	75
Figura 29 – Mesa com rodas.....	75
Figura 32 – Sala de Terapias	75
Figura 34 – Sala de convívio e de lanche.....	75

Índice de Quadros

Quadro 1 – Tipo de NEE Ligeiras.....	19
Quadro 2 – Sinais de Paralisia Cerebral.....	24
Quadro 3 – Tipos Topográficos da Criança com PC.....	27
Quadro 4 – Intensidade da PC.....	28
Quadro 5 – Base conceptual da Inclusão.....	38
Quadro 6 – Princípios da Inclusão.....	39
Quadro 7 – Permissas para Alunos com NEE.....	39
Quadro 8 – Fatores que contribuem para a implementação da escola Contemporânea.....	40
Quadro 9 – Responsabilidades estatais para a implementação de um “sistema inclusivo”.....	42
Quadro 10 – Responsabilidades da Escola.....	43
Quadro 11 – Responsabilidades da Família.....	43
Quadro 12 – Responsabilidades da Comunidade.....	44
Quadro 13 – Serviços que o Aluno com NEE deve Beneficiar.....	46
Quadro 14 – Colaboração nas Escolas.....	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Número de alunos no ensino obrigatório e percentagem em escolas especiais e em classes especiais segregadas.....	60
Tabela 2 – Caraterísticas das Crianças com PC em Estudo.....	62
Tabela 3 –Dados das Entrevistas às Mães das Crianças com PC.....	64
Tabela 4 – Dados das Entrevistas às Professoras de Educação Especial.....	67

Lista de Siglas e Abreviaturas

CEDH – Convenção Europeia dos Direitos do Homem

CEI – Currículo Específico Individual

Criança I. – Criança com Pc em Inglaterra

Criança P. – Criança com PC em Portugal

ECHR - European Convention of Human Rights

EE – Educação Especial

Fig. – Figura

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

LBSE - Lei de Bases do Sistema Educativo

Mãe I. – Mãe da criança com PC em Inglaterra

Mãe P. – Mãe da criança com PC em Portugal

M.E. – Ministério da Educação

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PC – Paralisia Cerebral

PEI – Programa Educativo Individual

Prof. I. – Professora de Educação Especial em Inglaterra

Prof. P. – Professora de Educação Especial em Portugal

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

UAEEAM - Unidade de Apoio Especializado na Educação de Alunos com Multideficiência ou Surdo-Cegueira Congénita

UAMD – Unidade de Apoio à Multideficiência

U.E – União Europeia

Introdução

O presente trabalho, realizado no âmbito da Dissertação de Mestrado em Educação Especial, tem como principal objetivo a comparação entre Portugal e Inglaterra, face aos apoios existente para crianças com Paralisia Cerebral nas diversas áreas, como o Estado, a Saúde e a Educação.

Tendo em conta as áreas acima referidas e em relação à inclusão, este sempre foi um tema bastante debatido, pois na teoria funciona tudo muito bem, mas na prática nem sempre as coisas são assim, devido ao grau de severidade da Paralisia Cerebral da criança. Visto que estas crianças se encontram na situação de inclusão no Sistema Educativo, considerou-se pertinentes as seguintes situações problema:

Terão os pais o apoio necessário ao terem um filho com Paralisia Cerebral?

Estará a escola regular preparada para educar esta criança?

O tema que foi abordado é extremamente importante para a formação dos professores de Educação Especial, pois através deste tema pode-se observar lacunas e qualidades em diversas áreas, podendo utilizar as mesmas para melhorar diversos aspetos e minimizar problemas. A Educação Especial tem leis gerais e específicas, perante as quais se considerou relevante verificar como as mesmas são aplicadas na prática.

O início do presente trabalho, passa por uma breve explicação sobre as Necessidades Educativas Especiais e os seus tipos, seguido da apresentação da Necessidade Educativa Especial, tema principal desta dissertação, a Paralisia Cerebral. Posteriormente, é abordado o tema da Inclusão e da Educação Inclusiva, passando depois ao estudo de caso apresentado, que foi realizado através de entrevistas e observação, e à apresentação de dados e resultados.

A criança com PC necessita de um apoio constante da sua família e também de ser estimulada por crianças da sua idade, sendo fundamental a sua frequência na família, na escola e na sociedade.

A família e a escola devem atuar juntas para que a criança evolua, sendo crucial a existência de um professor que seja acessível, facilitado a relação entre o aluno, o professor e a família.

Parte I – Fundamentação Teórica

1. Necessidades Educativas Especiais

O termo Necessidades Educativas Especiais, é um conceito relativamente recente, surgindo um dos termos oficiais na década de 70, mais precisamente em 1978 no relatório de Warnock.

De acordo com a literatura especializada, e segundo Correia (2008, p.43), este termo, refere-se a um conjunto de determinados alunos, com capacidades e necessidades, que obrigam por vezes a Escola a organizar-se de outra forma, para poder dar respostas educativas eficazes. Estes alunos são denominados de Alunos com Necessidades Educativas Especiais, necessidades estas que incluem fatores de risco ou intelectuais, emocionais e físicos, podendo afetar a capacidade do aluno, no que diz respeito à aprendizagem acadêmica e socioemocional.

O termo necessidades especiais, teve a sua origem no processo de normalização, que começou a surgir em meados do século XX, nos anos sessenta – setenta com o surgimento de movimentos sociais e legislativos, que tinham como objetivo assegurar os direitos do indivíduo à liberdade e à igualdade de oportunidades. Correia (2008) cita que surgiu deste modo:

(...) um princípio inicialmente chamado de “valorização” e depois “normalização”, enunciado por autores como Nirje (1969, 1982), Bank-Mikkelsen (1976), Dunn (1968), Wolfensberger (1972), que defendiam que a educação, a saúde, a habitação, o emprego, o lazer, ou quaisquer outros serviços para os indivíduos “excepcionais” deviam considerar o valor do papel social a desempenhar por tais indivíduos, assegurando-lhes, portanto, experiências normais em ambientes normais. (Correia, 2008, p.44)

Segundo Wolfensberger (1972), "o princípio da normalização terá a ver com a utilização de meios culturalmente corretos, o mais normais possível, com o fim de se eliciar comportamentos pessoais tão próximos quanto possível das normas culturais do meio onde o indivíduo se insere. (Correia, 2008, p.44)

Correia (1999, p.47) refere ainda que “a normalização será um princípio que terá a ver com o dito facto de se tentar fazer com que a vida do indivíduo dito «excepcional», incluindo a sua educação, seja a mais semelhante possível àquela do indivíduo dito «normal».”

Devido a este acontecimento, começou “a surgir um conjunto de conceitos baseados numa nova conceção de Educação Especial”, sendo que Correia (1999, p.47) destaca “em primeiro lugar o conceito de necessidades educativas especiais (NEE), expressão hoje generalizada a quase todos os países desenvolvidos que tratam destas matérias”. O autor refere ainda que:

A expressão NEE vem, assim, responder ao princípio da progressiva democratização das sociedades, refletindo o postulado na filosofia da integração e proporcionando uma igualdade de direitos, nomeadamente no que diz respeito á não discriminação tendo em conta as características intelectuais, sensoriais, físicas e socioemocionais da criança e do adolescente em idade escolar. (Correia, 2008, p.44)

Brennan (1988), citado por Correia (2008), ao referir-se ao conceito de NEE, afirma que:

Há uma necessidade educativa especial quando um problema (físico, sensorial, intelectual, emocional, social ou qualquer combinação destas problemáticas) afeta a aprendizagem ao ponto de serem necessários acessos especiais ao currículo, ao currículo especial ou modificado, ou a condições de aprendizagem especialmente adaptadas para que o aluno possa receber uma educação apropriada. (Correia, 2008, p.44)

O autor acima mencionado refere ainda que, a necessidade educativa pode ser classificada de ligeira a severa podendo ser permanente ou manifestar-se durante uma fase de desenvolvimento do aluno.

Correia (1993, 1997, 2003) refere-se ainda ao conceito de NEE, “afirmando que ele se aplica a crianças e adolescentes com problemas sensoriais, físicos e de saúde, intelectuais e emocionais e, também, com dificuldades de aprendizagem específicas (fatores processológicos/de processamento de informação) derivadas de fatores orgânicos ou ambientais”. (Correia, 2008, p.45)

O autor acrescentou ainda que alunos com NEE são aqueles que “apresentam um problema de aprendizagem, durante o seu percurso escolar, que exige uma atenção mais específica e uma gama de recursos educativos diferentes (especializados) daqueles necessários para os seus companheiros da mesma idade”. (citado em Correia, 2008, p.45).

1.2 Tipos de Necessidades Educativas Especiais

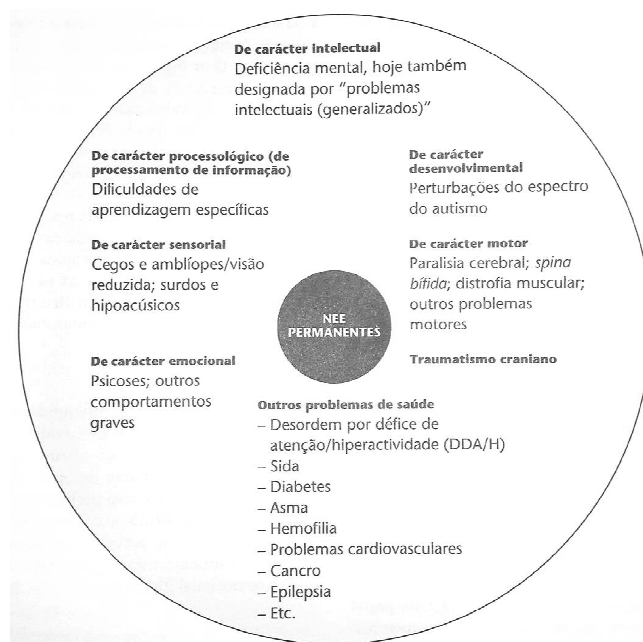
Relativamente aos tipos de Necessidades Educativas Especiais (NEE) Correia (1999, p.49), divide as mesmas em dois grupos, NEE permanentes e NEE temporárias. Mas mais tarde em 2008, alterou-as para NEE significativas e NEE ligeiras, respetivamente.

As NEE significativas são as que exigem adaptações do currículo, de forma a adaptar o mesmo às características do aluno, sendo que as mesmas se mantêm durante grande parte ou todo o percurso escolar do mesmo. Correia (2008) explica ainda que é neste grupo que se encontram:

(...) crianças e adolescentes cujas alterações significativas no seu desenvolvimento foram provocadas, na sua essência, por problemas orgânicos, funcionais e, ainda, por défices socioculturais e económicos graves. Abrangem, portanto, problemas do foro sensorial, intelectual, processológico (problemas no processamento de informação), físico, emocional e quaisquer outros problemas ligados ao desenvolvimento e à saúde do indivíduo. (p.46)

Na figura apresentada abaixo são apresentados os tipos de NEE permanentes:

Figura 1- Tipos de NEE Significativas



Fonte: Correia, 2008, p.47

As NEE significativas, tal como está descrito em Correia (2008, p.46) englobam um conjunto de categorias específicas que são citadas de seguida, por ordem decrescente das duas predominâncias:

- As dificuldades de aprendizagem específicas;
- Os problemas de comunicação;
- A deficiência mental (problemas intelectuais);
- As perturbações emocionais e do comportamento;
- A multideficiência;
- A deficiência auditiva;
- Os problemas motores;
- Outros problemas de saúde;
- A deficiência visual;
- As perturbações do espectro do autismo;
- A surdo-cegueira;
- Os traumatismos cranianos.

Este conjunto de categorias enquadra-se num sincrono mais abrangente que se referem às crianças com NEE de carácter intelectual, NEE de carácter processológico (processamento de informação), NEE de carácter emocional, NEE de carácter físico e de saúde e outros grupos de alunos com NEE.

Relativamente às NEE ligeiras e no entender de Correia (2008), tal como se encontra apresentado no quadro 1:

(...) são aquelas em que a adaptação do currículo escolar é parcial e se realiza de acordo com as características do aluno, num certo momento do seu percurso escolar. Geralmente, podem manifestar-se como problemas ligeiros de leitura, escrita ou cálculo ou como problemas ligeiros, atrasos ou perturbações menos graves ao nível do desenvolvimento motor, perceptivo, linguístico ou socioemocional. (p.48).

Quadro 1 – Tipos de NEE ligeiras

NEE LIGEIRAS	
Problemas ligeiros ao nível do desenvolvimento das funções superiores: desenvolvimento motor, percetivo, linguístico e socioemocional.	Problemas ligeiros relacionados com a aprendizagem da leitura, da escrita e do cálculo.

Fonte: Correia, 2008, p.48

Visto que o tema principal desta dissertação é a Paralisia Cerebral, irá ser foco de estudo os problemas motores, que estão inseridos nas NEE significativas, pois é nestes que se enquadra a Paralisia Cerebral.

Tal como está descrito em Batista & Lopes-Vieira (1995) e citado em Correia (2008), os autores definem os problemas motores “como sendo uma perda de capacidades a nível motor que afeta diretamente a postura e/ou movimento devido a uma lesão congênita ou adquirida nas estruturas do sistema nervoso.” (Correia, 2008, p.50)

Definir este termo, tal como está descrito na literatura especializada, é complexo “não só pela diversidade de problemas e doenças que abarca, como pela terminologia extremamente variável que tem sido utilizada para designar os indivíduos que apresentam uma limitação a nível físico.” (Correia, 2008, p.51)

A Lei Pública Americana (P.L. 94-142, 1975, mais tarde designada por IDEA), designa assim:

(...) os problemas motores por desordem de carácter ortopédico, que define como sendo uma incapacidade ortopédica severa que afeta negativamente a realização escolar da criança. O termo inclui problemas causados por anomalias congênicas (e.g., pé boto, ausência de qualquer um dos membros, etc.) por doença (e.g., poliomielite, tuberculose óssea, etc.) e por outras causas (e.g., paralisia cerebral, amputações e fraturas ou queimaduras que provoquem contrações). (citado em Correia, 2008, p. 51)

2. Paralisia Cerebral

De acordo com Fischinger (1970), citado em Hoffmann, R. A. (2012) “a Paralisia Cerebral é um distúrbio sensorial e senso- motor causado por uma lesão cerebral, que perturba o desenvolvimento normal do cérebro”. A Paralisia Cerebral (PC) é um dos mais importantes e frequentes problemas neurológicos, trazendo consigo deficiências físicas e/ou mentais.

Segundo a Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, “a Paralisia Cerebral (PC) refere-se a um grupo de desordens no desenvolvimento do controlo motor e da postura, como resultado de uma lesão não progressiva aquando do desenvolvimento do sistema nervoso central” (s/d e s/p). Segundo a mesma associação, esta lesão pode ocorrer antes, durante ou depois do nascimento e normalmente não agrava e não progride, mas causa limites na ação do indivíduo. Referem ainda que em cada 1000 bebés, em média dois serão afetados por Paralisia Cerebral.

A Paralisia Cerebral, tal como está descrito na literatura, é assim um problema de desenvolvimento mais comum nas crianças e a incapacidade mais visível é a motora, visto que esta torna a mobilidade mais reduzida. É frequente que as crianças com PC tenham problemas de marcha e em usar adequadamente as mãos e os braços, podendo ter também problemas de cognição, comunicação, atenção, concentração e/ou epilepsia, que são resultantes da lesão cerebral.

Em jeito de síntese, a descrição de PC, segundo vários autores, resulta de uma lesão cerebral que pode ter tido a sua génese aquando da conceção, até um certo desenvolvimento do cérebro. Este acontecimento faz com que a idade cronológica para se poder diagnosticar a PC não seja unânime. Hagberg (1975) e Cussen (1978), citado em Magalhães (2014), por exemplo, estabelecem os dois anos como a idade limite para o estabelecimento desse diagnóstico em caso de lesão cerebral com etiologia pós – natal, enquanto que Stanley e Blair (1984) estendem esse limite até aos cinco anos. (Magalhães, 2014)

2.1 A Evolução do Conceito de Paralisia Cerebral

Segundo Rotta (2002) em 1843, Little descreveu pela primeira vez a encefalopatia crónica da infância, definindo-a como uma patologia ligada a diferentes causas, caracterizada principalmente por rigidez muscular. No ano de 1862, estabeleceu uma relação entre esse acontecimento e o parto anormal. Em 1867, Freud apresentou a expressão Paralisia Cerebral (PC), que foi mais tarde distinta por Phelps, ao referir um grupo de crianças que apresentavam transtornos motores, mais ou menos severos, devido à lesão no Sistema Nervoso Central (SNC). (Rotta, 2002)

Em 1959, na sequência do Simpósio de Oxford, o termo PC ficou definido como:

uma seqüela de uma agressão encefálica, que se caracteriza, primordialmente, por um transtorno persistente, mas não invariável, do tônus¹, da postura e do movimento, que aparece na primeira infância e que não só é diretamente secundário a esta lesão não evolutiva do encéfalo, senão devido, também, à influência que tal lesão exerce na maturação neurológica. (citado em Rotta, 2002, p. 48)

Desde então, a PC começou a ser designada por:

(...) encefalopatia crónica não evolutiva da infância que, constituindo um grupo heterogêneo, tanto do ponto de vista etiológico quanto em relação ao quadro clínico, tem como elo comum o fato de apresentar predominantemente sintomatologia motora, à qual se juntam, em diferentes combinações, outros sinais e sintomas. (citado em Rotta, 2002, p. 48)

Mais tarde, em 1985, Cahuzac define Paralisia Cerebral como “uma desordem permanente e não imutável da postura e do movimento, devida a uma disfunção do cérebro antes do seu crescimento e do seu desenvolvimento estarem completos”. (citado em Muñoz et al., 1997, p.293)

¹ Atitude

2.2 Definições de Paralisia Cerebral

Para Muñoz, Blasco e Suárez (1997), a expressão paralisia cerebral, emprega-se geralmente para “definir um grupo de afeções caracterizadas pela disfunção motora, cuja principal causa é uma lesão encefálica não progressiva, acontecida antes, durante, ou pouco depois do parto”. (citado em Afonso, 2012, p.4)

Para estes autores é “uma perturbação complexa que compreende vários sintomas, tais como, a alteração da função neuromuscular com défices sensoriais (audição, visão, fala) ou não, dificuldades de aprendizagem com défice intelectual ou sem ele e problemas emocionais”. (citado em Afonso, 2012, p.4)

Para Cahuzac (1985), citado por Magalhães (2014), a paralisia cerebral “ é uma desordem permanente e não imutável da postura e do movimento, devida a uma disfunção do cérebro antes do seu crescimento e do seu desenvolvimento estarem completos” (s/p).

A lesão cerebral que provoca a PC pode ocorrer nos períodos pré – natal perinatal e pós – natal. Segundo João Gouveia, citado em Afonso (2012) há cinco noções básicas que se podem tirar das diversas definições de paralisia cerebral existentes:

- “Lesão do Sistema Nervoso Central não maduro;
- Afetação do movimento e da postura;
- Lesão permanente ainda que não progressiva;
- Não está em relação com o nível mental sendo uma perturbação predominantemente motora;
- Sem nenhuma relação com a hereditariedade.” (Afonso, 2012, p.5)

Em suma, os autores mencionados concordam que a paralisia cerebral é:

- “Uma desordem permanente que, embora definitiva, não é evolutiva;
- Não é imutável, como tal, não é suscetível a melhoras;
- Não está em relação com o nível mental;
- A perturbação predominante é a perturbação motora;
- Pode surgir durante todo o período de crescimento cerebral, sem referência a nenhuma causa específica.” (Muñoz et al, 1997, p.293)

2.3 Causas da Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral é normalmente causada devido a lesões perinatais, neste caso concreto por anoxia perinatal que é a ausência de oxigénio no cérebro durante o nascimento. Rett & Seidler (1996) referem que a falta de oxigénio “leva ao declínio das células ganglionares e à ruína das células nervosas, na sequência das quais resultam depois «cicatrices» devidas à excrescência² de nevroglia³ reativa”. (p.55)

De acordo com a Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra, numa grande parte dos casos as causas estarão presentes antes do nascimento da criança (causa pré-natal). Algumas crianças nascem também com malformações cerebrais que podem ser resultado de exposição a tóxicos ou infeções durante a gravidez.

Ao nível educacional, e como foi referido anteriormente, Correia (2008, p. 47) insere os alunos com paralisia cerebral no grupo das NEE permanentes de caráter motor.

Existem diversos tipos de causas da Paralisia Cerebral. No entanto, estas podem ser diferenciadas, em três tipos (Muñoz et al, 1997, p. 294):

- Causas pré-natais;
- Causas neonatais ou perinatais;
- As causas pós-natais.

Segundo Afonso (2012) e Muñoz et al (1997) as causas pré-natais surgem desde a conceção até ao início do trabalho de parto, sendo que aproximadamente 50% Paralisia Cerebral dependem destas causas: infeções intrauterinas (especialmente virais), as intoxicações (agentes tóxicos, medicamentos), exposição a radiações e as toxemias⁴.

Também segundo Afonso (2012) e Muñoz et al (1997) as causas neonatais ou perinatais são responsáveis por cerca de 33% dos casos e ocorrem desde o começo do trabalho de parto até ao nascimento. O parto prolongado, a prematuridade associada a

² Saliências;

³ São células não neuronais do sistema nervoso central que proporcionam suporte e nutrição aos neurónios.

⁴ Conjunto dos acidentes provocados pelas toxinas carregadas pelo sangue.

hemorragia intraventricular, traumatismo durante o parto, baixo peso ao nascer, infecção no sistema nervoso central, anoxia⁵ e hipoxia e a placenta prévia⁶.

Finalmente, segundo Afonso (2012) e Muñoz et al (1997), as causas pós-natais surgem desde o nascimento até à maturação do sistema nervoso (2-3 anos) e podem ou não demonstrar-se nos primeiros dias de vida. Infecções no SNC como as encefalites e meningites, convulsões neonatais, asfixia, paragem cardíaca, hemorragia intracraniana, ingestão de substâncias tóxicas, entre outros, podem causar PC.

2.4 Sinais e sintomas da PC

Afonso (2012) e Muñoz et al (1997), refere que os sinais precoces aparecem normalmente antes dos 18 meses e são frequentemente os pais a reparar nas alterações do desenvolvimento motor do seu filho, sendo que se suspeita de PC quando ocorrem os sinais indicados no quadro seguinte:

Quadro 2 – Sinais de Paralisia Cerebral

<ul style="list-style-type: none"> • Tónus muscular anormal – muito alto ou muito baixo; • Persistência de reflexos primitivos; • Ausência de controlo da cabeça; • Lentidão na aquisição das aprendizagens de rolar, sentar, sorrir, mastigar; • Membro inferior em tesoura ou rígidos quando se tenta sentá-lo; • Não tem equilíbrio sentado; • Assimetrias marcadas; • Manter as mãos fechadas após o primeiro mês; • Preferência manual muito precoce; 	<ul style="list-style-type: none"> • Incoordenação dos lábios, língua; • Não reage aos sons; • Não vocaliza ou faz vocalizações pobres e reduzidas; • Engasga-se com frequência; • Não segue a face humana; • Não estabelece qualquer tipo de interação; • Não se interessa pelo que o rodeia nem tenta pegar em nenhum objeto; • Não responde ao nome; • Não brinca.
---	--

Fonte: Afonso, 2012, p.6.

⁵ Falta de oxigénio no organismo por respiração deficiente. Anoxia e hipoxia são a mesma coisa.

⁶ A placenta prévia, também conhecida como placenta de inserção baixa, é uma complicação da gravidez causada pelo posicionamento da placenta, que se implanta na parte inferior do útero, cobrindo parcial ou totalmente o colo do útero.

Como é natural, os sintomas podem variar de crianças para criança. As lesões no cérebro podem afetar outras funções além das motoras e, com alguma frequência, como refere Afonso (2012) “os problemas motores podem estar acompanhados de alterações da linguagem, visão, audição, desenvolvimento mental e intelectual, problemas de personalidade, atenção e percepção”. (p.7)

2.5 Classificação da PC

A Paralisia Cerebral é bastante complexa, estando dividida em diversas classificações. Neste subcapítulo, irão ser focadas apenas as classificações que se consideram mais relevantes para o desenvolvimento deste trabalho, sendo elas: a Classificação Nosológica, que é classificada de acordo com a área do cérebro afetada, e a Classificação Topológica, que é classificada de acordo com o membro ou membros comprometidos. (Afonso, 2012, p. 7)

2.5.1 Classificação Nosológica da PC

Esta lesão contém um quadro clínico complexo, por se tratar de lesões nervosas num cérebro que ainda se encontra em desenvolvimento, dificultando assim o seu diagnóstico. Contudo, a PC pode ser classificada nosologicamente em três tipos de síndromes: espástico, atetósico e atáxico. (Afonso, 2012 e Muñoz et al, 1997)

- **Tipo Espástico**

Este tipo de síndrome deve-se a uma lesão no sistema piramidal e é caracterizado pelo aumento da tonicidade⁷ dos músculos, resultantes de lesões do córtex⁸. Manifesta-se pela perda de movimento e aumento da tonicidade muscular sendo que, quando a criança tenta mover os músculos voluntários, ocorrem movimentos trémulos que dificultam tarefas como o comer, o andar e outros movimentos coordenados. A hipertonia⁹ é tão persistente que chega mesmo a manifestar-se quando a criança está em repouso, sendo muitas vezes a causa, tal como nos descreve Muñoz et al (1997):

7 Condição de força ou funcionamento de determinados tecidos, essencialmente os musculares.

8 O córtex cerebral corresponde à camada mais externa do cérebro dos vertebrados, sendo rico em neurónios e o local do processamento neuronal mais sofisticado e distinto.

9 Tensão excessiva nos músculos, artérias ou outros tecidos orgânicos.

Uma personalidade retraída, muitas vezes passiva, e pouco motivada para a exploração do meio envolvente. A persistência da Hipertonicidade na criança provoca posturas incorretas que, embora com caráter mutável, podem evoluir no tempo, até se converterem em deformidades fixas ou contraturas. (Citado em Afonso, 2012, p.8)

- **Tipo Atetósico**

Este resulta, segundo Afonso (2012) de uma lesão nos núcleos de base, que estão situados no interior dos hemisférios cerebrais. É caracterizado por movimentos involuntários, contínuos, lentos, irregulares e variações na tonicidade muscular, que podem afetar apenas as extremidades do corpo ou prolongar-se pelo tronco, músculos faciais e língua, podendo levar a uma articulação deficitária da linguagem. Os movimentos atetósicos, segundo o autor citado, “podem aumentar ou diminuir, consoante os momentos que a criança está a passar, por exemplo, excitação ou repouso” (Afonso, 2012, p.8).

- **Tipo Atáxico/ Distónico**

Esta é a forma menos comum da Paralisia Cerebral, tal como está descrito em Muñoz et al (1997) e Afonso (2012), e surge devido a uma lesão no cerebelo, caracterizando-se por diminuição da tonicidade¹⁰ muscular, incoordenação dos movimentos e equilíbrio deficiente. Normalmente manifesta-se por falta de equilíbrio, oscilações e mau controlo da cabeça, sendo que a criança quando tenta alcançar objetos demonstra movimentos incoordenados dos membros superiores e movimenta-se lentamente devido ao medo que tem de perder o equilíbrio. (Afonso, 2012 e Muñoz et al, 1997)

Como está citado em Afonso (2012), a maioria das crianças com paralisia cerebral atáxica, caracteriza-se por apresentarem hipotonia¹¹ muscular, atraso no desenvolvimento das capacidades motoras e da linguagem. Segundo o autor referido, a ataxia pode apresentar melhorias com o passar do tempo e usualmente a aquisição da linguagem está relacionada com a capacidade cognitiva, sendo lenta, irregular e súbita. Esta pode também originar uma alteração na coordenação dos movimentos e do controlo da postura, verificando-se uma hipotonia e uma ausência de contração.

¹⁰ Estado em que os tecidos orgânicos revelam energia ou vigor.

¹¹ Redução ou perda do tono muscular.

- **Mista**

Devido às lesões múltiplas que a criança pode apresentar, na maioria das vezes os sintomas não aparecem isolados, sendo que a criança pode apresentar diversos quadros clínicos.

2.5.2 Classificação Topológica da PC

Na maioria dos casos a paralisia cerebral só é detetada, tal como está descrito em Afonso (2012), ao longo do primeiro ano de vida. “Alguns músculos da criança são inicialmente hipotónicos e pode também verificar-se algumas dificuldades de alimentação”. (Afonso, 2012, p.9)

Depois de delatado o problema, tal como nos descreve o autor citado, a criança afetada insere-se num de dois grupos, sendo que o grupo espástico, onde os músculos de um ou mais membros estão permanentemente contraídos e rígidos, dificultando assim os movimentos normais, e o grupo atetóide é caracterizado por contorções involuntárias. (Afonso, 2012, p. 9)

Segundo Finnie (2000), citado em Afonso (2012) pode-se descrever diversos tipos topográficos, segundo a predominância do problema motor:

Quadro 3 – Tipos Topográficos da Criança com PC

<ul style="list-style-type: none">• Criança com monoplegia - é raríssima, encontra-se nos casos de Paralisia Cerebral em que só um membro se encontra atingido.• Criança diplégica - são afetados quatro membros, embora os membros inferiores o sejam mais severamente. A criança sofre de um desenvolvimento atrasado em muitos aspetos do movimento e tem dificuldade em aprender a andar.• Criança paraplégica - caracteriza-se por uma deficiência motora e funcional nos dois membros inferiores (maladie de Little).	<ul style="list-style-type: none">• Criança hemiplégica - são afetados apenas os membros de um dos lados do corpo, habitualmente mais o membro superior. Os membros do lado afetado desenvolvem-se lentamente e pode haver alguma perda da sensibilidade no lado afetado do corpo.• Criança quadriplégica - são gravemente afetados os quatro membros (inferiores e superiores), não necessariamente em simetria. Pode ser difícil determinar se são os membros superiores ou os inferiores os mais afetados. O atraso mental é habitualmente grave e, frequentemente, a criança nunca chega a andar.
--	--

Fonte: Afonso, 2012, p.10.

2.6 Grau de Envolvimento

Relativamente ao grau de envolvimento das crianças com Paralisia Cerebral, e como se encontra citado em Afonso (2012), estas podem apresentar três tipos de incapacidades: leves, moderadas ou severas. O mesmo autor cita também que algumas crianças sofrem ligeiras perturbações, tornando-se desajeitadas a andar, a falar ou a usar as mãos, sendo que outras se encontram gravemente afetadas, ficando impossibilitadas de andar e falar, e tornando-se dependentes de outros nas suas atividades diárias.

Afonso (2012) classifica a intensidade das lesões da Paralisia Cerebral em três diferentes níveis, que são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 4 – Intensidade da PC

- **Leves** – Quando a criança apresenta só uma descoordenação ao nível dos movimentos finos¹². Caminha autonomamente apesar de poder apresentar pequenas dificuldades de equilíbrio e de coordenação. A linguagem é compreensiva, embora possa apresentar pequenos problemas articatórios.
- **Moderadas** – Quando na criança estão afetados movimentos finos e grossos¹³. Pode caminha, mas na maioria das vezes necessita de ajuda parcial. A linguagem pode estar afetada, sendo compreensível, mas podendo apresentar graves problemas de pronúncia.
- **Severas**– Quando existe uma incapacidade grave para executar atividades da vida diária como por exemplo: caminhar e usar as mãos. Tem sérias dificuldades em se pronunciar, de tal maneira que se torna impercetível ou até existindo mesmo ausência de fala.

Fonte: Afonso, 2012, p.12.

¹² Está ligado à motricidade fina (usar um lápis, uma tesoura).

¹³ A área motora grossa ocupa-se dos movimentos de posicionamento do corpo e da capacidade para manter o equilíbrio.

2.7 Características Gerais

Relativamente às características gerais da PC, Afonso (2012) refere que, dependendo da área do cérebro que sofre a lesão e da extensão das lesões do sistema nervoso central, podem verificar-se uma ou mais das características seguintes, sendo que estas não se encontram necessariamente presentes na sua totalidade em todos os casos de PC:

- “Espasmos;
- Problemas a nível da tonicidade muscular;
- Movimentos involuntários;
- Problemas de postura e de movimento;
- Convulsões;
- Outras deficiências associadas”. (p.12)

2.8 Perturbações e Problemas Associados

O cérebro apresenta uma multiplicidade de funções interrelacionadas, e como está descrito em Muñoz et al (1997):

Uma lesão cerebral pode afetar uma ou várias funções do cérebro, pelo que é frequente que as perturbações motoras possam estar acompanhadas por alterações de outras funções, nomeadamente, a linguagem, audição, visão, desenvolvimento mental, carácter, epilepsia e/ou transtornos perceptivos. (p.296)

2.8.1 Perturbações da linguagem

Tal como se encontra citado em Afonso (2012) e Muñoz et al (1997), a paralisia tem consequências na linguagem, visto que afeta formas de expressão como a mímica, o gesto e as palavras, já que estas se baseiam em movimentos finamente coordenados. “As dificuldades na linguagem expressiva são provocadas por espasmos dos órgãos respiratórios e fonatórios que se manifestam por uma lentidão na fala, modificações da voz e até, ausência desta” (Afonso, 2012, p.12; Muñoz, 1997, p.297) Os atrasos no desenvolvimento da linguagem compreensiva são muito significativos e estão

normalmente na origem de perturbações auditivas, lesões suplementares das vias nervosas, falta de estimulação linguística ou existência de modelos linguísticos insuficientes. (Muñoz, 1997, p.297)

2.8.2 Problemas visuais

Relativamente aos problemas visuais, Afonso (2012) e Muñoz (1997) referem que em alguns casos, pode observar-se uma patologia visual, sendo os problemas oculomotores os mais frequentes. Os autores citados agrupam-nos do seguinte modo:

- Problemas de motilidade (estrabismo e nistagmos);
- Problemas de acuidade visual e do campo de visão;
- Problemas de elaboração central.

A coordenação dos músculos do olho, segundo os autores citados, normalmente está alterada, provocando uma coordenação insuficiente em ambos os olhos e na dupla imagem. Esta situação faz com que a criança utilize apenas um dos olhos, o que se traduz pela perda da noção de relevo. (Afonso, 2012, p.13; Muñoz et al, 1997, p.298)

2.8.3 Problemas auditivos

Relativamente às perdas auditivas Afonso (2012) referencia que estas se distinguem pelas dificuldades na transmissão do som, na perceção do mesmo ou pela combinação de ambas, e pode ter natureza múltipla, tal como:

- Icterícia neonatal;
- Virose no sistema nervoso central;
- Sequelas de meningoencefalite;
- Encefalopatias pós rubéola materna. (Muñoz et al, 1997)

Segundo os autores supra referenciados, é pouco frequente os problemas auditivos provocarem surdez profunda na criança com Paralisia Cerebral. Poderá ser parcial e estar relacionada com a receção dos sons agudos. Como tal, irá omitir os sons

que não entende, substituindo-os, ou então irá pronunciar de uma forma incorreta. (Afonso, 2012, p.14; Muñoz et al, 1997, p.297)

Quando se deteta qualquer anomalia, deve-se fazer logo a avaliação auditiva, pois, como menciona Afonso (2012) e Muñoz et al (1997) “um diagnóstico tardio vai repercutir-se negativamente no desenvolvimento e aprendizagem da criança”. (Afonso, 2012, p.14; Muñoz el al, 1997, p. 298)

2.8.4 Problemas de desenvolvimento cognitivo

As lesões cerebrais nem sempre afetam a inteligência. Afonso (2012) e Muñoz et al, referem que se encontram casos de crianças com paralisia cerebral com inteligência normal e outras cujo nível intelectual é muito baixo. O facto de se realizar uma intervenção precoce, diminui a incidência do défice cognitivo nos casos das crianças com paralisia cerebral.

2.8.5 Problemas de Personalidade

Acerca da personalidade das crianças com PC, estas são muito sensíveis, sendo notável que o controlo emocional é menor quando há atraso intelectual associado (mudanças frequentes de humor, risos e choros injustificados, etc.). Segundo Afonso (2012, p.14), nos casos das crianças espáticas, estas costumam manifestar falta de vontade, sobretudo na realização de atividades físicas, devido ao esforço que lhes é exigido. No entanto esta falta de vontade deve ser contrariada, para que a criança não se habitue a ter uma atitude de preguiça e continue a realizar as atividades.

2.8.6 Problemas de atenção

Relativamente aos problemas de atenção Afonso (2012, p.14) e Muñoz et al (1997, p.299) referem que se verificam em alguns casos, que as crianças têm uma grande dificuldade para manter a atenção, com tendência à distração e a reações exageradas perante estímulos insignificantes.

2.8.7 Problemas de percepção

As crianças com PC desde a 1ª etapa do desenvolvimento, o período sensório motor (0 até aos 2 anos), como cita Afonso (2012) “apresentam um défice na aquisição de conhecimentos, dificuldades de manipulação, coordenação e exploração do meio que a rodeia. Esta situação vai condicionar em grande parte o seu desenvolvimento nas etapas seguintes”. (p.15)

Estas crianças demonstram, também, segundo a autora citada e Muñoz et al (1997) “grandes dificuldades na elaboração de esquemas perceptivos, nomeadamente, no esquema corporal, orientação e estruturação espaço - temporal e a nível da lateralidade” (p.15; p.299)

Algumas delas, embora possuam uma inteligência normal, têm dificuldade nos jogos construtivos, na representação gráfica e na orientação no espaço.

Afonso (2012) e Muñoz et al (1997) referem que os movimentos lentos destas crianças e a sua falta de coordenação, se refletem numa lentidão de ação, que vai fazer com que tenha um ritmo diferente, o que traz consequências na aprendizagem. Por vezes o medo de deixar cair algum objeto provoca na criança insegurança e pode leva-la a inibir o seu desejo de explorar.

Os problemas sensoriais, sobretudo os auditivos, os visuais e os motores vão condicionar a percepção.

2.9 Tratamento da Criança com PC

Embora a PC não tenha cura, muito pode ser feito para ajudar as crianças por ela afetadas. Será necessário reconhecer as capacidades existentes, promovendo-as ao máximo e oferecendo à criança o maior estímulo possível. Como refere Afonso (2012, p.15) a PC não é progressiva, sendo que as lesões cerebrais não se agravam com o tempo, o que não constitui causa primária de morte.

De acordo com Muñoz et al (1997), citado por Afonso (2012, p.15) o tratamento da criança com PC deverá começar o mais cedo possível, já que qualquer dificuldade

incipiente que possa existir na criança ainda muito pequena, responderá melhor a um tratamento precoce. Na criança que avança em idade, sem receber tratamento ou sendo este insuficiente, as dificuldades e problemas vão-se consolidando, dificultando a sua reabilitação.

Relativamente à terapia ocupacional Afonso (2012, p.16) refere que esta se “ocupa da avaliação do desenvolvimento motor dos membros, das funções motoras orais, dos problemas visuais-percetuais e das atividades da vida diária”. Ainda acrescenta que:

A fisioterapia destina-se a reabilitar domínio motor e a manter o equilíbrio, tendo como principal objetivo inibir a atividade reflexa involuntária de forma a normalizar o tónus muscular e facilitar o movimento. Com a reabilitação pretende-se que, haja uma melhoria da flexibilidade, da amplitude de movimento e em geral, das capacidades motoras básicas para a mobilidade funcional. (Afonso, 2012, p.16)

2.9.1. Intervenção na área motora

Antes do início do tratamento motor devesse proceder a uma avaliação levada a cabo por uma equipa multidisciplinar. A intervenção desta equipa de trabalho, segundo Muñoz et al (1997), deve ser conjunta, para que:

a criança consiga fazer as suas aquisições motoras, preceativas, de linguagem, etc., intimamente relacionadas entre si. É sobejamente conhecido que o desenvolvimento da motricidade vai favorecer a perceção e que a conjugação de ambas, motricidade e perceção favorecerá a linguagem. (Muñoz et al, 1997, p.305)

Assim, torna-se importante que “cada técnico que intervenha no processo fomente a inter-relação profissional e o intercâmbio de informação, para que se reabilite a criança no seu todo.” (Afonso, 2012, p.17) De acordo com a autora citada, existem diferentes tipos de métodos de intervenção no tratamento da paralisia cerebral, desenvolvidos por diversos autores que Alguns desses métodos são:

- Método de movimento progressivo de Temple - Fay;
- Facilitação neuromuscular proprioceptiva de Kabat;
- Tratamento do desenvolvimento neurológico com inibição e facilitação dos reflexos - Método Bobath;
- Modelos de rastejar - Método Vojta;
- Intervenção precoce - Método Katona; etc. (citado em Afonso, 2012, p.17)

Segundo Muñoz et al (1997), citado por Afonso (2012, p.17), um dos serviços que contribuem para a reabilitação do aluno com paralisia cerebral é a terapia ocupacional, em que “ o terapeuta ocupacional em coordenação com a equipa multidisciplinar intervirá (...). Os objetivos que este profissional deve estabelecer vão desde o desenvolvimento da autonomia até a formação pré-profissional do aluno”.

Através da terapia ocupacional a autora refere que se tenta que o aluno consiga uma maior capacidade de manipulação e destreza do material escolar. “Para aqueles alunos que não conseguem utilizar a material escolar estandardizado, o terapeuta ocupacional irá realizar as adaptações necessárias e irá ensinar a criança a usar o mesmo, após a reeducação necessária desta, em colaboração com o fisioterapeuta e o técnico”. (Afonso, 2012, p.17)

Por vezes, segundo a autora supracitada, “é necessário recorrer a material alternativo, como é o caso do computador, sendo que, por vezes é também necessário recorrer a alterações quer do hardware, quer do software”. (Afonso, 2012, p.17)

Hoje em dia existem diversos produtos informáticos e tecnologias diversas que permitem melhorar as condições de vida e de aprendizagem de crianças com esta problemática.

3. A Educação Inclusiva

3.1 Conceito de Inclusão

O conceito de inclusão, ou seja, a inserção do aluno com NEE, em termos físicos, sociais e acadêmicos nas escolas regulares, ultrapassa, segundo Correia (2008) em muito o conceito de integração, “uma vez que não pretende posicionar o aluno com NEE numa “curva normal”, mas sim assumir que a heterogeneidade que existe entre os alunos é um fator muito positivo, permitindo o desenvolvimento de comunidades escolares mais ricas e mais profícuas” (p.9).

A inclusão procura, assim, e de acordo com o autor, que o aluno com NEE frequente sempre que possível as escolas regulares tendo assim direito aos serviços adequados às suas características e necessidades. O autor acrescenta ainda que a inclusão deverá aumentar a participação de todos os alunos, mesmo aqueles com NEE significativas, independentemente dos seus níveis acadêmicos e sociais.

Pelo exposto, pode-se conceituar a inclusão, e na perspectiva do autor citado, como sendo a inserção do aluno com NEE “na classe regular onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos adequados, contando-se, para esse fim, com um apoio apropriado (de docentes especializados, de outros profissionais, de pais...) às suas características e necessidades. (Correia, 2008, p.9)

O conceito de inclusão, deve assim segundo o autor, ser um processo dinâmico que se proponha e que responda às necessidades dos alunos com NEE, promovendo-lhes uma educação apropriada nos três níveis de desenvolvimento essenciais: académico, socio emocional e pessoal.

A inclusão exige, assim, e tal como está descrito em Correia (2008, p.22) :

(...) a reestruturação da escola e do currículo de forma a permitir aos alunos com NEE uma aprendizagem em conjunto. Neste sentido a escola terá de se afastar de modelos de ensino-aprendizagem centrados no currículo, passando a dar relevância a modelos a modelos centrados no aluno em que a construção do ensino tenha por base as suas necessidades singulares.

Assim, como acontece na filosofia inclusiva, e é referido por Correia (2008), o professor titular da turma deve “conciliar-se com o papel do professor de educação especial, com o dos outros profissionais de educação e com o dos pais, para que todos eles, em colaboração, possam desenhar estratégias que promovam sucesso escolar para os alunos com NEE”. (Correia, 2008, p.22)

No fundo, a filosofia da inclusão pretende que todos os alunos aprendam juntos, respeitando a sua diversidade, que Correia (2008) define como “o conjunto de diferenças individuais, por exemplo, estilos cognitivos e de aprendizagem, interesses, experiências adquiridas, capacidades e condições orgânicas e ambientais que, em muitos casos, devem ser objeto de intervenções individualizadas e apoios educativos apropriados”. (p.22)

Smith, Polloway, Patton e Dowdy(2001), citados por Correia (2008) definem inclusão como sendo “a inserção física, social e académica na classe regular do aluno com NEE durante grande parte do dia escolar”. (Correia, 2008, p.11)

3.2 A Evolução da Inclusão

Em Portugal, antes da década de 70, mais propriamente até 1976, e como refere Correia (2008, p.14), criaram-se equipas de ensino especial integrado, onde os alunos com NEE eram praticamente excluídos do sistema regular de ensino. O objetivo da criação destas equipas, como cita Correia (2008) era o de “promover a integração familiar, social e escolar das crianças e jovens com deficiência” sendo que um grande número de crianças com NEE não usufruía de serviços de apoio especializados que estariam indicados de forma a minimizar ou a suprimir as suas necessidades.

A maioria das crianças e adolescentes com NEE significativas, em idade escolar, de cariz moderado ou severo , tinha como recurso educativo a classe especial, a escola especial ou a IPSS. Só em 1986,conforme cita Correia (2008), e devido à publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), começam a ser notórias as transformações na conceção da educação integrada, sendo um dos seus objetivos “assegurar às crianças com necessidades educativas específicas, devidas designadamente a deficiências físicas

e mentais, condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades” (art.º 7.º) (citado por Correia, 2008, p.14).

É desta forma que se inicia um percurso legislativo que passado pouco tempo, deu lugar a um normativo muito importante, o Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de agosto. Este Decreto-Lei veio, de acordo com Correia (2008), “preencher uma lacuna legislativa há muito sentida no âmbito da educação especial, passando as escolas a dispor de um suporte legal para organizar o seu funcionamento no que dizia respeito ao atendimento a alunos com NEE” (p.14). Esta lei influenciou o sistema educativo, introduzindo novos princípios e conceitos, que foram resultado das diversas práticas educativas e da evolução de tentativas de inclusão.

Segundo o autor acima referido, o professor de ensino regular manifestava muitas vezes um papel irrelevante perante os alunos com NEE, existindo assim pouco diálogo entre o professor de educação especial e o de ensino regular. O autor refere ainda que “os alunos com NEE e os professores de educação especial constituíam um sistema (de educação especial) dentro de um outro sistema (de ensino regular), sendo o isolamento em termos académicos total e em termos sociais muito precário”. (Correia, 2008, p.15)

Segundo o autor supramencionado, a integração dos alunos com NEE nas escolas regulares, inculca uma mudança drástica, que mais tarde virá a aproximar alunos com NEE e alunos ditos “normais”. (Correia, 2008, p.15)

É esta aproximação, inicialmente de carácter social, como refere Correia (2008) que:

(...) vem provocar uma alteração na forma como o ensino se iria processar com respeito aos alunos com NEE. A classe especial dá lugar à sala de apoio, por vezes permanente, outras vezes temporária, onde os alunos, consoante as suas problemáticas, recebiam apoios educativos, também eles de carácter permanente ou temporário. (p.15)

Nasce, desta forma, segundo Correia (2008) o movimento da inclusão, sendo questionadas as aprovações sobre o dever dos educadores e professores, - tanto da educação especial como do ensino regular - de outros responsáveis educativos e dos pais, sobre as NEE e a adequação do currículo às necessidades de cada aluno. (Correia, 2008, p.16)

Correia (2008, p.16) refere desta forma que a Educação Especial “passa de um lugar a um serviço, sendo reconhecido ao aluno com NEE o direito de frequentar a classe regular, possibilitando-lhe o acesso ao currículo comum através de um conjunto de apoios apropriados às suas capacidades e necessidades”.

Sailor (1991), citado por Correia (2008, p.16), considera que a inclusão apresenta uma base conceptual constituída por seis componentes, que serão apresentados no quadro seguinte e cuja compreensão é necessária.

Quadro 5 – Base conceptual da Inclusão

1. Todos os alunos devem ser educados nas escolas das suas residências. A frequência da escola da zona de residência beneficia a criança com NEE, porque promove a sua inclusão social nas atividades da comunidade, permite-lhe conviver e pertencer a um grupo de estudo e desenvolver amizades.
2. A percentagem de alunos com NEE em cada escola/classe deve ser representativa da sua prevalência. Desta forma, as responsabilidades são distribuídas por todos os professores, aumentando a oportunidade de todos os alunos interagirem entre si.
3. As escolas devem reger-se pelo princípio da “rejeição zero”. Nenhum aluno deve ser excluído da escola com base na natureza ou severidade da sua problemática.
4. Os alunos com NEE devem ser educados na escola regular, em ambientes apropriados à sua idade e nível de ensino. Esta componente tem gerado bastante controvérsia, especialmente porque continua a não existir um consenso acerca da eliminação do continuum de serviços educativos, acerca da quantidade de tempo que os alunos com NEE devem passar na classe regular e acerca do significado dado à expressão “ todos os alunos”, para fins de colocação na classe regular.
5. O ensino cooperativo e a tutoria de pares são métodos de ensino preferenciais. Estes tipos de ensino proporcionam uma grande diversidade de oportunidade de aprendizagem para todos os alunos, incluindo aqueles que apresentam NEE.
6. Os apoios dados pelos serviços de educação especial não são exclusividade dos alunos com NEE. Podem ser utilizados para beneficiar todos os alunos e professores da escola.

Fonte: Correia, 2008, p.16.

Correia (2008, p.16) resume o conceito de educação inclusiva que tem procurado alterar a filosofia implícita ao método de educação dos alunos com NEE, assentando-se num conjunto de princípios, dos quais são destacados os que se encontram no quadro abaixo apresentado.

Quadro 6 – Princípios da Inclusão

1.	Todos os alunos, designadamente os alunos com NEE, indendentemente da sua raça, condição linguística ou económica, sexo, orientação sexual, idade, capacidades de aprendizagem, estilos de aprendizagem, etnia, cultura e religião, têm o direito a ser educados em ambientes inclusivos;
2.	Todos os alunos com NEE são capazes de aprender e de contribuir para a sociedade onde estão inseridos;
3.	Todos os alunos com NEE devem ter oportunidades iguais de acesso a serviços de qualidade que lhes permitam alcançar sucesso;
4.	Todos os alunos com NEE devem ter acesso a serviços de apoio especializados, quando deles necessitem, que se traduzam em práticas educativas ajustadas às suas capacidades e necessidades;
5.	Todos os alunos com NEE devem ter acesso a um currículo diversificado;
6.	Todos os alunos com NEE devem ter a oportunidade de trabalhar em grupo e de participar em atividades extraescolares e em eventos comunitários, sociais e recreativos;
7.	Todos os alunos, designadamente os alunos com NEE, devem ser ensinados a apreciar as diferenças e similaridades do ser humano.

Fonte: Correia, 2008, p.16.

Relativamente aos profissionais de educação, aos pais e aos serviços a prestar, Correia (2008, p.17) apresenta um conjunto de permissas que devem ser reconhecidas e que serão apresentadas no quadro posteriormente apresentado.

Quadro 7 – Permissas para Alunos com NEE

1.	Os profissionais, os pais e a comunidade em geral devem trabalhar em colaboração, partilhando decisões, recursos e apoios;
2.	Todos os serviços de que os alunos com NEE necessitam devem ser prestados, sempre que possível, em ambientes educativos regulares;
3.	Todas as escolas devem envolver as famílias e os membros da comunidade no processo educativo;
4.	Os serviços regionais e locais devem fornecer os apoios e os recursos necessários para que as escolas se possam reestruturar, dando atenção devida à diversidade de alunos que as frequentam.

Fonte: Correia, 2008, p.17.

Deste modo os princípios consagrados pelo movimento da inclusão requerem uma planificação flexível e sistemática que deve ser apoiada por um conjunto de parâmetros dos quais são destacados “a filosofia seguida pela escola, as características dos líderes, os recursos e os apoios disponíveis e as estratégias de intervenção e de avaliação.” (Correia, 2008, p.17)

A proposta de Correia (2001), citado por Correia (2008), consubstanciada no quadro abaixo apresentado, parece conter as componentes essenciais para a implementação da escola contemporânea.

Quadro 8 – Fatores que contribuem para a implementação da escola contemporânea.

<p>Componente discursiva</p> <p>Estabelecer uma “filosofia de escola” que tenha por base o desenvolvimento global do aluno (académico, socioemocional, pessoal). Promover uma “cultura de escola e de sala de aula” que adote a diversidade como lema (atitudes, valores, informação...).</p>
<p>Componente organizacional</p> <p>Considerar equipas centradas nas escolas (equipas de planificação inclusiva, equipas de apoio ao aluno). Considerar equipas centradas nos conselhos ou em zonas geográficas determinadas (outros técnicos). Considerar interligação a instituições comunitárias.</p>
<p>Componente operacional</p> <p>Considerar um conjunto de indivíduos com experiências e especializações diferenciadas que, em equipa, planifiquem e implementem programas para a “diversidade” dos alunos inseridos em ambientes inclusivos (educadores, professores, técnicos especializados, pais, administradores, gestores...).</p>
<p>Componente institucional</p> <p>Considerar ambientes de aprendizagem nos quais os alunos, com interesses e capacidades diferentes, possam afirmar o seu potencial (Aprendizagem em cooperação: grupos heterogéneos com diferentes níveis de realização; tutoria entre pares...).</p>

Fonte: Correia (2008, p. 17)

Com base nos parâmetros considerados por Correia(2008, p.17), talvez se torne mais fácil adotar práticas apropriadas a uma educação para todos. Assim, haverá sempre que considerar um conjunto de medidas que respondem às necessidades educativas, sociais e emocionais dos alunos com NEE.

3.3 Princípios a Ter em Conta na Inclusão

Esta nova forma de conceber o atendimento de alunos com NEE, levou a que surgisse um encontro internacional em 1994 em Salamanca e que deu origem, à Célebre Declaração de Salamanca. Esta inspirou-se no “princípio da inclusão” e no “reconhecimento da necessidade de atuar com o objetivo de conseguir escolas para todos – instituições que incluam todas as pessoas, aceitem as diferenças, apoiem a aprendizagem e respondam às necessidades individuais”.

Na ótica do Forest (1987), citado em Correia (2008, p.8) “é cada vez mais evidente que, ao providenciarem-se serviços adequados e apoios suplementares na classe regular, a criança com NEE severas pode atingir os objetivos que lhe foram traçados tendo em conta as duas características”.

O princípio da inclusão, no entender de vários autores, não deve ser tido como um conceito inflexível, mas deve permitir que um conjunto de opções seja considerado sempre que a situação o exija. Por isto mesmo, e no entender de Correia (2008, p.9) a inclusão é “a inserção do aluno na classe regular, onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos adequados, contando-se, para esse fim, com um apoio apropriado (e.g., outros técnicos, pais, etc.) às suas características e necessidades”.

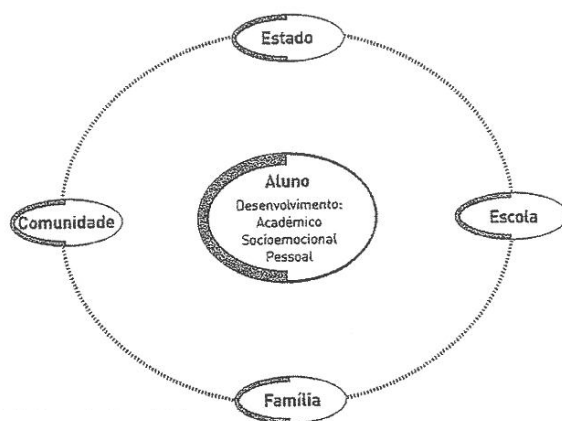
O autor acima referido menciona ainda que:

(...) o princípio da inclusão apela, assim, para uma Escola que tenha em atenção a criança-todo, não só a criança-aluno, e que, por conseguinte, respeite três níveis de desenvolvimento essenciais – académico, socio emocional e pessoal - , por forma a proporcionar-lhe uma educação apropriada, orientada para a maximização do seu potencial. (Correia, 2008, p.9)

Parece, deste modo, que a Escola, para além dos fins que a definem, deve tornar-se, também, um centro para atividades comunitárias que se ajustem a todas as crianças e respetivas famílias. No entender do autor citado, esta ótica está em concordância com o modelo inclusivo apresentado na figura 2, abaixo mencionada, sendo que Correia (2008) considera:

(...) o aluno com NEE como um todo e como centro de atenção por parte da Escola, da Família e da Comunidade, considera, ainda, o Estado como um fator essencial a ter em conta, pois afigura-se fundamental o seu papel em todo o processo que leve à criação de um sistema inclusivo eficaz. (p.9)

Figura 2 - Sistema Inclusivo Centrado no Aluno



Fonte: Correia (2008, p.9)

No que diz respeito ao Estado, e ainda de acordo com Correia (1995) e Correia (2008), o quadro seguinte apresenta as preocupações mais evidentes a ter em conta, desde a sensibilização do público em geral até à tomada de medidas legislativas inerentes à consecução das reformas necessárias à implementação de um sistema inclusivo.

Quadro 9 – Responsabilidades estatais para a implementação de um “sistema inclusivo”.

Legislação Que considere as reformas necessárias para a implantação e implementação de um “sistema inclusivo”.
Financiamento Que assegure os recursos humanos e materiais necessários à “inclusão” da criança.
Autonomia Que permita à Escola implementar um “sistema inclusivo” de acordo com a sua realidade.
Apoio Que permita às instituições de ensino superior considerar alternativas de formação que tenham em conta a filosofia da “inclusão”.
Sensibilização Que permita ao público em geral perceber as vantagens de um “sistema inclusivo”.

Fonte: Correia (2008, p.10)

Quanto à Escola, destaca-se as responsabilidades mais prementes devendo dar-se particular importância à formação, quer do professor do ensino regular e da educação especial (Correia, 1994 e 2008) , quer de quaisquer outros técnicos e, até, elementos dos órgãos de administração e gestão da escola, que serão apresentados no quadro seguinte.

Quadro 10 – Responsabilidades da Escola

<p>Planificação</p> <p>Adequada e que permita uma comunicação saudável entre o aluno com NEE, o professor, os pais e a comunidade. (Não “despejar” o aluno numa classe regular sem qualquer apoio coordenado.)</p>
<p>Sensibilização e apoio</p> <p>(aos pais e à comunidade)</p> <p>Que permita o seu envolvimento com vista ao desenvolvimento global do aluno com NEE.</p>
<p>Flexibilidade</p> <p>Aceitar o facto de que nem todos os alunos atingem os objetivos curriculares ao mesmo tempo, isto é, considerar uma variedade curricular que se adequa às características individuais de cada aluno (ensino funcional, mobilidade comunitária, preparação para o ensino superior, etc.).</p>
<p>Formação</p> <p>(do professor; do administrador/gestor; de outros técnicos)</p> <p>Que poderá ser a nível de instituição de ensino superior, a nível de formação em contexto.</p>

Fonte: Correia (2008, p.10)

No que diz respeito à participação da Família (Correia, 2008), o quadro abaixo apresentado aponta para uma série de variáveis a considerar para que ela possa vir a desempenhar com sucesso o seu papel na educação do aluno com NEE.

Quadro 11 – Responsabilidades da Família.

<p>Formação</p> <p>Que considera o seu desenvolvimento tendo em consideração a planificação e programação educacional para o aluno com NEE.</p>
<p>Participação</p> <p>(na escola; na comunidade)</p> <p>Que permita estabelecer uma boa comunicação entre pais, professores e agentes comunitários.</p>
<p>Apoio</p> <p>Que permita a “inclusão” da criança na escola e na comunidade.</p>

Fonte: Correia (2008, p.10)

Finalmente, também a Comunidade deve desempenhar um papel relevante na educação e transição para a vida ativa do aluno com NEE (Correia, 2008). O quadro seguinte dá conta dos requisitos necessários a uma participação saudável.

Quadro 12 – Responsabilidades da Comunidade

Participação Interligação entre os serviços comunitários e a escola para responderem às necessidades específicas do aluno com NEE e da sua família com vista ao desenvolvimento global do aluno.
Apoio Criar um conjunto de programas e incentivos que permita ao aluno com NEE um desenvolvimento socioemocional e pessoal adequado às suas características (em conjunto com a escola, Governo Local, Governo Central).
Formação Sensibilização para a problemática da inclusão.

Fonte: Correia (2008, p.10)

Ainda, tendo em conta a definição de integração dada por Correia (1990), que o próprio cita em Correia (2008, p.11), fazendo apelo à colocação, sempre que possível, da criança com NEE junto da criança dita normal, para fins académicos e sociais, o próprio verifica que ela é muito idêntica à definição de inclusão dada por Smith e colaboradores (2001).

Correia(2008, p.11) refere que é da opinião que a inclusão deve:

(...) também ela, admitir um contínuo educacional em que a modalidade de atendimento mais adequada para o aluno com NEE deverá ser determinada pelo seu Programa Educativo Individualizado (PEI). Contudo, qualquer modalidade de atendimento que venha a ser proposta, e que exija a saída do aluno com NEE da classe regular, só deve ser considerada quando o sucesso escolar (académico e social) desse mesmo aluno não possa ser assegurado na classe regular, mesmo com a ajuda de apoios e serviços suplementares.

Também no Enquadramento da Ação (Salamanca, 1994), citado por Correia (2008) se pode ler:

A colocação de crianças em escolas especiais – ou em aulas ou secções especiais dentro de uma escola, de forma permanente – deve considerar-se como medida excecional, indicada unicamente para aqueles casos em que fique claramente demonstrado que a educação nas aulas regulares é incapaz de satisfazer as necessidades pedagógicas e sociais do aluno, ou para aqueles em que tal seja indispensável ao bem-estar da criança com NEE ou das restantes crianças.(p.12)

Ao que Correia (2008, p.12) acrescenta que:

(...)assim , como muitos defensores do princípio da inclusão, que devem ser consideradas opções e providenciados serviços adequados para as crianças com NEE significativas, sempre que possível, na classe regular, mas não excluimos a hipótese de a resposta não estar sempre, a tempo inteiro, nessa mesma classe regular.

Relativamente à colaboração entre os profissionais da escola e as famílias Correia (2008) refere que:

(...)é também uma componente fundamental no progresso de implementação de um modelo inclusivo. As famílias devem ser consideradas membros valiosos da equipa e envolvidas na tomada de decisões. As práticas/políticas de atendimento às famílias devem ser amistosas, respeitadoras dos seus valores, estabelecendo prioridades e permitindo tempo para a sua adaptação. A participação dos pais deve ser encorajada pela escola e pelos serviços que lidam com eles e apoiam os seus filhos. (Correia, 2008, p.37)

Segundo Hunter (1999), citado por Correia (2008, p.37), e no sentido de apoiar os alunos, as famílias e os profissionais, “a escola deve desenvolver uma colaboração estreita com a comunidade, designadamente com os serviços sociais, de saúde, de reabilitação e terapêuticos”.

Correia (2008, p.37) refere ainda que devem ser “as características e necessidades dos alunos a determinar o currículo a considerar, flexibilizando-se o trabalho em grupo e apresentando-se os assuntos de uma forma o mais concreta e significativa possível para estimular a participação”.

Quantos aos serviços, e segundo o autor citado, os alunos com NEE devem beneficiar de um ensino individualizado maximizado por serviços de apoio especializado, sendo que estes se referem a todos os apoios que o aluno poderá necessitar, desde o apoio psicológico, social, terapêutico ou médico. Correia (2008, p.37) enuncia alguns dos apoios que podem servir de referência para a implementação da filosofia inclusiva, que irão ser apresentados no quadro seguinte.

Quadro 13 – Serviços que o Aluno com NEE deve Beneficiar

1.	Transporte: inclui a viagem de e para a escola, bem como as deslocações dentro do edifício escolar, recorrendo-se a equipamentos específicos, tal como autocarros adaptados, cadeiras de rodas, elevadores e rampas. A importância deste tipo de serviços é evidente, uma vez que o aluno que deles necessite não pode beneficiar de um programa educativo se não lhe for garantida a acessibilidade.
2.	Terapia da fala: inclui a identificação, o diagnóstico e a avaliação de problemas da fala ou da linguagem, bem como a intervenção, o aconselhamento e a orientação. Este tipo de serviço pode ser prestado ao aluno, aos seus pais ou aos seus professores. Uma vez que a incapacidade de comunicar eficientemente interfere com a aprendizagem, a disponibilização deste serviço torna-se, muitas vezes indispensável.
3.	Fisioterapia: muitos alunos, especialmente os que apresentam problemas motores, precisam de desenvolver a força e o controlo muscular necessários para efetuarem o seu trabalho na sala de aula.
4.	Terapia Ocupacional: tipo de serviço que melhora, desenvolve ou restabelece funções ou capacidades perdidas por doença ou lesão.
5.	Recreação e terapia recreativa: inclui avaliação dos comportamentos de lazer, de terapia recreativa, de prestação de programas de recreação na escola e na comunidade e de educação para o lazer e para a recreação.
6.	Psicologia: inclui o uso de testes psicológicos e educacionais e de outros procedimentos de avaliação, bem como a interpretação de resultados de avaliação e a obtenção, integração e interpretação de informação acerca do comportamento dos alunos, em condições relacionadas com a aprendizagem. Inclui ainda serviços de consultoria a profissionais de educação quanto à elaboração de planificações e programações educacionais e de aconselhamento a alunos e respetivas famílias.
7.	Sociais: inclui a preparação da história compreensiva da criança com NEE, o aconselhamento individual, ou em grupo, à criança e sua família, as intervenções nos ambientes reais da vida da criança – casa, escola e comunidade –, de modo a aumentar o seu ajustamento à escola e a mobilização dos recursos da escola e da comunidade, para que o aluno venha a ter sucesso no seu percurso escolar.
8.	Audiologia: inclui a identificação de problemas auditivos, a determinação do nível, do tipo e do grau de perda auditiva, bem como a criação e administração de programas com vista à prevenção e tratamento de perdas auditivas.
9.	Aconselhamento: inclui os serviços prestados por técnicos de serviço social, psicólogos, conselheiros ou outros técnicos.
10.	Educação e aconselhamento para os pais: assistência aos pais, com o objetivo de estes compreenderem a problemática do(a) seu (sua) filho(a) e poderem colaborar na elaboração e consecução das programações educacionais.
11.	Médicos: serviços prestados por profissionais da área da saúde no âmbito do diagnóstico e da avaliação da problemática da criança, quando orgânica.
12.	Identificação e avaliação precoce: implementação de um plano formal de identificação de uma NEE o mais cedo possível.
13.	Serviços escolares de saúde: serviços prestados por profissionais qualificados na área da saúde.
14.	Meios tecnológicos: meios que permitem o restabelecimento e o aumento da funcionalidade dos alunos.

Fonte: Correia, 2008, p.37.

3.4 Vantagens da inclusão

Na opinião de Correia (2008, p.23), a filosofia da inclusão só traz vantagens no que respeita às aprendizagens de todos os alunos, tornando-se num modelo educacional eficaz para toda a comunidade escolar, designada e principalmente para os alunos com NEE. Contudo, e segundo o autor :

(...) a maioria dos professores acredite no conceito de inclusão, tem-se verificado que eles têm alguns receios em relação a este processo de mudança, especialmente porque sentem que lhes falta a formação necessária para ensinar os alunos com NEE. (Correia, 2008, p.23)

Acrescentando ainda que:

Muitos professores sentem dificuldade em fazer adaptações curriculares, em lidar com algumas necessidades médicas e físicas dos alunos ou nos procedimentos a seguir em casos de emergência. Os resultados de alguns estudos indicam que os professores relatam que as exigências educativas são maiores quando têm alunos com NEE nas suas classes, pois sentem uma tensão adicional que, para além de diminuir a sua habilidade para dar atenção às necessidades académicas e sociais dos alunos sem NEE, aumenta a sua frustração e angústia. (Correia, 2008, p.23)

No entanto, segundo Correia (2008, p.23), as vantagens parecem superar os problemas que ainda existem, uma vez que os professores mencionam que “a inclusão lhes proporciona a oportunidade para trabalhar com outros profissionais, aliviando muito do stress associado ao ensino”. Correia (2008, p.23) cita também que:

Este trabalho de colaboração permite, também, a partilha de estratégias de ensino, uma maior monitorização dos progressos dos alunos, o combate aos problemas de comportamento e o aumento da comunicação com outros profissionais de educação e com os pais.

Segundo Minke, Bear, Deemer e Griffin (1996), citados por Correia (2008, p.23) os professores titulares e os professores de educação especial, que trabalham em colaboração (em classes inclusivas), apresentam níveis de eficiência e de competência maiores do que os colegas que ensinam em classes tradicionais.

Segundo Giangreco & cols., 1995; Philipps, Sapon e Lubis, 1995, citados por Correia (2008,p. 23):

(...)uma outra vantagem evidenciada pela literatura dá conta de que os professores envolvidos em ambientes inclusivos consideram que a sua vida profissional e pessoal melhora, tendo o trabalho em colaboração tornando o ensino mais estimulante, uma vez que permite a experimentação de várias metodologias e a consciencialização das suas práticas e crenças.

Ainda segundo os autores referidos acima, Correia (2008, p.23) refere que “os professores consideram que a oportunidade de trabalhar em conjunto com outros profissionais os ajuda a quebrar o isolamento em que muitos deles vivem e a desenvolver amizades duradouras fora da sala de aula”.

Correia e Martins (2000), citados por Correia (2008, p.36) consideram que “a colaboração é um processo interativo, através do qual intervenientes, com diferentes experiências, encontram soluções criativas para problemas mútuos”.

Existem ainda um conjunto de características que clarificam os pressupostos da colaboração nas escolas, que Cook e Friend (1993), citados por Correia (2008, p.36) realçam e que serão apresentados no quadro seguinte.

Quadro 14 – Colaboração nas Escolas

1.	A colaboração é voluntária, devendo ser uma escolha pessoal. Os professores têm de trabalhar juntos, mas este ato não implica um trabalho em colaboração;
2.	A colaboração é baseada na igualdade relacional: os professores que trabalham em colaboração têm de acreditar que as suas contribuições têm valores semelhantes;
3.	A colaboração requer a partilha de objetivos comuns;
4.	A colaboração implica partilha de responsabilidades: embora, muitas vezes, os professores dividam tarefas para atingirem determinado objetivo, as decisões fundamentais e decisivas devem ser partilhadas;
5.	A colaboração requer partilha de responsabilidades nos resultados finais: esta característica complementa a partilha de responsabilidades, ou seja, os professores devem assumir, em conjunto, os resultados de tais decisões, quer eles sejam positivos quer sejam negativos;
6.	A colaboração requer partilha de recursos: os professores devem partilhar recursos, tal como tempo, experiência, conhecimentos, espaços e equipamentos. Esta partilha deve reforçar o sentido de participação de cada um;
7.	A colaboração requer confiança e respeito mútuos: baseia-se em valores de partilha, de confiança e de respeito entre todos.

Fonte: Correia, 2008, p.36.

Contudo, não basta criar um sistema de boas vontades, de bons relacionamentos e que preveja uma formação adequada. É necessário também considerar que, qualquer tipo de mudança deve ser compreendida e desejada, não só por educadores, professores e gestores escolares, mas também por pais e cidadãos em geral. Como refere Correia (2008, p.14), a inclusão e o seu movimento só podem ter sucesso se, “em primeiro lugar, os cidadãos o compreenderem e o aceitarem como um princípio cujas vantagens a todos beneficia. Até lá, a igualdade de oportunidades para todos ainda pode estar distante”.

4. Enquadramento Normativo

A maioria dos Países rege-se por disposições e normativos internacionais emanadas da ONU e da UNESCO, entre os quais Portugal e o Reino Unido. Destacam-se a Declaração dos Direitos do Homem, Direitos da Criança e do Adolescente, a Declaração Mundial da Educação para Todos em Jomtien (1990) e mais recentemente a Declaração de Salamanca (1994).

Alguns dos artigos da ECHR (European Convention of Human Rights) – Convenção Europeia dos Direitos do Homem – são importantes para as crianças portadoras de deficiência e para as suas famílias, sendo que o artigo 8, que fala sobre o direito ao respeito pela vida familiar, doméstica e privada, é considerado o artigo mais importante. Os artigos da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (CNUDH) que têm particular relevância para as crianças com deficiência incluem:

- Artigo 2: não discriminação;
- Artigo 3: o interesse superior da criança é uma consideração primordial¹⁴. Este artigo tem sido objeto de litígios significativos. Em 2011, o Supremo Tribunal referiu-se à importância central do “interesse superior” e, embora admitindo que isso não era ilimitado, considerou que “deve ser superior a qualquer outro”.
- Artigo 4: os estados utilizam a “extensão máxima” dos recursos disponíveis para realizar as atividades económicas, sociais e direitos culturais;
- Artigo 12: direito à participação;
- Artigo 24: o direito ao “mais alto nível possível de saúde”.

O artigo 23 da CNUDH refere-se especificamente às crianças com deficiência, exigindo que os estados reconheçam que as crianças com deficiência devem gozar de “plena e decente” vida. Além disso, reconhece o direito das crianças com deficiência a “cuidados especiais”. Esse apoio deve ser prestado gratuitamente às crianças com deficiência, sempre que possível, sob reserva de recursos. O objetivo deste apoio deve ser o de permitir que todas as crianças consigam «a integração social e o desenvolvimento individual tão amplamente possível».

¹⁴ See UN Committee on the Rights of the Child, General comment on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration, May 2013 for more on UNCRC article 3.

O Comitê da ONU que supervisiona a CNUDH (bem como todos os outros comitês de tratados da ONU) emite ocasionalmente conselhos (conhecidos como “Comentários Gerais”) sobre a forma como a convenção deve ser interpretada, sendo que, no seu Comentário Geral nº 9, por exemplo, sublinhou a particular importância da exigência do artigo 23.º de que uma criança com deficiência e os seus pais e / ou outras pessoas que cuidam da criança recebem "cuidados e assistência especiais" O apoio deve ser «gratuito sempre que possível».

Em 2009, a Inglaterra ratificou¹⁵ a Convenção sobre a Deficiência, referindo que estes devem ser tidos em conta na interpretação do direito interno ou do direito europeu, reconhecendo que a Convenção sobre Deficiência é um importante ponto de referência para a interpretação de determinados artigos.

Os artigos mais importantes da Convenção sobre deficiência para crianças com deficiência incluem:

- Artigo 3: princípios gerais, incluindo o "respeito pela dignidade inerente" e "participação plena e efetiva e inclusão na sociedade";
- Artigo 9: acessibilidade;
- Artigo 19: vida independente e inclusão na comunidade.

Há ainda um artigo específico na Convenção da Deficiência (artigo 7, nº1) relativo a crianças com deficiência , que exige que aos Estados:

“Tomar todas as medidas necessárias para assegurar o pleno gozo das crianças com deficiência de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de condições com as outras crianças. “

O nº2 do mesmo artigo (7) reforça o requisito do artigo 3 da CNUDH, no sentido de que, em todas as ações relativas a uma criança com deficiência, o interesse superior da criança é uma consideração primordial. Do mesmo modo, o nº3 do artigo 7, reforça o direito à participação nos termos do artigo 12 da Convenção, de maneira a fornecer “assistência adequada à idade” e de forma a ajudar as crianças com deficiência a perceber este direito.

¹⁵ Concordou, aprovou.

É ainda importante referir o artigo 23, nº3 , que exige especificamente que as crianças com deficiência tenham direitos iguais em matéria de vida familiar e exige que os Estados forneçam informação, serviços e apoio precoces e completos para prevenir a ocultação, o abandono, a negligência e a segregação de crianças com deficiência. Nos termos do artigo 23, nº5, quando a família imediata é incapaz de cuidar da criança com deficiência, o Estado deve fazer “todos os esforços” para encontrar cuidados alternativos dentro da família mais ampla ou num ambiente familiar na comunidade.

O governo do Reino Unido introduziu ainda uma reserva ao artigo 24, em relação à educação residencial nos seguintes termos:

O Reino Unido reserva-se o direito de as crianças deficientes serem educadas fora da sua comunidade local, onde a oferta de educação mais adequada está disponível noutra local. No entanto, os pais de crianças com deficiência têm a mesma oportunidade que outros pais para indicar uma preferência para a escola em que desejam que seu filho a ser educado.

Alem disso, o governo do Reino Unido fez também uma declaração em relação ao artigo 24, de forma a fornecer uma definição do significado de “inclusão”:

O Governo do Reino Unido está empenhado em continuar a desenvolver um sistema inclusivo em que os pais de crianças deficientes tenham acesso crescente às escolas e ao pessoal geral, que têm capacidade para satisfazer as necessidades das crianças com deficiência. O sistema de ensino geral no Reino Unido inclui escolas regulares e especiais, que o Governo do Reino Unido entende que é permitido pela Convenção.

De acordo com a Lei Portuguesa, um aspeto importante para a promoção da igualdade de oportunidades e melhoria da qualidade do ensino é a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens. Este princípio encontra-se implícito no Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, onde se pode ler que “a educação inclusiva visa a equidade educativa, sendo que por esta se entende a garantia de igualdade, quer no acesso quer nos resultados”.

No caso específico da PC, a escola como instituição deve tomar medidas que possibilitem a estas crianças a utilização dos equipamentos e o acesso à informação e aprendizagem:

- **Garantir** a existência dos equipamentos e ajudas técnicas necessárias às crianças com paralisia cerebral. (por exemplo computadores para escreverem em vez de utilização de lápis e papel)
- **Assegurar** as obras destinadas à eliminação de barreiras arquitetónicas existentes nas escolas (como por exemplo rampas em lugar de escadas, entradas amplas para permitir a passagem de cadeiras de rodas ou outros sistemas de apoio à locomoção, portas de abertura simples, casas de banho com apoios, carteiras/mesas e cadeiras que permitam fácil utilização e uma postura adequada durante as aulas, refeitórios/cantinas/bares com balcões baixos).
- **Possibilitar** às escolas a colocação dos recursos humanos necessários, de acordo com os termos legais em vigor nesta matéria.
- **Financiar** ou cofinanciar ações de formação em serviço para os docentes do ensino regular, de apoio e de ensino especial, de acordo com as necessidades sentidas pelas escolas.
- **Assegurar** o desenvolvimento de projetos de parceria entre as estruturas regulares de educação e as instituições de educação especial, enquadrando o papel destas como fator de apoio à educação inclusiva.

Mantendo-se como inquestionável a importância das condicionantes da aprendizagem que se relacionam com a própria criança, acentuam-se, como decisivos ao nível da sala de aula, os fatores relacionados com o conteúdo curricular, as estratégias pedagógicas, a interação professor-aluno, aluno-aluno, o material utilizado e a motivação para aprender.

Assim, em Portugal, o Decreto-Lei n.º 3/2008, vem regular o regime educativo especial que consiste na adaptação das condições em que se processa o ensino-aprendizagem dos alunos com necessidades educativas especiais. A formalização

política do regime de apoios, parece atender a quatro condições de princípio decorrentes da evolução dos conceitos de integração:

- Abandono da terminologia centrada na noção deficitária do foro médico e a sua substituição pelo conceito de alunos com necessidades educativas especiais com base em critérios pedagógicos;
- A responsabilização crescente da Escola na assistência a todos os alunos;
- Um maior envolvimento e corresponsabilização dos pais no processo educativo dos filhos;
- Ter em consideração sempre as medidas mais integradoras e menos restritivas, para que as condições de frequência se aproximem das existentes no regime educativo comum.

A educação especial torna-se um recurso à disposição da escola para um atendimento adequado, capaz de responder às necessidades educativas especiais da criança diferente. A rutura com os sistemas de compensação, iniciados nos anos 60, opera-se com a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, e reforça-se pela Declaração de Salamanca para uma orientação inclusiva das escolas.

Desta forma a UNESCO (2001) refere que:

O currículo deve ser acessível a todos os alunos e basear-se em modelos de aprendizagem, eles próprios, inclusivos e deve acomodar-se a uma diversidade de estilos de aprendizagem. (...) O currículo deve organizar-se de forma flexível, respondendo à diversidade das necessidades individuais dos alunos (linguísticas, étnicas, religiosas ou outras) e não ser rigidamente prescrito a nível nacional ou central. (...)Um currículo inclusivo coloca maiores desafios e exigências aos professores que devem ser apoiados nos seus esforços de planificação, organização e implementação dos contextos de aprendizagem que melhor asseguram a participação e sucesso dos alunos.

Evita-se, assim, que as adaptações curriculares impliquem a criação de turmas especiais, que mais não são do que o isolamento dos alunos considerados com dificuldades de aprendizagem, solução que, inúmeras investigações têm revelado como desajustada, e que é, contrária à orientação inclusiva.

No caso da, paralisia cerebral sendo esta uma desordem a nível motor, que consoante os casos pode implicar dificuldade de mobilidade, de manuseamento de objetos, de comunicação, e tendo com alguma frequência outras problemáticas associadas, convém salvaguardar estratégias de desenvolvimento tais como:

- As adaptações nos materiais e equipamentos.
- A planificação colaborativa das adaptações.
- A organização de tutorias pedagógicas.
- A reorganização das formas de interdependência social entre alunos.
- A aprendizagem ativa e cooperativa.
- A flexibilização dos níveis de participação dos alunos em contexto de sala de aula.
- A alteração dos procedimentos avaliativos.
- As condições de matrícula e frequência.
- A adequação de turmas.
- A participação dos pais.

Uma escola inclusiva, como refere a Declaração de Salamanca (1994), subscrita por Portugal, consiste em que todos os alunos devem aprender juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Esta escola deve reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos.

Sendo principio básico e essencial da educação especial considerar a personalidade como um todo que envolve a perceção, cognição, emoção, motivação e socialização, não devemos centrar-nos apenas na incapacidade de determinados indivíduos, considerados com Necessidades Educativas Especiais (NEE), mas sim minimizar essas incapacidades para que possam fazer um percurso escolar e social o menos limitado possível e num meio o menos restritivo possível, como preconiza a Declaração de Salamanca (1994).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

5. Problemática e Metodologia de Investigação

5.1 Questões de Partida

A ideia deste Estudo Comparativo entre Portugal e Inglaterra surgiu quando estive em Inglaterra a viver. O facto de conhecer um caso de Paralisia Cerebral em Portugal e posteriormente ter conhecido outro em Inglaterra, e a proximidade que tinha com as mães das duas crianças, fizeram-me perceber algumas das diferenças existentes nos dois países, levando-me a ter curiosidade em saber quais seriam as diferenças nas diversas áreas, relativamente ao apoio à Paralisia.

Face a estas diferenças surgiram estas duas questões de partida:

Terão os pais o apoio necessário ao terem um filho com Paralisia Cerebral?

Estará a escola regular preparada para educar esta criança?

5.2 Objetivos

Este estudo comparativo tem como principal objetivo conhecer as diferenças entre Portugal e Inglaterra, relativamente aos apoios da criança com paralisia, em relação ao Estado, à Saúde, à família, à criança e à sua educação; perceber qual dos países, juntamente com os restantes membros (família, estado, etc.), é mais eficaz na ajuda da vida destas crianças. É importante perceber a influência que estes apoios têm na vida destas crianças e das suas famílias.

5.3 Metodologia da Investigação

5.3.1 Estudo Comparativo – Método Qualitativo

Para atingir os objetivos propostos para este trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para complemento teórico, e foi ainda realizado um estudo comparativo entre dois casos de Paralisia Cerebral, sendo que um é em Portugal e outro na Inglaterra.

A metodologia comparada é um rico instrumento analítico dos sistemas educativos, tal como referem alguns autores, sendo que Silva (2016) citando Bereday

(1968, p. 12) declara que o estudo comparado não é um simples método, e sim uma ciência “cujo objeto é deslindar as semelhanças e diferenças dos sistemas educacionais”.

Este estudo, de acordo com os autores citados, auxilia na identificação de semelhanças e diferenças, amplia o campo de análise de compreensão da realidade nacional, face a outros países, particularmente no campo das políticas e da gestão da educação.

O estudo em causa foi realizado através de uma pesquisa qualitativa, visto que este método de investigação científica se foca na subjetividade¹⁶ do objeto analisado, estudando as suas particularidades experiências. Desta forma os entrevistados também se encontram mais livres para mostrar os seus pontos de vista acerca de determinados assuntos que se encontrem relacionados com o objeto de estudo. Estas pesquisas têm ainda como objetivo a compreensão das respostas dos inquiridos, que são normalmente um número reduzido.

5.3.2 Instrumentos de Recolha de Dados

Para a recolha de dados deste estudo, foram utilizados diversos instrumentos, nomeadamente, pesquisa documental, entrevistas, observações e registos fotográficos.

5.3.3 Procedimento

Para a realização deste estudo, foram realizadas diversas pesquisas acerca da legislação para Crianças com Necessidades Educativas Especiais, nomeadamente a legislação em Inglaterra e em Portugal, pesquisa sobre a Inclusão e também quatro entrevistas, duas delas a Professoras de Educação Especial (uma em Portugal e outra em Inglaterra), e outras duas a duas mães de crianças com Paralisia Cerebral (uma em Portugal e outra em Inglaterra), e foi possível também observar a criança de Portugal, em contexto de sala de aula. Em Inglaterra não foi possível a realização da mesma visto que existe alguma restrição a esse tipo de situações. Mesmo em relação aos registos fotográficos na escola de Inglaterra, foi tudo bastante limitado.

¹⁶ **Subjetividade** é o que se passa no íntimo do indivíduo. É como ele vê, sente, pensa à respeito sobre algo e que não segue um padrão.

Com as entrevistas realizadas conseguiu-se analisar as diferenças e semelhanças entre os dois Países, comparando as mesmas, a nível de apoios do Estado, da Escola, em relação à saúde e ao apoio à família.

5.3.4 Contextualização do Estudo / Amostra

Uma amostra é um conjunto de elementos retirados de um conjunto maior, chamado População. Como iria ser bastante difícil estudar toda a População com PC existente em Portugal e em Inglaterra, optei por estudar dois casos específicos que eu conheço e cujas mães das crianças se prontificaram a ajudar-me e a relatar as suas experiências enquanto mães de crianças com NEE, nomeadamente PC. Desta forma a minha amostra é intencional, indo de encontro aos objetivos específicos da minha investigação e do meu estudo.

Conseguí também obter o testemunho das duas professoras de Educação Especial das crianças com PC, sendo que uma leciona em Portugal e a outra em Inglaterra.

De modo a não referir nomes, para salvaguardar o anonimato de cada pessoa que colaborou neste estudo, as mesmas serão identificadas da seguinte forma:

- Criança com PC em Inglaterra – Criança I. ;
- Criança com PC em Portugal – Criança P. ;
- Mãe da criança com PC em Inglaterra – Mãe I. ;
- Mãe da criança com PC em Portugal – Mãe P. ;
- Professora de Educação Especial em Inglaterra – Prof. I.;
- Professora de Educação Especial em Portugal – Prof. P. .

5.3.5 Caracterização do Contexto do Estudo e da Amostra

Para estudo comparativo existiu a oportunidade de estudar dois casos de crianças com PC, um em Portugal e outro em Inglaterra. Ambas têm 9 anos, apresentam uma tetraparesia que foi adquirida, por ambas, durante o parto. Devido às complicações no momento do nascimento, as duas crianças ficaram com sequelas irreversíveis, necessitando sempre da ajuda de um adulto para tudo no seu dia a dia.

Apesar de fazer referência apenas a uma criança com PC em Portugal e a outra com PC em Inglaterra, não se pode deixar de fazer referência às crianças com NEE existentes nos dois países. Na tabela seguinte são apresentados diversos valores em relação ao número de alunos no ensino obrigatório, sendo que parte desses alunos são alunos com NEE, encontrando-se parte deles incluídos em escolas regulares, e outros segregados¹⁷ em escolas e classes especiais.

Tabela 1 – Número de alunos no ensino obrigatório e percentagem em escolas especiais e em classes especiais segregadas

País	Número de alunos no ensino obrigatório	Número de alunos com NEE e % da população total de alunos	Número de alunos em escolas especiais segregadas e % da população total de alunos	Números de alunos em classes especiais segregadas em % da população total de alunos
Portugal	1 331 050	35 894 (2,7%)	2 660 (0,2%)	2 115 (0,2%)
Inglaterra	8 033 690	225 920* (2,8%)	96 130 (1,2%)	16 190 (0,2%)

Os dados relativos à Inglaterra incluem apenas os alunos aos quais foi emitida a declaração oficial «Statement of Special Educational Needs».

Fonte: Agência Europeia para o Desenvolvimento da Educação Especial, «Country Data» 2010.

Relativamente às crianças em causa neste estudo, a Criança I. frequenta a Linden Lodge School (Wimbledon, Londres), uma escola que oferece uma experiência educacional para alunos com diversos tipos de deficiência e com profundas e múltiplas dificuldades de aprendizagem. Apesar de os registos fotográficos em presença serem mais restritos, foi possível obter mais informação e registos fotográficos através do site da escola Linden Lodge School <http://www.lindenlodge.wandsworth.sch.uk/31/welcome-to-linden-lodge-school> - onde se consegue observar os diversos espaços que a escola tem.

¹⁷ Excluir, separar.

A Criança P. frequenta a Escola Básica 1/ Jardim de Infância da Vinha (Esmoriz, Portugal), nomeadamente a Unidade de Apoio Especializado na Educação de Alunos com Multideficiência ou Surdo-Cegueira Congénita, uma escola onde tudo se pode aprender e tudo se pode ensinar. Na visita a esta escola, fui extremamente bem recebida na UAEEAM pela Prof. P., que se dispôs a mostrar-me toda a Unidade, um pouco da “sua Escola Inclusiva” e a falar-me do seu método de trabalho para que estas crianças sejam inseridas nas turmas de ensino regular de forma a puderem evoluir, ajudando as crianças que frequentam o ensino regular a compreender as diferenças, a aceitar as mesmas, a ajudar os seus colegas e a conviver com eles.

6. Apresentação e Análise de Dados

Como já foi referido, os dados que serão apresentados resultaram de vários instrumentos e foram analisados em três vertentes:

- 1) Características físicas dos alunos em estudo;
- 2) Aspectos educativos, saúde e apoios;
- 3) Comparação de recursos existentes.

6.1 Características físicas dos alunos em estudo;

Como é natural, apesar de ambas as crianças terem PC, cada uma tem as suas características. Como tal irão ser apresentadas as mesmas na tabela seguinte, de maneira a puderem ser observadas e comparadas. Além de certas características físicas, irá ser caracterizado o comportamento da criança segundo Rett & Seidler (1996, p.159)

Tabela 2 – Características das Crianças com PC em Estudo

	Criança I.	Criança P.
Idade	9 anos	9 anos
Causas da PC	Complicações durante o parto.	Complicações durante o parto.
Severidade da PC	Apresenta uma tetraparesia ¹⁸ . A criança não é autónoma, não caminha, só come comida passada, necessitando sempre da ajuda de um adulto para tudo. Utiliza cadeira de rodas.	Apresenta uma tetraparesia de domínio direito. A criança não é autónoma, não caminha, só come comida passada, necessitando sempre da ajuda de um adulto para tudo. Utiliza cadeira de rodas.
Perturbações do Comportamento (Rett & Seidler, 1996, p. 159)	<ul style="list-style-type: none">• Tendência para agitação psicomotora;• Acentuada dispersão ou perturbação da atenção;• Tendência para perturbações afetivas;• Consequências de um mimo extremo.	<ul style="list-style-type: none">• Tendência para agitação psicomotora;• Tendência para perturbações afetivas;• Manifestação acentuada de modos de comportamento ligados ao instinto;• Consequências de um mimo extremo;• Elevada sensibilidade ao estado do tempo;• Tendência para rotinas estereotipadas;• Elevada sensibilidade à música e ao ritmo.
Problemas de Audição	Não revela problemas auditivos.	Não revela problemas auditivos.
Problemas Visuais	Os olhos estão bons, mas não mandam a informação (correta) para o cérebro.	Tem baixa visão.

¹⁸ Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.

Problemas Dentários	Tem cáries com frequência, usando umas capas próprias à volta de alguns dentes para proteger os mesmos.	Teve bruxismo até aos 5 anos, não tem chumbo, mas vai ter que retirar dentes de leite que ficaram estragados com cáries.
Medicação	Toma medicação para os músculos, para a epilepsia e para a prisão de ventre (devido a não comer tudo e não beber muita água).	Toma ferro.
Terapias	Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia das Mãos, Médico Especialista para a Coluna Vertebral e Ancas.	Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala.

Através da análise da tabela acima retratada, é possível constatar que ambas as crianças apresentam uma PC bastante severa, que foi derivada a complicações no parto e que ambas são dependentes do cuidador na alimentação, higiene e cuidados pessoais. Tem algumas perturbações do comportamento em comum, mas também existem perturbações diferentes, algo que é extremamente normal, visto que cada criança tem a sua personalidade. Ambas ouvem bem, mas relativamente à visão, os olhos da Criança I. não mandam a informação correta para o cérebro e a Criança P. tem baixa visão. Sobre a sua dentição, ambas apresentam alguns problemas derivado a cáries, isto porque é bastante difícil a sua higiene oral. Relativamente à medicação tomada pelas crianças, excetuando os momentos em que sofrem ajustes ocasionais, tendencialmente a Criança I. toma mais medicação que a Criança P. Em relação às Terapias, pode-se observar que a Criança I. tem mais terapias que a Criança P., isto em consequência das escolas terem diferentes condições e também das necessidades de terapia de cada criança.

6.2 Aspetos educativos, saúde e apoios

Para analisar este item, realizei entrevistas às mães e às Professoras dos respetivos alunos, que se encontram no Anexo 1, 2 e 3, acerca de diversos aspetos sobre a Educação, Saúde e apoios do Estado, de forma a obter as suas opiniões e perceber as suas dificuldades. Irei de seguida apresentar e analisar os dados referentes às entrevistas às mães, com base em 14 indicadores, conforme se pode observar na Tabela 3.

Tabela 3 – Dados das entrevistas às Mães das Crianças com PC

Mãe da Criança Indicadores	Mãe I.	Mãe P.
1. Apoios	Serviços sociais e um fisioterapeuta.	Apenas apoio familiar.
2. Apoios do Estado	Casa, carro, escola, saúde, subsídios, fisioterapias, terapia ocupacional, terapia de fala e linguagem.	Subsídio da 3ª pessoa (90€); Subsídio por deficiência (50€); Unidade de Apoio à Multideficiência.
3. Apoios em falta	Mais fisioterapia e estimulação.	Falta de material técnico e quando existe demora a chegar; Falta de apoio monetário.
4. Acompanhamento em relação à saúde	Tem por parte do estado.	Tem algum por parte do estado e outros são pagos.
5. Gastos pagos pelo estado/ pagos pelos pais	Tem ajuda médica e subsídios, não pagam nada.	Pagam medicamentos, outros artigos de farmácia que não são comparticipados e as viagens para as consultas.
6. Apoios em relação à habitação	Casa térrea equipada com guinchos, cama própria, maca para lhe dar banho com o chuveiro, cadeira de alimentação, caminhante especial e bicicleta especial.	Não tem qualquer tipo de apoio. A família está em vias de construir uma mas pelo que lhes foi dito não existem apoios para famílias nestas condições.
7. Participação na educação do educando	Mantém a mãe atualizada com um livro de escola que vai para casa e existem reuniões.	Participa de forma ativa, inclusive em algumas atividades organizadas pela escola.
8. Opinião acerca da escola do educando	A escola é incrível, têm uma enfermeira; piscina; cozinham; andam a cavalo, entre outras atividades.	Gosta muito da escola e sabe que ele é acompanhado por excelentes profissionais, e o educando também gosta muito.
9. Opinião acerca da(s) docente(s)	São incríveis. Mas diz ser frustrante não saber o que eles fazem na escola e como é que a criança está durante o dia.	Gosta imenso das professoras e do trabalho que fazem com ele.
10. Apoios que tem na escola relativamente a terapeutas, especialistas, etc.	Fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e estimulação.	Educação especial, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e natação. Deveriam ser mais extensas as sessões.

11. Atividades extracurriculares que frequenta	Não frequente, mas tem todos os equipamentos que precisa em casa para brincar e estar ocupado. Também viajam com ele.	Não frequente. A não ser terapias alternativas.
12. Falhas em relação à educação	Existência de algumas falhas. O governo não dá muito e corta sempre sobre as crianças com NEE.	Construção das escolas não é adequada ao acolhimento de crianças com NEE e mobilidade reduzida.
13. Melhorias necessárias	Mais terapia, mais ajuda para a família e mais orientação e cuidados para mulheres grávidas.	Existir mais rampas de acesso, elevadores, mais terapias e mais extensas.
14. Barreiras existentes na escola/outras barreiras	Falta de dinheiro, para lhe puder dar uma vida melhor.	A falta de dinheiro para materiais. Na rua existem poucos acessos e falta de civismo por parte das pessoas.

Analisando as respostas às questões colocadas às Mães das Crianças, é possível comparar diversos aspetos relacionados com os apoios do Estado, Saúde, Educação, ou falta dos mesmos.

Logo no início da entrevista é possível observar as diferenças em relação à maneira como a mãe da criança com PC é apoiada: em Inglaterra a Mãe I. diz ter sido apoiada pelos serviços sociais e fisioterapeuta, ao contrário da Mãe P., que nega qualquer apoio por parte do Estado, e dando relevância ao apoio que obteve por parte da sua família.

Em termos de apoios por parte do Estado, a Mãe I. apresenta uma lista variada de apoios, desde casa, carro, subsídios, apoios em relação à saúde e terapias; enquanto que a Mãe P. apresenta um valor de 140€ de subsídios e refere também a Unidade de Apoio à Multideficiência que o filho frequenta. Em relação aos apoios que consideram que estão em falta, a Mãe I. refere que o seu filho deveria ter mais fisioterapias e estimulação; já a Mãe P. faz referência ao material técnico, que apesar de existir algum apoio, demora muito tempo a chegar, e cita que os apoios monetários também são poucos.

Em relação à saúde, pode-se observar que ambas as crianças têm o acompanhamento necessário, mas enquanto a Mãe I. refere que a criança tem ajuda médica e subsídios, ou seja, não paga nada relacionado com saúde do seu filho, a Mãe

P. refere que tem que pagar os medicamentos do seu filho bem como outros artigos farmacêuticos que não são compartilhados e ainda as viagens que faz para as consultas.

No que diz respeito à casa onde habita cada criança, as diferenças também são bastante notórias; a *Mãe I.* descreve a sua casa térrea, que se encontra toda equipada com o material necessário para proporcionar uma melhor qualidade de vida ao seu filho, sendo que esta casa foi “dada” pelo Estado e equipada pelo mesmo; já a *Mãe P.* conta não ter recebido nenhum apoio para a sua casa, e que apesar de estar em vias de construir uma, foi-lhe dito que “não existem apoios conhecidos para famílias nestas condições”.

Relativamente à Educação, existem também bastantes diferenças de uma criança para outra, começando pela participação das mães na educação dos seus filhos. A *Mãe I.* cita que participa na educação do filho, visto que eles a mantêm atualizada com um livro da escola e através de reuniões; a *Mãe P.* participa na educação do seu filho diversas vezes de forma ativa, visto que existe bastante flexibilidade entre professora e Pais, e existem atividades realizadas em que os pais estão presentes. Ambas as mães referem que gostam da Escola que os filhos frequentam, que estes são bem acompanhados, e que as professoras são muito boas, contudo, a *Mãe I.* refere que é frustrante não saber o que fazem na escola e como o seu filho está durante o dia. Em ambas as escolas as crianças também têm diversas terapias adequadas às suas necessidades, mas a *Mãe P.* refere que as sessões deveriam ser mais extensas e em maior quantidade.

Sobre as atividades extracurriculares, as mães dizem que as crianças não frequentam nenhuma, mas a *Mãe I.* cita que passeia muito com o seu filho e que tem diversos equipamentos para poder ocupar e estimular o mesmo; enquanto que a *Mãe P.* faz referência às terapias alternativas que o filho frequenta.

Numa outra fase da entrevista, questionou-se sobre as falhas em relação à educação, e ambas as mães concordam que existem falhas, mas pronunciam-se sobre coisas diferentes. A *Mãe I.* opta por dizer que o governo Inglês não dá muito e corta muitos apoios às crianças com NEE, salientando que deveriam existir mais terapias e mais ajuda à família, e cuidados às mulheres grávidas; a *Mãe P.* faz referência às escolas, que não estão construídas de forma a receber crianças com NEE, nomeadamente crianças que necessitam de utilizar cadeira de rodas, salientando que

deveriam existir rampas de acesso, elevadores, e voltando a expressar o seu desejo de mais terapias e mais extensas.

No final da entrevista, questionou-se as mães acerca das barreiras existentes na escola ou noutro campo abordado, e as respostas foram semelhantes. Ambas referem a falta de fundos monetários para poder dar uma vida melhor aos seus filhos, sendo que a *Mãe I.* pronunciou-se sobre a possibilidade de dar mais terapias ao mesmo, e a *Mãe P.* fez referência à falta de material existente para o seu filho e também à falta de acessos e falta de civismo por parte das pessoas.

Posteriormente, foi realizada uma outra entrevista às Professoras das duas crianças em estudo, à **Professora I.** e à **Professora P.**, que se encontram no Anexo 2 e 3, respetivamente, de forma a saber a sua formação, a sua experiência, e como é o funcionamento da escola onde exercem funções, que consequentemente é a escola que frequenta a Criança I. e a Criança P. respetivamente. Os dados serão apresentados e analisados com base em 14 indicadores, conforme se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4 – Dados das Entrevistas às Professoras de Educação Especial

Professora	Professora I.	Professora P.
Indicadores		
1. Anos de Docência	34 anos.	Desde o ano letivo 1989/1990 (28 anos).
2. Formação Obtida	Diploma e depois pós-graduação certificado de educação.	A formação inicial foi em educadora de infância.
3. Anos de formação em Educação Especial	12 anos.	Curso de Especialização (pós graduação) desde 2008 (9 anos).
4. Anos de ensino em Educação Especial	2 anos, 1 deles na Escola Linden Lodge.	De forma contínua desde a especialização (9 anos).
5. Alunos com NEE que frequentam a sala	8 alunos.	8 alunos na U.A.E.E.A.M. ¹⁹
6. Alunos com PC	3 alunos dos 8 que frequentam.	1 aluno com PC
7. Tipo e grau de PC	Tem todos PC significativa, afetando os 4 membros.	Apresenta paralisia cerebral na forma tetraparésia ²⁰ de predomínio direito. Possui pouquíssima intencionalidade comunicativa.

¹⁹ Unidade de Apoio Especializado na Educação de Alunos com multideficiência ou Surdo-Cegueira Congénita

²⁰ Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.

8. Existência de Programa Educativo para o(s) aluno(s)	Todos os alunos têm objetivos individuais de aprendizagem e diversas terapias, consoante a sua necessidade.	O aluno possui um Programa Educativo Individual (PEI) e o seu currículo escolar desenvolve-se por via de um Currículo Específico Individual delineado para o aluno segundo o seu perfil de funcionalidade determinado por via da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
9. Frequência ou não do ensino regular	Frequentam uma escola especial.	Frequenta uma escola do Ensino Regular com currículo e condições escolares adequadas às suas capacidades físicas e intelectuais.
10. Responsável pelo(s) aluno(s)	A escola especial.	Em termos legislativos é o professor titular de turma. Em termos de prática diária, o aluno é uma responsabilidade assumida por toda a equipa de intervenção educativa. responsabilidade partilhada entre o professor titular de turma e o professor de educação especial
11. Existência ou não de materiais necessários	Existência de talhas de teto, mesas ajustáveis, cunhas, armário médico, recursos educacionais, etc.	Existe alguma falta de materiais, mas face a outras Unidades, não estão mal. Estes materiais são comprados com ajuda do dinheiro que vão angariando ao longo do ano. Estão a montar uma sala snozellen única e exclusivamente financiada por fundos resultantes das angariações.
12. Melhorias que poderiam ser feitas	Mais armazenamento para cadeiras de rodas, andadores e quadros de pé.	Mais apoio por parte das Entidades Publicas Superiores e responsáveis, e do M.E. Grande parte do material usado é adaptado ou recuperado.
13. Apoio em relação a professores, terapeutas, etc.	Tem professores especializados em deficiência visual, terapeutas, etc., mas poderiam ter mais.	São uma equipa coesa, dinâmica, criativa, trabalhadora e feliz com os seus alunos.
14. Falta de apoio existentes	Existem questões sobre o financiamento suficiente para a educação e para o apoio médico, especialmente no futuro.	Falta de materiais e de fundos monetários.

Em relação a estas duas entrevistas, a informação é vasta e é possível analisar diversas diferenças e semelhanças. As Professoras são ambas Pós-Graduadas em Educação Especial, sendo que a Prof. I. exerce à 34 anos, está Pós - Graduada em EE à 12 e leciona na área à 2; já a Prof. P. exerce à 28 anos, está Pós – Graduada à 9 e está a lecionar na área desde essa altura de forma contínua. Nas escolas onde lecionam, ambas se encontram responsáveis por oito alunos, dos quais 3 que são alunos da Prof. I tem

PC, e apenas um da Prof. P. tem PC. Os 3 alunos da Prof. I. apresentam todos uma PC significativa, que afeta os 4 membros, já o aluno da Prof. P. apresenta uma PC na forma tetraparésia de predomínio direito.

Como é habitual nas crianças com NEE, estas são acompanhadas no seu currículo pelo Programa Educativo Individual (PEI), e quando se questionou as professoras acerca do mesmo, a Prof. I. apenas respondeu que todos os alunos têm objetivos individuais de aprendizagem e terapias consoante a sua necessidade, ao contrário da Prof. P. que referiu que o aluno com PC possui um PEI e que o seu currículo escolar se desenvolve através de um Currículo Específico Individual (CEI) delineado para o aluno segundo as suas funcionalidades.

É na questão 9 que me começo a aperceber realmente das diferenças existentes na escola de cada criança, visto que a Prof. I. apresenta uma Escola Especial, e a Prof. P. diz que o aluno frequenta o Ensino Regular com um currículo adequado às suas capacidades físicas e intelectuais. Acerca do responsável pelo aluno, a Prof. I. diz que o responsável é a Escola Especial, enquanto que a Prof. P. faz referência ao professor titular de turma em termos legislativos, mas que diariamente o aluno é responsabilidade de toda a equipa de intervenção educativa, existindo também uma responsabilidade partilhada entre o professor titular e o professor de EE.

Sobre o material existente na sala de aula, e relativamente às fotografias que se conseguiu obter, apesar de a Prof. I. referir alguns materiais e dizer que todas as professoras podem pensar em mais materiais, é necessário fazer referência à enorme diferença existente entre a Escola de Inglaterra e a Escola que foi visitada em Portugal. Como a Prof. I. referiu, a Escola Especial, Linden Lodge School, tem todas as condições necessárias para as crianças com NEE, desde equipamentos, materiais, a construção, etc. Já a Escola Básica 1 / Jardim de Infância da Vinha, onde leciona a Prof. P., já existia antes da U.A.E.E.A.M. ter sido criada e como tal esta não está totalmente adaptada às crianças com NEE. Apesar de os materiais não serem os suficientes, a Prof. P., diz que não estão assim tão mal face a outras realidades, e durante o ano, toda a equipa escolar juntamente com os pais, faz diversas atividades de maneira a angariar fundos para a Unidade.

Relativamente aos aspetos que se poderiam melhorar, a Prof. I. fala sobre a necessidade de mais armazenamento para cadeiras de rodas, mais andadores e quadros de pé, enquanto que a Prof. P. refere que gostaria de ter mais apoio por parte do Ministério da Educação devido à falta de verbas, explicando que parte do material utilizado é adaptado ou recuperado.

Em relação ao apoio entre professores, terapeutas, etc., ambas referem que tem bons especialistas, mas a Prof. I. diz que poderiam ter mais; já a Prof.P. diz estar feliz com a sua equipa de trabalho e com os seus alunos. Sobre as faltas de apoios, ambas fazem referência ao apoio monetário, pois pode ser algo bastante preocupante também no futuro.

6.3 Comparação de Recursos Existentes

Nos estudos de caso realizados, foi possível obter registos fotográficos da escola frequentada por cada criança e dos apoios materiais que cada um recebeu do estado, registo que irá ser apresentado de seguida. Relativamente aos apoios materiais dados pelos estado de Inglaterra à Criança I., além da casa e do carro a que a mãe da criança tem direito, existem diversos materiais que são dados para o bem estar da criança no seu dia a dia, como mostra as figuras seguintes.



Figura 3 - Cadeira de Alimentação



Figura 4 - Cadeira para caminhar



Figura 5 - Cadeira para se manter em pé com o uso de pesos



Figura 6 – Cadeira de rodas



Figura 7 – Cama de dormir



Figura 8 – Guincho de suspensão no quarto



Figura 9 – Guincho de suspensão da sala



Figura 10- Colete para a suspensão no guincho



Figura 11 – Maca de tomar banho recolhida



Figura 12 – Maca de tomar banho montada

Dando continuidade à apresentação de figuras relativas aos apoios dados pelo Estado, seguidamente irão ser apresentadas as figuras dos equipamentos pertencentes à Criança P., sendo que os pais da mesma não tiveram qualquer apoio financeiro por parte do Estado Português para a aquisição dos mesmos.



Figura 13 – Cadeira para o carro

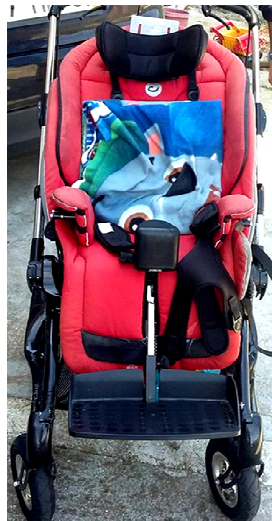


Figura 14 – Carro de Bebê / Cadeira de Rodas

Fazendo a comparação dos equipamentos que cada criança tem, é possível observar que em Inglaterra o Estado acompanha mais a criança com PC, mostrando-se sempre disponível para oferecer à mesma o que for necessário, de forma a esta puder ter um dia a dia mais cómodo e com mais qualidade de vida. No que diz respeito à escola frequentada por cada criança, serão apresentadas de seguida, as figuras da escola frequentada pela Criança I.. As imagens são alguns registos fotográficos obtidos pessoalmente e outros através da página de internet da escola, visto que eles são um pouco restritos a este tipo de situações, pois a escola que esta criança frequenta é uma Escola Especial, exclusiva para crianças com NEE.



Figura 15 – Corredor com materiais e equipamentos

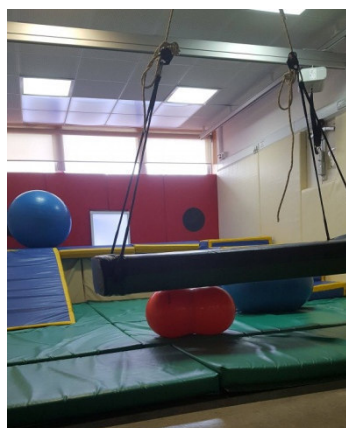


Figura 16 – Espaço para ginástica e terapia



Figura 17 – Parte do Jardim da Escola



Figura 18 – Sala sensorial



Figura 19 – Tapete Sensorial

De seguida serão apresentadas algumas figuras da escola frequentada pela Criança P., que frequenta a Unidade de Apoio Especializado na Educação de Alunos com Multideficiência ou Surdo – Cegueira Congénita (UAEEAM).



Figura 20 – Piscina de Bolas na Sala



Figura 21 – Trampolim



Figura 22 – Secretárias para ensinar os alunos a estar sentado numa aula de ensino regular



Figura 23 – Suporte para manter a criança sentada na cadeira da secretária



Figura 24 – Cama na sala utilizada para diversas atividades



Figura 25 – Cozinha na sala para atividades de culinária e rotinas



Figura 27 – Cantinho da Música

Figura 26 – Suporte para manter a criança em pé



Figura 28 – Cantinho da Televisão, do computador e dos jogos



Figura 29 – Mesa com rodas



Figura 30 – Quadro com números e abecedário



Figura 31 – Quadro com horas para as atividades e rotinas

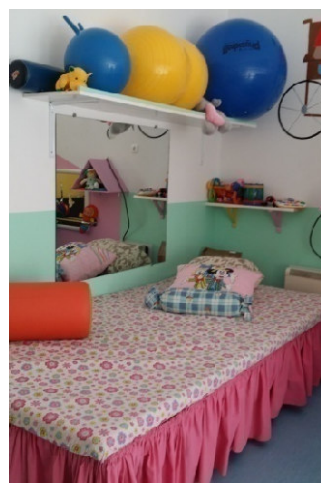


Figura 32 – Sala de Terapias



Figura 33- Espelho com barras para a criança se ver a caminhar



Figura 34 – Sala de convívio e de lanchar

A escola de Portugal, tem as condições possíveis, tendo em conta que são as professoras, os pais das crianças e a comunidade escolar que fazem o que podem para angariar dinheiro de forma a poder comprar mais materiais e mais diversificados. A estrutura da escola tem algumas falhas, visto não ser construída especificamente para crianças com NEE, mas de acordo com uma das terapeutas que dá apoio às crianças, esta é a melhor unidade do País que a terapeuta conhece, o que é algo muito importante de referir.

7. Discussão dos Dados Apresentados

Depois de realizada toda a pesquisa bibliográfica, elaboradas todas as entrevistas, analisadas as respostas, e observadas também as duas escolas e o seu funcionamento, proceder-se-á à discussão dos dados obtidos.

Começando pelas entrevistas às mães das crianças, é extremamente notória a diferença de apoios que existe entre Inglaterra e Portugal. Em Inglaterra, o Estado participa ativamente no apoio à família, de forma a esta puder dar uma vida melhor ao seu filho com PC. Desde a casa “dada” à família, o carro para poder transportar a criança, os equipamentos necessários que são dados de forma a proporcionar-lhe um ambiente melhor, os subsídios, até à existência de uma “Escola Especial” em que a criança tem todos os apoios e regalias necessários para o seu bem estar, são inúmeros os apoios que esta família recebe, ao contrário do que acontece em Portugal. No nosso país, o Estado pouco ajuda as famílias que tem crianças com PC ou outro tipo de NEE, e 140 € é um valor extremamente baixo para uma criança que necessita constantemente de cuidados médicos, alimentação adequada, fraldas, medicamentos que muitas vezes não são comparticipados, entre outros.

Contudo, a Mãe I., apesar do imenso apoio que tem para o seu filho, refere várias vezes que o Estado deveria apoiar mais e dar mais subsídios; ao contrário da Mãe P., que apesar de não ter quase subsídios nenhuns, as faltas principais que refere tem haver com a falta de materiais de apoio para o seu filho, principalmente na sua escola.

Existem muitas lacunas em Portugal face ao apoio do Estado, e o ME deveria ter mais atenção a estas crianças que necessitam de imensos apoios e materiais, sendo que muitas destas lacunas além de existirem nas famílias, existem também nas escolas. A “Escola Especial” como faz referência a Prof. I., é sem dúvida uma escola com excelentes condições, onde as crianças têm todo o apoio necessário através de terapias, realizam diversas atividades como natação, equitação, etc., o espaço é adaptado às crianças que necessitam de cadeiras de rodas, sendo os seus corredores largos, têm os equipamentos necessários, um grande espaço verde com jardim e baloiços próprios e também algo que me chamou imenso à atenção, que é uma espécie de Jardim Sensorial, totalmente adaptado para crianças com NEE. Contudo, esta “Escola Especial” limita-se a ser frequentada por crianças com NEE, não existindo qualquer tipo de inclusão.

A escola em Portugal, é totalmente diferente. A U.A.E.E.A.M. é uma sala de aula adaptada às crianças, com muito material sim, mas que foi pago através da confecção de muitas compotas e marmeladas, para angariar dinheiro para estes materiais, visto que o Estado e o ME não ajudam estas Unidades. Nesta “Escola Inclusiva” como lhe chama a Prof. P. todos os alunos com NEE frequentam a sala do ensino regular, nem que seja uma vez por semana, e a turma que recebe este aluno já se encontra pronta para o receber, adaptando a sua aula à presença daquela criança tão especial. Durante o tempo permanecido na escola para tirar algumas fotografias e observar o comportamento das crianças, não foi possível ficar indiferente às brincadeiras no recreio, onde todos juntos disfrutam de um espaço comum e brincam em conjunto, tendo em conta que as crianças do ensino regular têm imensa atenção aos seus “amigos especiais”, brincando com eles, apoiando-os e principalmente, protegendo-os quando sentem que existe algum perigo.

Depois de ler todas as entrevistas, e durante a visita à “Escola Inclusiva” pode-se realmente observar o verdadeiro sentido destas duas palavras, e graças à Prof. P. e ao seu excelente trabalho com a sua equipa, pude realmente sentir a importância da Inclusão na Educação.

Conclusão

Através deste trabalho de investigação, ambicionava-se responder a algumas questões que foram colocadas no início desta dissertação, sendo elas:

Terão os pais o apoio necessário ao terem um filho com Paralisia Cerebral?

Estará a escola regular preparada para a educação desta criança?

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, foram também surgindo outras questões, nomeadamente em relação à inclusão das crianças com NEE nas escolas e no ensino regular, visto que por vezes é mais fácil falar das situações, mas na prática as coisas mudam um pouco.

Confesso que a minha opinião em relação a este assunto não se encontrava totalmente formada, visto conhecer alguns casos de insucesso de crianças com NEE que eram simplesmente colocadas numa sala de aula de ensino regular, sem terem qualquer tipo de acompanhamento específico, sendo que por vezes acabavam por prejudicar os alunos do regime regular. Foi graças a essa minha opinião e ao ter viajado para Inglaterra que mais dúvidas surgiram e que me apercebi das diversas diferenças existentes nos dois países da U.E., surgindo então a oportunidade de aprofundar estas situações.

São evidentes as diferenças nas diversas áreas abordadas neste trabalho, como o Estado, a Saúde e a Educação, e começando pelo Estado, é notório que o Estado Inglês fornece muito mais apoio às crianças com PC do que o Estado Português, suportando custos de Educação, de Saúde, fornecendo equipamentos e materiais para que a criança consiga ter uma vida com mais qualidade, na medida do possível, melhorando o seu dia a dia. É de salientar também o apoio do Estado Inglês relativamente à saúde da criança com PC, visto que todos os custos são suportados pelo mesmo.

Relativamente à Educação, sem dúvida que a Escola de Inglaterra tem mais condições e apoios, visto ser uma escola especial, contudo, isso não é suficiente. A U.E. apoia o princípio da Inclusão, e este não é utilizado na Escola Inglesa. As crianças são colocadas numa Escola Especial, não tendo contacto com outras do ensino regular, e vice-versa, parecendo quase que são excluídas das escolas “normais”. O método da Inclusão é um processo que demora algum tempo para poder ser implementado de

forma eficaz, mas é necessário que este comece por algum lado, e colocar as crianças com PC ou com NEE numa “Escola Especial”, onde não existe troca de ligações com outras crianças do ensino regular, torna este processo ainda mais demorado. Pelo contrário, na Escola Portuguesa que tive o prazer de conhecer, a Professora de Educação Especial defende e utiliza o método da Inclusão, dando oportunidade aos seus alunos de ter uma educação “normal”, dentro dos seus limites, onde todos usufruem do mesmo espaço de recreio brincando todos juntos, lancham todos na sala de convívio, todos os que podem almoçam na cantina e as crianças com PC e NEE frequentam o ensino regular, nem que seja uma vez por semana, sendo que a aula dada é totalmente adaptada e programada para a sua presença.

Todos juntos na mesma Escola, que a Prof. P. intitula de “Escola Inclusiva”, crianças do ensino regular e da UAEEAM brincam, ensinam e aprendem, trocam experiências e vivências, são apoiados e protegidos, progridem juntos num espaço comum, que ensina muito sobre a diferença e a superação da mesma quando existe união. Nesta escola é possível observar que “a união faz a força” e que “ todos juntos somos mais fortes”, devido ao espírito existente nesta professora, nos pais destas crianças e nas crianças, quer do ensino regular, quer da unidade de apoio, pois são eles que todos juntos transformam a escola num local onde a diferença apesar de existir, todos têm direito ao mesmo.

Referências Bibliográficas

- Afonso, Â. M. (2012). *Tese de Mestrado em Educação Especial - O Ensino e a Paralisia Cerebral*. (L. E. Garrett., Editor) Obtido em 03 de dezembro de 2016, de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3251/O%20ENSINO%20E%20A%20PARALISIA%20CEREBRAL.pdf?sequence=1>
- Agrupamento de Escolas de Esmoriz | Ovar Norte*. (s.d.). Obtido em 3 de março de 2017, de <http://www.ae-esmoriz-ovarnorte.pt/>
- Associação de Paralisia Cerebral de Braga*. (s.d.). Obtido em 3 de outubro de 2016, de <http://www.apcb.pt/p/paralisia-cerebral.html>
- Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra*. (s.d.). Obtido em 4 de outubro de 2016, de <http://www.apc-coimbra.org.pt/>
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Bereday, G. Z. (1968). *El Método Comparativo en Pedagogía*. Barcelona: Herder.
- Carvalho, E. J. (2013). Reflexões Sobre a Importância dos Estudos de Educação Comparada na Atualidade. *Revista HISTEDBR On-line* , 416-435.
- Correia, L. d. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto Editora.
- Correia, L. d. (2003). *Educação Especial e Inclusão - Quem Disser Que Uma Sobrevive Sem a Outra Não Está no Seu Perfeito Juízo*. Porto Editora.
- Correia, L. d. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais - Um guia para educadores e professores (2ª Edição ed.)*. Porto Editora.
- Educação, P. d. (02 de março de 2016). Obtido em novembro de 2016, de Portal da Educação: <https://www.portaleducacao.com.br/pedagogia/artigos/71911/o-que-e-inclusao-escolar>
- Enver Bajraszewski, R. C. (2008). *Cerebral Palsy - An information guide for parents*. Melbourne: Royal Children's Hospital.
- Hoffmann, R. A. (2012). *Paralisia Cerebral E Aprendizagem: Um Estudo de Caso Inserido no Ensino Regular*. Obtido de Pós Graduação Uniasselvi: <http://www.posuniasselvi.com.br/artigos/rev02-12.pdf>

- Linden Lodge School. (s.d.). Obtido em 3 de março de 2017, de <http://www.lindenlodge.wandsworth.sch.uk/31/welcome-to-linden-lodge-school>
- Magalhães, S. (2014). *A Escola e as Necessidades das Famílias de Crianças Com Paralisia Cerebral e Distúrbios Comunicacionais Associados*.
- Malet, R. (2004). Do Estado-Nação ao Espaço-Mundo: As Condições Históricas da Renovação da Educação Comparada. *Educação & Sociedade, Campinas: CEDES*, v. 25, n. 89 .
- Munõz, J. L., Blasco, G. M., & Soárez, M. J. (1997). Deficientes Motores II: Paralisia Cerebral. In R. Bautista, *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 293-315). Lisboa: Dinalivro. *Necessidades Educativas Especiais na Europa*. (2003).
- Nóvoa, A. (1991). *Conceções e práticas da formação contínua de professores: In: Nóvoa, A. (Org.). Formação contínua de professores: realidade e perspetivas*. Universidade de Aveiro.
- República, A. d. (s.d.). *AR Assembleia da República.pt*. Obtido em 4 de outubro de 2016, de <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Rett, A., & Seidler, H. (1996). *A Criança com Lesão Cerebral - Problemas Médicos, Educativos e Sociais*. (M. d. Faria, & A. M. Fernandes, Trads.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rotta, N. T. (2002). Paralisia Cerebral, Novas Perspetivas Terapêuticas. *Jornal de Pediatria* .
- Silva, F. d. (2016). Estudos comparados como método de pesquisa: escrita de uma história curricular por documentos curriculares. *Revista Brasileira de Educação* v. 21 n. 64 jan.-mar. , 209-224.
- Steve Broach, L. C. (2016). *Disabled Children: A Legal Handbook 2nd edition*. National Children's Bureau.
- Vassiliou, A. (2012). *Comunicação Europeia - Comunicado de Imprensa*. Obtido em 5 de fevereiro de 2017, de http://europa.eu/rapid/press-release_IP-12-761_pt.htm

Anexos

Anexo 1 – Entrevista às Mães²¹ das Crianças

1. Quando soube que o seu filho tinha Paralisia Cerebral, sentiu-se apoiada?
2. Quais os apoios que tem do estado?
3. Quais os apoios que sente que não tem e que acha que precisa?
4. Em relação à saúde do seu filho, acha que tem o acompanhamento necessário?
5. estado encarrega-se dos gastos relativamente à saúde do seu filho ou tem que pagar tudo?
6. Relativamente à sua casa, o estado deu-lhe algum apoio? Quais foram esses apoios?
7. Relativamente à escola, participa na educação do seu filho?
8. O que acha da escola que o seu filho frequenta?
9. E relativamente às professoras que o acompanham?
10. Quais os apoios que tem na escola relativamente a terapeutas, especialistas, etc.?
11. O seu filho frequenta alguma atividade extra- curricular? Qual?
12. Acha que existem falhas em relação à educação?
13. O que acha que deveria melhorar nesse campo?
14. Quais são as barreiras que sente que existem na escola do seu filho ou noutro campo?

²¹ Apesar de a mãe da Criança I. se encontrar em Inglaterra, a família é Portuguesa, então a entrevista foi realizada em Português.

Anexo 2 – Entrevista à Professora de Inglaterra

1. How many years have you been a teacher?
2. What training did you have?
3. How many years have you been in Special Education?
4. How many years have you been in this area?
5. How many students with special educational needs are in your classroom?
6. Do you have students with Cerebral Palsy?
7. What is the type and degree of Palsy?
8. Does the student in question have an Education Program?
9. Does the student attend regular school?
10. Who is responsible for the student? The teacher of special education or the teacher of regular education?
11. Do you think your classroom has the necessary materials for your students?
12. What could improve?
13. Do you feel that you have the necessary support, like teachers, therapists, etc.?
14. What are the lacks of support that you think that exist?

Anexo 3 – Entrevista à Professora de Educação Especial em Portugal

1. Há quantos anos é professora?
2. Que formação teve?
3. Há quantos anos é que está formada em Educação Especial?
4. Há quantos anos leciona nesta área?
5. Quantos alunos com Necessidades Educativas Especiais frequentam a sua sala?
6. Tem alunos com Paralisia Cerebral?
7. Qual o tipo e o grau de Paralisia?
8. O aluno em causa tem Programa Educativo?
9. O aluno frequenta o ensino regular?
10. Quem é o responsável pelo aluno? O professor de educação especial ou do ensino regular?
11. Acha que a sua sala de aula tem os materiais necessários para os seus alunos?
12. O que poderia melhorar?
13. Sente que tem o apoio necessário em relação a professores, terapeutas, etc?
14. Quais as faltas de apoio que acha que existem?