



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Relatório de Atividade Profissional  
apresentado à Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
**Ciências da Educação**, especialização em  
**Educação Especial**.

**Maria José Dias da Costa Gomes**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

MARÇO 2016



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Relatório de Atividade Profissional  
apresentado à Universidade Católica  
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em  
**Ciências da Educação**, especialização em  
**Educação Especial**.

**Maria José Dias da Costa Gomes**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Filomena Ermida  
Figueiredo Branco da Ponte**

expert PDF  
Trial

“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.”

(Antoine de Saint-Exupéry)

## **Agradecimentos:**

Este trabalho constituiu mais uma etapa pessoal e profissional, gostaria de agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, das mais variadas formas me apoiaram durante este Mestrado.

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Filomena Ponte, pelo apoio prestado, pela paciência nas horas mais difíceis, pela atenção e pelas palavras de otimismo.

Ao professor João Miguel que indiretamente, e graças ao seu profissionalismo, dedicação e entrega, me motivou a fazer esta formação.

À minha mãe, marido e filho pela compreensão, incentivo e carinho.

A todas as crianças que se cruzaram na minha vida e contribuíram para o meu enriquecimento pessoal.

A todos, muito obrigada!

## Índice Geral

Agradecimentos:-----	i
Índice Geral -----	ii
Índice de Abreviaturas -----	v
Resumo-----	vii
Introdução-----	1
<b>Capítulo I. Módulo concetual -----</b>	<b>3</b>
1.    A Educação Especial-----	3
1.1.    Perspetiva Histórica -----	3
1.1.1.    A Educação Especial em Portugal-----	4
1.2.    Da Integração à Inclusão-----	5
1.2.1.    Lei de Bases do Sistema Educativo Português – Lei nº 46/86 de 14 de Outubro -----	5
1.3.    Decreto-Lei 319 de 23 de Agosto de 1991 -----	7
1.4.    Declaração de Salamanca (Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais)-----	10
1.5.    Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro-----	12
1.6.    Portaria nº201-C/2015 de 10 de julho -----	16
<b>Capítulo II – Práticas Educativas -----</b>	<b>20</b>
1.    Momentos mais significativos na vida profissional -----	22
<b>Capítulo III – Paralisia Cerebral -----</b>	<b>34</b>
1.    CARACTERIZAÇÃO DA PARALISIA CEREBRAL-----	34
1.1.    Definição -----	34

2.	Etiologia	35
2.1.	Causas	35
2.2.	Evolução	36
2.3.	Classificação	37
2.4.	Possíveis problemas associados	39
2.5.	Diagnóstico	42
3.	O tratamento da paralisia cerebral	44
3.1.	A criança com Paralisia Cerebral e a escola	44
3.2.	Intervenção na área motora	46
3.3.	Terapia ocupacional	48
3.4.	Terapia da fala	49
3.5.	Medicação	50
<b>Capítulo IV – Estudo de caso</b>		<b>52</b>
1.	A criança com Paralisia Cerebral	52
2.	Inclusão da criança com Paralisia Cerebral	54
3.	Operacionalização da intervenção	57
3.1.	Descrição da Participante	57
3.2.	Fontes Documentais	57
<b>Capítulo IV – Intervenção Educativa</b>		<b>63</b>
1.	Transição para a vida pós – escolar	63
2.	Plano Individual de Transição (PIT)	66
3.	Educação funcional	72
4.	Programa de Intervenção:	74
5.	Conclusão	78

expert PDF  
Trial

## Índice de Abreviaturas

AEDNEE - Agência Europeia para o Desenvolvimento em Necessidades Educativas

Especiais

APCB – Associação de Paralisia Cerebral de Braga

CEI – Currículo Específico Individual

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

EE – Educação Especial

EVT – Educação Visual e Tecnológica

LBSE – Lei de Bases do Sistema Educativo

LBSEP – Lei de Bases do Sistema Educativo Português

NEE- Necessidades Educativas Especiais

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

PC – Paralisia Cerebral

PEI- Plano Educativo Individual

PIT – Plano Individual de Transição

TAC- Tomografia Computorizada

TBA - Toxina Botulínica tipo A

TVA – Transição para a Vida Ativa/Adulta

SADA – Serviço de Apoio às Dificuldades de Aprendizagem

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e  
Desenvolvimento Económico

expert PDF  
Trial

## Resumo

O presente relatório reporta-se à atividade profissional que desenvolvi nos últimos dez anos com crianças de necessidades educativas especiais. É essencialmente refletivo da minha prática profissional e tem como vista a obtenção de Grau de Mestre em Educação Especial.

Optamos por iniciar este relatório fazendo uma pequena abordagem às políticas educativas no âmbito da integração das crianças com necessidades educativas especiais e pretende ainda, realçar a importância do desenvolvimento de competências funcionais com vista a preparar os jovens para a vida pós-escolar.

Sendo o processo de transição para a vida ativa de crianças com necessidades educativas especiais um assunto atual e uma preocupação para educadores, pais e sociedade em geral, é fundamental desenvolver nestas crianças competência académicas, laborais, sociais e pessoais que lhes permita uma transição bem-sucedida.

**Palavras-chave:** Necessidades educativas especiais (NEE); inclusão; transição para a vida ativa

## Abstract

The present report reflects my professional activity developed in the last ten years with the children with special educational necessities. It is a reflection about my professional performance and its main point is to obtain the Degree of Master in Special Education.

At the beginning it is made a short approach to the educational policies related to the integration and inclusion of these children with special educational needs.

This approach, also intends to highlight the importance of the development of the functional skills in order to prepare the young people for life after school.

The transition process to active life of the children with special educational needs is a current issue and worry to the educators, parents and society, so it is fundamental to develop in these children social, academic, labor, and personal skills that permits to them a successful transition.

**Key-words:** Special educational needs; inclusion; transition to active life.

### **Introdução**

É socialmente aceite que as crianças com necessidades educativas especiais (NEE), nomeadamente as crianças com Paralisia Cerebral, devem ser inseridas nas turmas regulares. Para isso, é necessário facultar-lhes todos os meios, materiais e humanos, que lhes permita um pleno desenvolvimento das suas capacidades. A interação também beneficia as crianças sem deficiência, pois, segundo Nielsen (1999), ao tomar contacto com estas crianças, aprendem a perceber a complexidade e diversidade das características humanas compreendendo que a partilha de aspetos comuns e de necessidades excede as diferenças.

No entanto, a grande maioria dos docentes não está preparada para lidar com estas crianças, criando o sentimento de impotência perante as dificuldades que enfrentam. Isto leva a que não se invista da forma mais adequada no desenvolvimento global destas crianças.

Sendo a educação inclusiva aquela que oferece um ensino adequado às diferenças e às necessidades de cada aluno, ela não pode ser vista lateralmente ou isolada, mas sim como parte do nosso sistema de ensino. É fundamental que se invista numa formação adequada de professores, porque o processo de implementação de um modelo inclusivo é responsabilidades de todos.

Ao longo da minha vida profissional tenho-me mantida atualizada, no sentido de evoluir e promover o desenvolvimento da autonomia dos alunos. Assim consigo promover-lhes aprendizagens educativas, bem como, fomentar a inclusão dos alunos com NEE na sociedade.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

O presente estudo encontra-se estruturado em cinco capítulos.

O primeiro, diz respeito ao módulo conceitual, onde se faz referência às práticas educativas em educação especial.

No segundo capítulo, pretendo fazer uma pequena reflexão sobre as minhas experiências pedagógicas com estes alunos, enquanto professora de ensino regular sem especialização em educação especial. Nos capítulos que se seguem abordarei a problemática da Paralisia Cerebral, bem como, a necessidade do desenvolvimento de competências funcionais. Competências estas que permitam aos alunos, de acordo com as suas capacidades, fazer uma boa integração na comunidade após a conclusão da sua vida escolar.

A Paralisia Cerebral, enquanto temática desenvolvida neste trabalho, evoca uma realidade necessariamente específica no âmbito do estudo científico formal do desenvolvimento da criança. Ao longo deste trabalho procurarei ainda identificar as consequências que decorrem deste tipo de lesão, possíveis problemas associados, bem como, apontar diretrizes de atuação com uma criança portadora deste tipo de disfunção. Efetivamente, pretende-se que uma criança portadora de Paralisia Cerebral (amanhã adulto) beneficie de todos os mecanismos facilitadores e potenciadores das suas capacidades, de forma a fomentar o seu desenvolvimento e integra-la na vida ativa.

## Capítulo I. Módulo conceitual

### 1. A Educação Especial

#### 1.1. Perspetiva Histórica

As pessoas consideradas diferentes dos padrões da normalidade, sempre foram alvo de um tratamento especial. Se fizermos uma pequena análise histórica verificamos que as sociedades sempre procuraram arranjar diferentes formas e motivos para tratar/classificar essa diferença. Desde “possuidores do demónio” a “loucos” que eram internados em hospícios, passando pela de castigo do Divino pelas “transgressões morais” dos seus progenitores, a pessoa com deficiência foi, durante séculos, estigmatizada pela sociedade. A forma que a sociedade encarou e tratou a pessoas com deficiência esteve sempre interligada com fatores económicos, sociais e culturais de cada época.

Rafael Bautista no seu livro “Necessidades Educativas Especiais” (1997) divide a história da educação especial em três épocas distintas. A primeira, que pode ser considerada a pré-história da educação especial, é essencialmente asilar. A segunda, de cariz mais assistencial, apresentando já algumas preocupações educativas, defende que esta deverá decorrer em ambientes segregados. A terceira, a mais recente, tem na sua essência a preocupação com a integração dos deficientes com os seus iguais, apresentando uma nova abordagem do conceito e da prática da educação especial.

### **1.1.1. A Educação Especial em Portugal**

A divisão histórica e conceptual da educação especial em Portugal, proposta pelos peritos da OCDE em 1984, pode ser dividida em três fases. A primeira, que se situa na 2ª metade do século XIX, é época em que se criaram os primeiros asilos para cegos e surdos. Este tipo de instituições tinham pouco financiamento por parte do estado sendo a sua maioria privadas e com fundos próprios. A segunda fase, anos 60, é caracterizada por uma forte intervenção de natureza pública, liderada pelos Ministérios dos Assuntos Sociais. Este período caracteriza-se pela criação de Centros de Educação Especial e Centros de Observação, e também pela realização dos primeiros programas de formação de professores fora do âmbito do Ministério de Educação. Só na terceira fase, inícios dos anos 70, é que o Ministério da Educação abre o caminho para a integração escolar, criando as divisões do Ensino Especial e do Ensino Básico e Secundário.

Em 1975/76, com a implementação de equipas de Educação Especial, foi possível apoiar as crianças com deficiência - inicialmente com deficiência motora e sensoriais e mais tarde as com incapacidade intelectual. Porém estas equipas só foram legalmente reconhecidas em 1988 pelo despacho conjunto 36/SEAM/SERE/88 – Diário da República, II Série.

Uma outra iniciativa da Direção Geral do Ensino Básico e Secundário/Ministério da Educação, nos finais dos anos 70 foi a criação do SADA (Serviços de Apoio às Dificuldades de Aprendizagem). Estes serviços eram dirigidos para as dificuldades de aprendizagem. Sobressaiam, aqui, as primeiras tentativas de perspetivar a orientação

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

educativa junto dos professores da turma e de apoio à escola, não tanto no apoio direto ao aluno. Por outro lado, assumiam já uma perspetiva interdisciplinar integrando docentes e psicólogos.

### **1.2. Da Integração à Inclusão**

#### **1.2.1. Lei de Bases do Sistema Educativo Português – Lei nº 46/86 de 14 de Outubro**

O termo Necessidades Educativas Especiais (NEE), surge em 1986 com a promulgação da Lei de Bases do Sistema Educativo Português (LBSEP), Lei nº 46/86 de 14 de Outubro. A aprovação desta lei permitiu a consagração do direito à diferença, dar força a projetos e iniciativas múltiplas, ainda não estabilizadas num sistema coerente, mas todos eles fazendo assentar a escola em pressupostos de diversificação de oportunidades, inclusão de componentes e flexibilidade das estruturas.

Segundo a LBSEP, Lei nº 46/86:

“Artigo 17.º (Âmbito e objetivos da educação especial)

- (i) A educação especial visa a recuperação e integração socio-educativas dos indivíduos com necessidades educativas específicas devidas a deficiências físicas e mentais.

## Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir

(ii) A educação especial integra atividades dirigidas aos educandos e ações dirigidas às famílias, aos educadores e às comunidades.

(iii) No âmbito dos objetivos do sistema educativo, em geral, assumem relevo na educação especial:

- a) O desenvolvimento das potencialidades físicas e intelectuais;
- b) A ajuda na aquisição da estabilidade emocional;
- c) O desenvolvimento das possibilidades de comunicação;
- d) A redução das limitações provocadas pela deficiência;
- e) O apoio na inserção familiar, escolar e social de crianças e jovens deficientes;
- f) O desenvolvimento da independência a todos os níveis em que se possa processar;
- g) A preparação para uma adequada formação profissional e integração na vida ativa.”

Iniciou-se assim o processo de mudança no plano dos princípios, do modelo clínico de reabilitação para um modelo de inclusão educacional.

### **1.3. Decreto-Lei 319 de 23 de Agosto de 1991**

A evolução dos conceitos relacionados com a EE a nível mundial e as profundas transformações verificadas no sistema educativo português decorrentes da publicação da LBSE, as recomendações emanadas pelos organismos internacionais a que Portugal está vinculado, e a experiência acumulada levaram a considerar os diplomas vigentes ultrapassados e de alcance limitado. A 23 de agosto de 1991, foi publicado o Decreto-Lei 319/91, que aprova o regime de apoio a alunos com NEE que frequentam estabelecimentos dos ensinos básicos e secundário. Neste diploma defendem-se três direitos fundamentais para a integração de crianças portadoras de deficiência: o direito à educação, o direito à igualdade e o direito à participação na sociedade.

A publicação deste Decreto-Lei teve como objetivos, assegurar:

- (i) Adaptações das condições em que se processa o ensino-aprendizagem dos alunos com NEE, nomeadamente: equipamentos; adaptações materiais; adaptações curriculares; condições especiais de matrícula, frequência e avaliação; Adequações na organização de classes ou turmas; apoios pedagógicos acrescidos e Ensino Especial;

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

- (ii) Diversificação das medidas a aplicar a cada caso através dos Planos Educativos Individuais (PEI) e de Programas Educativos, procurando sempre que estas medidas sejam mais integradoras e menos restritivas;
- (iii) Participação dos pais no desenvolvimento do processo educativo;
- (iv) Responsabilização da escola e dos respetivos órgãos de Direção, Administração e Gestão pelo atendimento educativo dos alunos com NEE;
- (v) Utilização dos professores de Educação Especial como recurso da escola;
- (vi) “Escola para Todos” onde crianças com NEE devem ser educadas com crianças sem NEE.

A introdução destas práticas abriram perspectivas de normalização dos serviços, a educação especial deixa de estar centrada nos défices dos alunos e passou a ser encarada como um conjunto de recursos educativos que se colocam à disposição dos alunos, sempre que eles necessitem, tanto de forma temporária ou permanente. Importa aqui fazer uma referência à distinção entre NEE de caráter permanente e NEE de caráter temporário.

Correia (1997, p.49) reporta-nos que NEE permanentes são aquelas que “exigem adaptações generalizadas do currículo, adaptando-o às características do aluno. As adaptações mantêm-se durante grande parte, ou todo o percurso escolar do aluno”, por

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

outro lado, NEE temporárias são aquelas que “exigem modificação parcial do currículo escolar adaptando-o às características do aluno num determinado momento do seu desenvolvimento”. A publicação deste Decreto-Lei procurou dar resposta à integração dos alunos com NEE, decretou a substituição dos critérios médicos por critérios pedagógicos para a avaliação destes alunos, no entanto, não fazia ainda referência a medidas específicas para a transição para a vida pós-escolar, no entanto, permitiu e validou procedimentos para a transição para a vida ativa num primeiro momento e transição para a vida adulta, mais tarde.

### **1.4. Declaração de Salamanca (Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais)**

Em 1994 realizou-se em Salamanca, organizada pelo governo espanhol em cooperação com a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Desenvolvimento Económico (UNESCO), a Conferencia Mundial sobre NEE e onde se assinou uma Declaração de Princípios que previu que “as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares e a elas se devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades; as escolas regulares seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo para uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos (...)”.

Segundo Correia (2005, p.13) “A inclusão exige, assim, a reestruturação da escola e do currículo no sentido de permitir a todos os alunos, com as mais diversas capacidades, interesses, características e necessidades, 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 centrados no aluno em que a construção do ensino tenha por base as suas necessidades singulares”. Aclama-se assim, que as escolas terão de tornar-se inclusivas, isto é, capazes de receber no seu seio, atempada e utilmente, todas as crianças, independentemente das características que as diferenciam. Realça-se assim a importância das escolas inclusivas, o combate à

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

exclusão e o direito de igualdades de oportunidades. Neste contexto, pode-se concluir que a inclusão “ deve ser (...) um processo dinâmico que se proponha responder às necessidades de todos e de cada um dos alunos, promovendo-lhes uma educação apropriada que considere três níveis de desenvolvimento essenciais: acadêmico, socioemocional e pessoal”.

Relativamente à preparação para a vida adulta, a Declaração de Salamanca reconhece a necessidade de preparação dos jovens através de “programas específicos de transição” a realizar nos anos terminais da escolaridade tendo como um dos objetivos “o treino vocacional subsequente que os prepare para funcionar, (...) como membros independentes e ativos das respetivas comunidades.” (UNESCO, 1994, p.34)

Para que a preparação para a vida adulta consiga ser uma realidade, a declaração de Salamanca refere a necessidade de empenho por parte “de consultores vocacionais, agências de colocação, sindicatos, autoridades locais e dos vários serviços e organizações competentes.” (UNESCO, 1994, p.34)

### **1.5. Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro**

Em seguimento das ideias preconizadas pela Declaração de Salamanca, surge a 7 de janeiro de 2008, a publicação do Decreto-Lei nº3/2008. Este decreto tem como propósito “ (...) promover a igualdade de oportunidades, valorizar a educação e promover a melhoria da qualidade do ensino. Um aspeto determinante dessa qualidade é a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens.

Nessa medida importa planear um sistema de educação flexível, pautado por uma política global integrada, que permita responder à diversidade de características e necessidades de todos os alunos que implicam a inclusão das crianças e jovens com necessidades educativas especiais no quadro de uma política de qualidade orientada para o sucesso educativo de todos os alunos.”

O Decreto-Lei 3/2008:

- (i) Evolui-se do conceito de ambiente menos restritivo possível, para o conceito de educação num “ambiente mais apropriado possível”. O problema admissão e de educação socialmente privilegiada, que é dada pela escola, está ultrapassado, surge agora a necessidade de definir estratégias, medidas de promoção de sucesso dos alunos.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

- (ii) Apenas os que apresentam “limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios da vida, decorrente de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social são considerados alunos NEE” (Decreto-Lei 3/2008). Somente as crianças com NEE de carácter permanente passam a usufruir de medidas educativas, limitando-as às alterações funcionais e estruturais nas áreas: sensoriais, da comunicação/linguagem, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social.
- (iii) A referenciação deve ocorrer o mais precocemente possível, podendo a mesma partir da iniciativa de pais/encarregados de educação, serviços de intervenção precoce, docentes ou outros técnicos e serviços que intervêm com a criança ou jovem.
- (iv) A avaliação deverá ser realizada pelo departamento de educação especial, serviços de psicologia, médico de família ou pediatra e encarregados de educação. Após o processo de avaliação deverá ser elaborado o relatório técnico-pedagógico obtido por referência a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CIF). Será o perfil de funcionalidade que servirá de base para a elaboração do PEI.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

- (v) Refere como medidas educativas: apoio pedagógico personalizado; adequações curriculares individuais ou, em casos mais complexos currículo específico individual (CEI); adequações no processo de matrícula; adequações no processo de avaliação; tecnologias de apoio.
- (vi) Determina que a escola deve complementar o PEI com a implementação de um plano individual de transição (PIT) ao aluno que apresente necessidades educativas especiais de carácter permanente que o impeçam de adquirir as aprendizagens e competências definidas no currículo. Este novo plano deverá ser iniciado três anos antes da idade limite da escolaridade obrigatória e tem por objetivo preparar o jovem para a vida pós-escolar.
- (vii) Refere ainda a criação de escolas de referência para a educação bilíngue de alunos surdos e escolas de referência para a educação de alunos cegos e com baixa visão; de unidades de ensino estruturado para os casos de alunos com perturbações do espectro do autismo e unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdocegueira congénita.

Cada vez mais, existe a consciência que todas as crianças, independentemente das suas especificidades, devem frequentar a escola regular. Uma escola inclusiva pressupõe “individualização e personalização” das estratégias educativas o que implica a adequação de práticas educativas e mudança de atitudes dos intervenientes no processo educativo.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

“O princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprendam juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentam. Estas escolas devem 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, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respetivas comunidades. É preciso, portanto, um conjunto de apoios e de serviços para satisfazer o conjunto de necessidades especiais dentro da escola” (Declaração de Salamanca – Enquadramento da Ação na área das Necessidades Educativas Especiais, 7º. UNESCO, 1994).

**1.6. Portaria nº201-C/2015 de 10 de julho**

- (i) Surge em consequência do alargamento da escolaridade obrigatória para os doze anos e como o objetivo de regular o ensino de alunos com 15 ou mais anos de idade, com Currículo Específico Individual em processo de transição para a vida pós-escolar.
- (ii) Realça a importância da necessidade de adaptar o ensino para estes alunos e o de atualizar o reordenamento de recursos, a sua formação e articular a escola com a comunidade (autarquias, serviços, instituições, centros de recursos à inclusão e empresas).
- (iii) Para garantir o direito universal ao apoio na transição eficaz para a vida ativa, a Escola deve ajudar os alunos com NEE de caráter permanente a tomarem-se economicamente ativos, proporcionar-lhes uma formação nas áreas que correspondem às expectativas e às exigências sociais proporcionando-lhes situações reais de trabalho, fora da escola. Para tal, o currículo destes alunos devem incluir programas específicos de treino vocacional que os prepare para serem membros ativos e independentes.
- (iv) Recomenda a integração dos alunos abrangidos pela presente portaria em turmas que melhor se adequa às suas necessidades e capacidades e define os

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

conteúdos do Currículo Específico Individual (componentes do currículo e respetivos objetivos; planos de ensino, tanto nos momentos em que integram a turma como em pequenos grupos; contexto natural de vida; suportes a mobilizar e plano de avaliação da aprendizagem).

(v) Define uma matriz curricular orientadora, mas mantém em aberto a possibilidade de se procederem a adaptações, devidamente fundamentadas.

(vi) Dá autonomia à escola para definir os tempos de cada componente da matriz curricular orientadora, mas salienta que a carga horária do aluno CEI não poderá ser inferior à prevista pela escola para o nível de ensino que o aluno frequenta.

(vii) Recomenda que o PIT para a vida pós-escolar seja orientado pelo princípio da inclusão, da individualização, da funcionalidade, da transitoriedade, da flexibilidade, da universalidade e da autodeterminação do direito à educação. No caso dos jovens cujas capacidades lhes limitam o exercício de uma atividade profissional, o PIT deve focalizar-se na identificação de atividades ocupacionais adequadas aos seus interesses e capacidades.

(viii) Define os objetivos do PIT: continuar o aperfeiçoamento nas áreas académicas ministradas, preferencialmente com as atividades de treino laboral; continuar o desenvolvimento das atividades recreativas, desportivas, culturais, cívicas e de desenvolvimento pessoal e social; ampliar as atividades de treino labora, quer no

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

tempo, quer na complexidade de competências, quer ao nível da autonomia; introduzir conteúdos funcionais apropriados à idade e essenciais para a vida pós-escolar.

- (ix) Promete ainda, o desenvolvimento progressivo, de um programa de formação para os docentes que melhor se adequem ao desenvolvimento das atividades a promover no PIT.

Após a conclusão da escolaridade obrigatória o aluno, para efeitos de admissão no mercado de trabalho, obtém uma certificação que atesta os conhecimentos, capacidades e competências adquiridas. Esta certificação deve ainda, identificar a área de formação laboral, local e período de duração do estágio/estágios, bem como as competências sociais e laborais adquiridas.

A Transição para a Vida Ativa (TVA) não deverá ser encarada como uma fase estanque, mas sim, como um processo contínuo do desenvolvimento do aluno, o que significa que, ao longo de todo o seu percurso escolar devem ser desenvolvidas atividades de promoção da autonomia e várias competências pessoais e sociais.

Atualmente há uma preocupação generalizada com a qualidade de vidas das pessoas com necessidades educativas especiais, mas é fundamental que essas preocupações seja mais ativas e menos empíricas. É primordial que ao longo de todo o seu percurso escolar se preparem estes jovens para uma vida com qualidade. Independentemente de o aluno apresentar, ou não, capacidades para ingressar no mundo

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

de trabalho, todos os jovens têm que obrigatoriamente ingressar numa vida após a vida académica.

expert PDF  
Trial

### **Capítulo II – Práticas Educativas**

Educar é estimular, desenvolver e orientar aptidões; é aperfeiçoar e desenvolver as faculdades físicas/intelectuais e morais; é socializar, é transmitir hábitos que permitam à criança a viver em sociedade. Educar é ensinar, é instruir é transmissão de conhecimentos. Educar é a ação de promover a educação.

No âmbito da educação especial, as práticas educativas devem ser dirigidas a todos os alunos com vista ao enraizamento de competências essenciais para promoção da inclusão educativa e social das crianças com necessidades educativas especiais.

A preparação e a organização das atividades letivas têm de obedecer a critérios de qualidade pedagógica, adequação, diferenciação, inovação e avaliação, recorrendo das abordagens multidisciplinares para que o desenvolvimento do ensino e da aprendizagem seja um processo dinâmico.

A diferenciação pedagógica é um dos maiores desafios que o docente enfrenta dentro de uma turma, pois os alunos não têm todas as mesmas capacidades e têm ritmos diferentes de trabalho. Para De Corte a diferenciação é “o conjunto de medidas didáticas que visam adaptar o processo de ensino aprendizagem às diferenças importantes inter e intra-individuais dos alunos, a fim de permitir a cada aluno atingir o seu máximo na realização dos objectivos didáticos” (De Corte, 1990). Les Fondements de l’Action Didactique. Bruxelas: De Boek, p. 280). Segundo Visser (1933) citado por Grave, Resende e Soares, J. (2002) “entende-se a diferenciação como o processo segundo a qual os professores se defrontam com a necessidade de fazerem progredir no

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

currículo, uma criança em situação de grupo, através de selecção apropriada de métodos de ensino e de estratégias de aprendizagem e de estudo”.

Diferenciar é correr riscos, é não ter a certeza que se chega a resultados visíveis, mas acreditar que com esforço se consegue vencer barreiras e atingir objetivos.

Diferenciar e diversificação não tem o mesmo significado. A diferenciação decorre da necessidade de adequar o ensino às características cognitivas dos alunos e às suas necessidades específicas, diversificação implica variar as atividades a realizar. O professor pode introduzir, numa mesma atividade, níveis de dificuldades diferentes, que permitam desenvolver competências diferentes ou diferentes saberes ou propor diferentes atividades para diferentes alunos.

A prática educativa é caracterizada por uma função social em que nós, educadores, somos os principais agentes do processo educativo. Para proporcionar uma educação de qualidade não nós podemos limitar aos conhecimentos da formação inicial, temos a obrigação de os atualizar e enriquecer, com o intuito de melhorar as nossas práticas pedagógicas. Só as boas práticas pedagógicas permitem ao aluno um melhor desenvolvimento de competências e consequentemente um maior sucesso escolar.

A dinâmica de trabalho deve ser perspectivada tendo em conta o sucesso do grupo as suas particularidades. As estratégias devem ser adequadas às especificidades, interesses e motivações de cada aluno e as planificações rigorosas e orientadas numa perspectiva transdisciplinar.

### 1. Momentos mais significativos na vida profissional

Iniciei a minha atividade profissional nos anos 80, mais concretamente no ano de 1987, numa escola pública numa zona transmontana. Um meio pequeno, onde a palavra “deficiência” ainda era tabu. Era ainda extremamente difícil fazer a integração de crianças com necessidades educativas especiais na escola regular, pois os pais tinham dificuldades em aceitar que os seus educandos eram crianças diferentes e muitas das vezes não possuíam conhecimentos suficientes para saber como lidar com estas situações.

As crianças com problemas de aprendizagem, défice de atenção, dislexia e outro tipo de patologias era consideradas, pela população em geral, com crianças que “não davam para a escola” pelos colegas, eram apelidados de “burros” e muitas vezes vítimas de *bullying*. No caso de crianças com multideficiência ou outro tipo de limitação física eram os “aleijadinhos” que, dependendo do grau de deficiência, muitas vezes eram “enjaulados” e “escondidos” em casa.

Durante vários anos, trabalhei nesta zona, primeiros anos numa escola pública, mais tarde numa escola particular e cooperativa, onde a integração das crianças com necessidades educativas especiais não existia. Quando sai do ensino particular, decorria o ano 2005, deparei-me pela primeira vez com crianças integradas na educação especial.

No primeiro ano, as coisas decorreram com normalidade. Sou da área da expressão plástica, área que por norma cativa as crianças e apenas me deparei com alunos com dificuldades ao nível cognitivo, conseqüentemente as estratégias normalmente utilizadas foram suficientes para ultrapassar barreiras.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

No ano letivo 2006/2007 deparei-me com uma realidade diferente, pela primeira vez tinha nas turmas que me foram atribuídas, alunos CEI/currículo alternativo. Além de alunos com dificuldades de aprendizagem e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, tinha também um aluno com Síndrome de Asperger e uma aluna com Trissomia 21.

A minha primeira preocupação foi a de procura de informações sobre estes casos para definir estratégias que melhor se adequassem a estes alunos. Relativamente ao Síndrome de Asperger, não senti grandes dificuldades na adaptação. Apesar se revelar algum déficit de motricidade fina, era uma criança que se conseguia motivar com alguma facilidade para a expressão plástica. Em muitas das tarefas que lhe eram propostas o aluno divagava pelo seu próprio mundo, e por vezes recusava desenvolver a tarefa tal e qual era solicitada, mas acabava por desenvolver competências compatíveis com as do seu grau de ensino. Recordo uma situação muito caricata. A proposta de trabalho era a de estudo da proporção do rosto. Como trabalho de casa os alunos tinham que recolher, em revistas, imagens de um rosto e recortar os elementos que o compõem, nomeadamente, olhos, nariz, boca e orelhas. O aluno cumpriu, em parte, as suas tarefas, mas as imagens eram pequenas. Tentei convence-lo a aceitar outras imagens, mais adequadas ao tipo de trabalho que se queria desenvolver, mas ele recusou dizendo que era “chato” desenhar olhos, narizes, bocas e orelhas. Dividiu a folha em quatro partes, como os restantes alunos da turma, colou as imagens que tinha trazido de casa, e começou a desenhar. Colava um rosto/elemento do rosto e desenhava o resto do corpo, o que de certa forma lhe permitia desenvolver algumas das competências previstas. A

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

dada altura, a colega de carteira chamou-me para informar que o aluno estava a desenhar uma mulher nua. Quando cheguei ao lugar verifiquei que cada um dos retângulos estava identificado como se fosse um canal de TV, que por norma exibiam filmes, e em cada um deles estava representava uma cena de um filme, possivelmente imaginado por ele. A senhora estava nua porque tinha sido assaltada e gritava por socorro, o super-homem vinha socorre-la!

Trabalhei durante três anos letivos com este aluno, o primeiro ano em contexto de sala de aula, nos dois anos seguintes, em oficina de artes. A evolução ao nível das relações interpessoais foi notória. Inicialmente, este aluno recusava ser corrigido, gritando se lhe apagasse ou corrigissem algo, negava o envolvimento em algumas tarefas, e gritava quando se registava na grelha de comportamentos, no final de cada aula, alguma atitude menos correta. Gradualmente foi aceitando correções nas atividades da aula, ajustando o seu comportamento e aceitando que o professor registasse atitudes menos corretas (gritou na aula, recusou fazer a tarefa, tentou mutilar-se...).

No último ano em que trabalhei com ele, sempre que recusava fazer uma tarefa, na aula seguinte ele era o primeiro a reconhecer o erro, começava a “falar consigo” dizendo “na aula passada portaste-te mal e não obedeste à professora”. Ainda que por escasso segundos, já se conseguia estabelecer contacto visual com o aluno, e quando se faziam registos fotográficos conseguia-se que olhasse para a fotografia.

Era uma criança que gostava de rotinas mas também gostava de regras. Recordo-me ainda de uma ida de comboio para ir ver a peça “O Príncipezinho” de Filipe La

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Féria. No regresso os bancos reservados não eram os mesmos. Ele colocou-se de pé, junto do banco em que tinha ido pois o lugar estava ocupado por outra pessoa. Os bancos reservados começavam um pouco mais à frente, três/quatro bancos mas o aluno não os aceitava. Quando o senhor se apercebeu da situação tentou ceder-lhe o lugar mas foi-lhe esclarecido que não era necessário uma vez que havia outros lugares e o aluno tinha a obrigação de estar junto dos colegas. Evidentemente ficou chateado, mas sentou-se num dos bancos reservados sem gritar.

Apesar de o Síndrome de Asperger ser um novo desafio, foi sem dúvida a aluna com trissomia 21 que mais me criou barreiras e lançou novos estímulos. A aluna tinha “pavor” a lápis, pincéis e tintas, não gostava de se sujar e todas as tarefas que lhe eram propostas simplesmente as recusava. Entrava na sala de aula, escondia-se debaixo da mesa e só após alguma insistência, se sentava na carteira e pegava num caderno onde fazia grafismos ondulados. Não sabia escrever, apenas o nome em letras maiúsculas e nem sempre com as letras pela ordem ou posição correta. Com muita insistência da minha parte ou da colega que lecionava a disciplina de EVT comigo, por vezes conseguia-mos pô-la a pintar um desenho, mas só se a imagem fosse uma personagem da Disney do seu agrado. Devo dizer que entrei em pânico! A sensação de impotência era aterradora. Não conseguia aceitar que “integração” fosse apenas aluna estar no mesmo espaço físico que os restantes elementos da turma e pintar desenhos. Assim, o próximo passo foi procurar ajuda, através do professor de educação especial e fazer uma ação de formação na área.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

A evolução com esta aluna não foi tão notória mas foi igualmente gratificante, tornando-se numa experiência enriquecedora. A ação de formação foi “Elaboração de Materiais para Crianças com Necessidades Educativas Especiais” e evidentemente que os materiais desenvolvidos foram todos elaborados com o intuito de motivar essencialmente esta aluna. Consegui trabalhar com ela algumas competências, nomeadamente a lateralidade, a representação espacial, as cores, as figuras geométricas e relacionar as figuras geométricas com o meio envolvente. Consegui que a aluna manipulasse com colas, tintas, gesso e pasta de papel. Claro que inicialmente ia com a ponta dos dedos e tocava com medo. Olhava para as mãos e tentava limpar logo, mas com muita insistência e o incentivo da turma lá conseguíamos que ela desenvolvesse algumas das atividades planificadas.

Foi nesta escola, onde trabalhei durante três anos letivos, que nasceu a vontade em fazer a Especialização em Educação Especial, em parte por sugestão do colega da educação especial, mas também porque gostava do desafio de trabalhar com estas crianças.

No primeiro ano tinha apenas alunos NEE em contexto de turma, mas nos dois anos seguintes, trabalhei também com um grupo de três alunos, duas alunas com incapacidade intelectual e o aluno com Síndrome de Asperger, em Oficina de Artes.

Nunca em outra escola vi um trabalho tão envolvente e feito com tanta paixão. O colega tinha sempre como prioridade aqueles alunos. No final de cada ano letivo ele solicitava, em reunião de Conselho Pedagógico, professores para Musicoterapia, Oficina de Artes, Psicomotricidade, Expressão Dramática e Tarefas da Vida Diária. Todas as

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

oportunidades eram aproveitadas para desenvolver competências funcionais com os alunos. Um aluno fazia anos? Iam às compras, faziam um bolo, chá ou chocolate quente, punham a mesa de acordo com as regras e cantavam os parabéns. No final, lavavam a loiça, e se o tempo o permitisse, até lavavam a toalha para depois passavam a ferro.

Os alunos, uma vez por semana, frequentavam às aulas de Matemática e de Português, para interagir com a turma, mas o professor acompanhava-os.

Sempre que havia uma atividade que eu desenvolvia com o meu grupo de trabalho e ele considerasse que era importante para outros alunos que não frequentavam a Oficina, pedia-me para lhe ensinar para poder trabalhar com eles.

Faziam o Postal de Natal e escreviam a carta ao Pai Natal, de seguida iam-mos aos correios levar o postal. Durante esse percurso eu via o professor a dar-lhes autonomia para atravessar a estrada, interagia com eles fazendo perguntas sobre segurança rodoviária e sobre o meio envolvente.

A preocupação com a transição para a vida pós-escolar estava sempre presente e era evidente para todos aqueles que trabalhavam com estes alunos. Os alunos que frequentavam o 3º ciclo desenvolviam atividades de treino laboral em restaurantes, floristas, supermercados e infantários. Havia o caso de uma das alunas cujo restaurante pertencia aos pais, o professor tinha o cuidado de, sem aviso prévio, aparecer para almoçar e verificar se de facto a aluna cumpria o Plano Individual de Transição (PIT) ou se os pais a continuavam a sua superproteção.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Nos anos que se seguiram, em outras escolas, continuei a trabalhar com alunos de NEE, quer em contexto de turma, quer em oficina de artes e essencialmente com alunos do 3º Ciclo. No entanto, não me apercebi em nenhuma das escolas por onde passei da implementação de um PIT. Numa dessas escolas, último ano em que a escolaridade obrigatória era de nove anos, trabalhava com dois grupos de alunos em oficina, um aluno do 7º ano, três alunos do 8º ano e dois o 9º ano. Uma das alunas do 9º ano revelava-se preocupada com o seu futuro, dizendo que não se via “a ficar sentada num sofá a ver novelas o dia todo”. Procurei a possibilidade de integra-la numa escola profissional (curso de cabeleireira), mas para além das questões monetárias havia a limitação do currículo académico. Esta aluna acabou por fazer um estágio num dos infantários do agrupamento.

Trabalhei, no ano letivo 2012/2013, com uma aluna surda. A aluna frequentava o 10º ano de um Curso Profissional e eu lecionava a disciplina de Geometria Descritiva. Apesar de ter sempre presente uma tradutora de Língua Gestual, preparava as minhas aulas tendo em atenção as características da aluna, recorrendo muito a imagens, animações/simulações dos exercícios e esquemas coloridos. Tive também a preocupação incentivar a autonomia da aluna, resumia os exercícios e apresentava os dados por tópicos e códigos, previamente acordados, para que ela os lesse. Se o texto dos exercícios fosse longo ela recusava a leitura acabava por ser necessário fazer a leitura em linguagem gestual.

No ano letivo transato trabalhei novamente em oficina de artes com alunos CEI. Inicialmente fiquei um pouco apreensiva porque o grupo que me foi atribuído era

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

grande e muito heterogéneo. Era composto por seis alunos, dois com Défice Cognitivo, duas Paralisias Cerebrais, uma Espinha Bífida e um com Perturbações do Espectro do Autismo associado a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, que apenas proferia meia dúzia de palavras.

Tinha-os duas vezes por semana, em grupos de cinco, algo que me desagradava e que cheguei a questionar, pois considero que para desenvolver um bom trabalho os grupos deve ter três ou quatro alunos no máximo. No entanto, apesar de continuar a lamentar esta situação pois tenho a consciência que haviam lá alunos que conseguiriam desenvolver mais competências, vi algo de positivo com esta situação.

O aluno altista, que era muito impulsivo e agitado, com o decorrer das aulas acabou por aprender a cruzar os braços e aguardar a disponibilidade para o ajudar. Claro que esta calma tinha limites, quando se demorava um pouco mais, ele acabava por fazer algo de errado, pintava o que não devia, rasgava, corta ou amarrotava o trabalho ou o que estivesse ao seu alcance.

Um dos alunos tinha Paralisia Cerebral, com Tetraplegia Espástica. A criança tinha poucos estímulos fora do contexto escolar, e regressava, mais uma vez, de uma intervenção cirúrgica, razão pela qual a sua mão esquerda se encontravam quase imobilizadas estando a direita completamente inativa. O simples pegar no lápis era algo que o aluno tinha dificuldades e só por escassos minutos o conseguia segurar, utilizando a mão esquerda. Tal como já referi, só conseguia fazer alguns movimentos, muito limitados, com a mão esquerda, mas gradualmente foi conseguindo utilizar também a

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

mão direita. No final do ano, recorrendo da ajuda da mão esquerda, já colocava a mão direita em cima da mesa para tentar segurar os trabalhos.

Com este aluno foi possível obter resultados promissores, tais como a realização da simples atividades de segurar um lápis e rascunhar papel, rasgar (com ajuda) e amarrotar, pintar com esponja e com pincel. Participou em todas as atividades, tal como os restantes colegas de grupo. Se os colegas pintavam uma base de tabuleiro de jogos, ele rascunhava o papel com duas cores diferentes, no final com ajuda da professora, o papel era recortado em tiras e feita a tecelagem/montagem do tabuleiro. Se os colegas coziavam com uma agulha, o aluno também o fazia. Utilizava uma agulha grossa sem ponta, ele indicava, com a ponta da agulha, em qual dos buracos se introduzia, e introduzia-a puxava um pouco e colocava novamente a agulha de forma que o aluno a conseguisse agarrar e puxar.

Foi minha preocupação desde o início que todos os alunos, independentemente das suas limitações, desenvolvessem tarefas que lhes permitisse fortalecer a autoestima e a autoconfiança. A intervenção com o grupo permitiu desenvolver criatividade, a autoexpressão, a concentração e o raciocínio colaborando na construção das habilidades cognitivas e motoras.

Com o decorrer do ano letivo, sempre que apresentava uma nova atividade a preocupação de alguns dos elementos do grupo era questionar se o aluno com Tetraplegia Espástica também a iria realizar. Tal como eu me apercebia da felicidade que o aluno sentia por “conseguir” fazer o mesmo que os restantes colegas, também os colegas valorizavam esta questão e estavam disponíveis para colaborar.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Por norma, quando não podia interromper a ajuda que estava a prestar, era um dos colegas que identificava os trabalhos dele. Um dia em que uma das alunas que se conseguia movimentar estava a faltar esse aluno não estava “com vontade” em se levantar e ir identificar o trabalho, foi o aluno altista que tomou a iniciativa de o fazer. Como também ele tinha dificuldades na escrita, foi ao armário, pegou no caderno do colega e dirigiu-se ao aluno que estava em cadeira de rodas. Abriu o caderno para copiar o nome, pegou na mão do colega, tal como via fazer a professora, e ajudou-o a identificar o trabalho antes de o por a secar.

No presente ano letivo trabalho em contexto de sala de aula, com três alunos CEI (Síndrome de Down, Paralisia Cerebral e Défice Cognitivo) e oito alunos com Adequações (Síndrome de Marfan, Síndrome de Asperger, Dislexia, Paralisia Cerebral, Dificuldades de Aprendizagem e Défice Cognitivo).

Numa das turmas, além dos três alunos NEE que frequentam a sala de aula estão ainda integrados três crianças que frequentam a Unidade de Apoio Especializado. Uma delas apresenta dificuldades graves no domínio da Multideficiência, com diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 1; Epilepsia e Doença de Rett. Outra das alunas apresenta atraso no desenvolvimento psicomotor, micro cefaleia e problemas metabólicos. O outro aluno, é portador de Paralisia Cerebral, com quadro de Tetraplegia Espástica e tónus muscular frequentemente aumentado. Este aluno apresenta dificuldades graves no domínio da saúde física, emocional, cognitivo e motor, o que consubstancia um quadro de Multideficiência.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Com alguma regularidade, os restantes alunos da turma fazem uma interação com estes e outros alunos que se encontraram na Unidade. Mais para o final do ano letivo, quando se prevê que a meteorologia esteja mais estável, está a ser organizado um convívio no exterior onde seja possível estabelecer uma maior interação entre todos.

Devido ao facto das turmas terem um número elevado de alunos a escola optou por disponibilizar, em alguns casos, professores coadjuvantes para apoiar o professor da disciplina. Esta foi uma experiência nova para mim, mas reconheço que o facto de ter um colega, independentemente da sua área de formação, que nos possa apoiar na orientar do aluno com NEE é uma mais-valia.

Além das atividades que visavam a comemoração das atividades festivas e datas importantes, existem ainda outras atividades que eu desenvolvi com os meus alunos em Oficina de Artes/turmas que passo a referenciar:

- Referenciação, como diretora de turma, de dois alunos para a educação especial. Fiz parte da equipa transdisciplinar de avaliação e participei na elaboração dos PEIs

- Participação, na Casa das Artes de Famalicão, na Mostra de Teatro Escolar – com a elaboração do guarda-roupa (frutos em cartolina) e adereços para o uma peça de teatro sobre os frutos.

- Comemoração do dia da criança - organizando um *workshop* sobre papagaios de papel. Foi selecionada uma turma de 6º ano, onde estavam integradas duas alunas NEE e foram convidados mais dez alunos do ensino especial. No dia, os alunos previamente formados, incluindo as duas alunas NEE com a ajuda de outros colegas da

## Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir

turma, ensinaram os alunos convidados a montar o seu papagaio. No final houve um convívio com lançamento dos papagaios, música e lanche;

- Participação no “mostra o que sabes” – Concurso de talentos, com elaboração de elementos para decoração do espaço (vasos com flores de papel).

- Pintura de pneus para decoração do espaço exterior;

- Compostagem; Jardinagem

- Realização de jogos, objetos de decoração e arrumação recorrendo à reutilização e reciclagem de matérias.

- Visitas de estudo a Serralves, Centros Comunitários, Jardins de Infância.

- Realização de trabalhos para venda: decoração de caixas e sabonetes, pinturas em tecido, latas e pratos, para comprar jogos e materiais didáticos.

- Execução de pequenos trabalhos de *tricot*; ponto de cruz e costura.

## **Capítulo III – Paralisia Cerebral**

### **1. CARACTERIZAÇÃO DA PARALISIA CEREBRAL**

#### **1.1. Definição**

O termo Paralisia Cerebral designa um conjunto de afeções que se caracterizam por uma disfunção motora, originada pela ocorrência de uma lesão encefálica não progressiva, acontecida antes, durante, ou pouco depois do parto.

Este termo é uma expressão criada por Little (1861), médico ortopedista que se referia à paralisia (ausência de movimentos) que ele diagnosticava nos membros.

Muitas definições sobre o termo Paralisia Cerebral ou mais corretamente Encefalopatia Crónica da Infância, têm sido dadas por diversos autores, contudo todos denotam características fundamentais para o entendimento desta disfunção.

Cahuzac (s.d. cit. por Bautista, 1997, pág.293), define Paralisia Cerebral como: “Desordem permanente e não imutável da postura e do movimento, devido a uma disfunção do cérebro antes do seu crescimento e desenvolvimento estejam completos.”

Para Levitt (1982, pág.15), “Paralisia Cerebral é o nome que se utiliza em forma habitual para um grupo de afeções caracterizadas por uma disfunção motora devido a um dano encefálico não progressivo ocorrido prematuramente na vida”.

Para Faias (2005, pág.3), a definição mais recente desta patologia é: “uma alteração persistente, mas não inalterável, do movimento e da postura devido a uma alteração não progressiva do cérebro imaturo (antes dos 2 anos de idade).”

### **2. Etiologia**

#### **2.1. Causas**

É importante conhecer as causas que originam esta lesão porque nos permitir-nos-á atuar precocemente sobre as sequelas e permitir-nos-á estabelecer uma profilaxia correta por forma a prevenir a etiologia das lesões cerebrais.

As causas da Paralisia Cerebral podem ser muito variadas.

Esta patologia não surge, geralmente, devido a qualquer deficiência nos pais ou doença hereditária. É uma lesão que ocorre, geralmente, antes do nascimento, na altura do parto, ou após este e é responsável pela deficiência.

#### Etiologia Pré-Natal:

Infeções intrauterinas, especialmente virais tais como a rubéola; a zona causada pelo vírus da varicela ou uma simples gripe nos primeiros dias de gestação; intoxicações (toma drogas ou medicação sem prescrição médica), exposição a radiações e as toxemias; desenvolvimento anormal do cérebro, hemorragia intracraniana.

#### Etiologia Perinatal:

Prematuridade associada a hemorragia interventricular, hipoxia. (baixo teor de oxigénio nos tecidos orgânicos) ou anoxia (falta de oxigenação no cérebro), traumatismos mecânicos de parto e a placenta prévia (a placenta implanta-se na parte inferior do útero cobrindo total ou parcialmente o colo).

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

### Etiologia Pós-Natal:

Incompatibilidade sanguínea feto materna causadora de icterícia neonatal excessiva, traumatismos cranianos (devido a fraturas, quedas, síndrome do bebê sacudido), encefalites, meningite, anoxia cerebral (quase afogamento), ingestão de substâncias tóxicas (por ex. chumbo) e problemas metabólicos.

### **2.2. Evolução**

A Paralisia Cerebral é uma “doença” que vai afetar o desenvolvimento da criança. À luz do conhecimento científico atual, o tecido nervoso não tem capacidade de regeneração o que implica que a lesão cerebral não tem cura.

Contudo, devido à plasticidade do cérebro, as restantes células podem ser estimuladas a funcionar o mais adequadamente possível, de modo a compensar o não funcionamento das células lesadas, desenvolvendo assim as potencialidades da criança.

Sendo a PC uma doença não evolutiva, evolutiva pretende-se que a criança (no futuro adulto) consiga desenvolver ao máximo as suas potencialidades.

Para o desenvolvimento da criança é fundamental que seja estabelecimento um programa de reabilitação adequado, articulando o trabalho dos técnicos (médicos, terapeutas, educadores, professores, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) e a colaboração dos pais.

### 2.3. Classificação

As características da PC são definidas de acordo com as classificações que definem os seus tipos.

Para essa classificação considera-se o tipo de envolvimento neuromuscular, os membros atingidos por este comprometimento e o grau de comprometimento motor.

A classificação clínica atribuída aos tipos de Paralisia Cerebral varia, nomeadamente: espástico, atetósico, atáxico e hipotónico.

#### Características da criança espástica:

“A espasticidade indica-nos a existência de lesão no sistema piramidal.” (Juan L. G. Munoz, 1993)

A criança espástica apresenta um tónus muscular que é predominantemente alto, associado à hipertonia, corresponde a um aumento da resistência ao movimento passivo das articulações. Manifesta-se na rigidez, incapacidade de relaxamento e exagerada contração dos músculos. A movimentação é restrita em amplitude e é feita com grande esforço. Lesão no córtex motor.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

### Características da criança atetóide:

“A atetose é uma perturbação caracterizada pela presença de movimentos irregulares. Contínuos, lentos e involuntários.” (Juan L. G. Munoz, 1993)

A criança atetóide apresenta sempre um tónus muscular instável e flutuante. Aparecem movimentos involuntários e incoordenados que dificulta a atividade voluntária. São características as trocas bruscas de tónus muscular, passando de um tónus diminuído ou normal à hipertonia ou vice-versa. Danos nos gânglios basais do cérebro.

### Características da criança atáxica:

Caracteriza-se por transtornos de equilíbrio, com mau controlo da cabeça, do tronco e da raiz dos membros, dificuldade em manter os membros firmes, hipotonia muscular e falta de coordenação em atividades musculares voluntárias; provocado por danos no cerebelo.

### Características da criança hipotónica:

A criança hipotónica apresenta o tónus muscular anormalmente baixo, verificando-se na diminuição da resistência ao movimento passivo de uma articulação; danos cerebrais graves ou malformações.

Dentro desta caracterização a Paralisia Cerebral pode ser mista.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Tendo em conta os membros atingidos pelo comprometimento neuromuscular podemos ter:

- Hemiplegia: paralisia do lado direito ou esquerdo do corpo, envolvendo os membros superiores ou inferiores do lado afetado.

- Diplegia: envolve mais os membros inferiores que os superiores.

- Tetraplegia: envolvimento dos quatro membros, contudo, os músculos do tronco e da boca também podem estar afetados.

Já de acordo com o grau de incapacidade podemos ter: leve, moderado e severo.

### **2.4. Possíveis problemas associados**

Na Paralisia Cerebral, como já foi mencionado, a parte danificada do cérebro, relaciona-se com o movimento, porém podem existir outras áreas danificadas, associadas a outras funções. Embora muitas crianças com Paralisia Cerebral não apresentem problemas associados, é importante mencioná-los:

#### Epilepsias

Cerca de metade das crianças com Paralisia Cerebral têm epilepsia. Pode ser uma forma ligeira de epilepsia, em que a criança tem experiências temporárias de perda de consciência ou na forma severa, em que todo o corpo entra em convulsão seguida de perda de consciência por minutos.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

### Danos Visuais

A visão pode ser afetada no sentido do seu cérebro não conseguir perceber o que os olhos vêem. Muitas crianças com PC podem ter estrabismo e uma minoria ser cega. Nestas existe uma lesão nos nervos que vão dos olhos até a parte do cérebro que interpreta os sinais provenientes do globo ocular, causando a cegueira, o que não é muito comum.

### Danos Auditivos

Podem ter danos nos nervos auditivos e nas partes do cérebro que interpretam os sinais sonoros. A audição pode também ser afetada na medida em que a criança cuja cabeça está constantemente em movimento, pode ter dificuldade em localizar ou prestar atenção aos sons.

### Capacidade Intelectual

A capacidade intelectual da criança pode ser afetada, tornando-a lenta na compreensão e na aprendizagem.

### Problemas na Fala e Linguagem

Nas crianças com PC, muitas vezes, registam-se problemas de audição, de facto uma perda insignificante em decibéis na audiometria tonal, representa uma surdez maior do que numa sem lesão cerebral. A deteção e medição da surdez não é fácil. O diagnóstico precoce permite realizar uma estimulação auditiva que pode melhorar a

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

audição. São ainda frequentes as perturbações respiratórias, devido à descoordenação entre os movimentos do tórax e do diafragma. A fonação, exige um controlo excelente das contrações cinéticas e posturais dos músculos intervenientes e, em primeiro lugar, do diafragma. São, também muito frequentes, as disartrias na fala devido a uma respiração irregular, insuficiente e descoordenada, a uma descoordenação dos músculos da laringe, da língua, dos lábios, face e maxilares, à falta de coordenação entre respiração e articulação, e frequente deficiência do controlo auditivo e visual, problemas intelectuais e emocionais e problemas de lateralidade.

A aquisição da linguagem pode estar atrasada. Relativamente à linguagem expressiva, há alturas em que é difícil saber se se trata de uma perturbação motora que impede a fonação e a articulação, de uma afasia motora ou de uma inibição afetiva ou emocional. A criança pode ainda apresentar outros sintomas: a baba que dificulta a articulação, a deformação da cara e boca e as perturbações motoras corporais. Frequentemente a cabeça pende para a frente, para trás ou para os lados, dificultando a fala.

É necessário fazer exercícios de sucção, deglutição e mastigação para preparar a musculatura da fonatória.

Algumas crianças têm muita dificuldade em mover os músculos que controlam a formação do som, que por vezes têm uma linguagem interna bem estruturada e sabem exatamente o que querem dizer, mas não conseguem concretizar a fala.

“A falta de domínio manual e coordenação visual-motora, pode contribuir para a dificuldade na aprendizagem da leitura e escrita”. (Harris, 1961)

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

### Problemas Perceptivos

Este tipo de problemas pode levar a criança a tornar-se receosa ao movimento, Algumas têm dificuldades em processar as sensações dos seus músculos e articulações e dificuldades em localizar a posição dos membros em relação ao resto do corpo. Necessitam de compensar com a utilização da visão.

### **2.5. Diagnóstico**

Na maioria dos casos o diagnóstico está baseado na suspeita, especialmente se houve risco de ferimentos no cérebro do bebé antes, durante ou depois do nascimento.

Contudo, na maioria dos casos, apenas quando o médico deteta que o bebé não se está a desenvolver normalmente, é que se procura o diagnóstico. O diagnóstico é estabelecido por exclusão de outras causas que na verdade, podem ser mais sérias, como tumores ou doenças degenerativas. (Bax, 2000)

Por vezes, alguns bebés com dificuldades de aprendizagem, são lentos a aprender, a se movimentarem e a manter posturas, no entanto, nem sempre essas crianças têm Paralisia Cerebral, não ser, que também apresentem sinais de tónus postural anormal e reflexos que não desaparecem. (Bobath, 1969)

Nos países desenvolvidos já é possível fazer imediatamente análises de TAC ou Ressonância Magnética e ultrassons em bebés muito pequenos, o que permite ao médico, verificar se o cérebro foi afetado ou se existe um tumor que necessita ser removido cirurgicamente.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Contudo, nos países onde o equipamento mais sofisticado não está disponível, também é possível fazer o diagnóstico através da análise do desenvolvimento da criança e da sua forma de se mover. O problema está na necessidade de se realizar ao longo de vários meses e quando o diagnóstico for concluído, poderá tarde para intervir cirurgicamente. (Faias, 2001)

Devem ainda ser realizados exames ao sangue, que procurem componentes anormais ou cromossómicas com a informação da degeneração, pois, embora raramente, a Paralisia Cerebral pode ser hereditária.

Existem também a tomografia com emissão de pósitrons (PET-Scan) ou o electrocefalograma (EEG), métodos muito complexos baseados na procura de substâncias químicas específicas no cérebro.

### **3. O tratamento da paralisia cerebral**

No tratamento de uma criança com Paralisia Cerebral, temos que ter em conta, que cada criança necessita do seu próprio programa, uma vez, que cada criança é única e nenhuma é igual a outra. Neste sentido o tratamento deve ser o mais precoce possível, pois a criança responderá melhor ao tratamento. Este engloba diferentes aspetos: motricidade, terapia da fala, terapia ocupacional, défices sensoriais e utilização de próteses ou outros materiais ortopédicos. Este tratamento para poder ser aplicado necessita de uma equipa multidisciplinar que atue sobre todos os aspetos acima expostos. No entanto, nunca poderemos esquecer que o melhor tratamento de uma doença é a sua prevenção.

#### **3.1. A criança com Paralisia Cerebral e a escola**

Para ser possível a integração da criança na escola é necessária a realização de um estudo prévio sobre as características e necessidades da criança, com a finalidade de se elaborar um plano de intervenção adequado e proporcionar os recursos necessários para a sua implementação e seguimento.

Um dos aspetos a ter em conta na intervenção do aluno com PC é que podem encontrar-se alguns que possuem uma inteligência normal e outros que apresentam deficiência mental associada.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Nos casos de inteligência normal, é frequente o problema motor ser acompanhado de problemas de aprendizagem, devido ao absentismo escolar e à limitação de experiências adquiridas ao longo do seu desenvolvimento. É comum apresentar também problemas sensoriais e/ou perceptivos e perturbações da fala.

Antes de se iniciar o desenvolvimento de um programa de trabalho com o aluno é imperativo dispor de informação suficiente, recolhida junto de pais e outros profissionais, sobre os seguintes aspetos: história do parto, desenvolvimento da criança, intervenções cirúrgicas, nível de regressão funcional que possa ter havido, alimentação, saúde em geral, etc.

O diagnóstico será efetuado por uma equipa multidisciplinar sendo o estudo e a recolha de dados sobre a capacidade intelectual, a personalidade, o nível de comunicação, a capacidade motora e o desenvolvimento e aprendizagem do aluno, pertinentes para delinear a intervenção e o tratamento.

Depois de concluída esta avaliação, há que analisar e preparar a sua integração na sala de aula. Para que essa integração seja o mais bem-sucedida possível, há que considerar a idade, maturidade socioafetiva e nível de desenvolvimento e aprendizagem do aluno. Devem ainda estudar-se as adaptações requeridas de infraestruturas e o material didático.

É aconselhável o aluno participar no máximo de atividades escolares, sem descurar a continuidade de tratamentos específicos, nomeadamente, terapia da fala, fisioterapia e terapia ocupacional.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

É importante que se desenvolva um sentido de autonomia na criança, assim como um conhecimento e aceitação de si mesma. Assim, é importante que os pais e as pessoas responsáveis pela educação do aluno valorizem qualquer progresso alcançado na sua autonomia para que não desanime e não perca o entusiasmo pelas aprendizagens. O reforço positivo motivará o aluno para melhorar e intensificar a sua participação nas atividades.

Necessita de ser proporcionado ao aluno os conhecimentos culturais, académicos e sociais adequados às suas capacidades e devem estabelecer-se objetivos comuns aos restantes alunos da turma, em conta as suas particularidades.

O aluno com PC, através do fomento das suas relações interpessoais, deve ser capaz de conseguir uma inserção social. Para tal é necessário que a sociedade o aceite e sejam criadas as condições necessárias para que a sua inserção social se torne uma realidade. Desta forma devem ser suprimidas as barreiras arquitetónicas que dificultem o acesso e a movimentação do aluno dentro da escola e em casa, na rua, nos edifícios públicos, etc. fazendo as necessárias adaptações ao nível do transporte escolar, das rampas na escola, das casas de banho, do mobiliário, do material escolar, entre outras.

### **3.2. Intervenção na área motora**

Relativamente ao tratamento motor, este deve ser flexível e relacionar-se com o trabalho que a criança desenvolve na aula. Os pais deverão ser informados sobre o tratamento feito com o filho, para continuar a desenvolvê-lo em casa.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Embora existam mais, a verdade é que alguns autores apontam diferentes sistemas de tratamento da paralisia cerebral, nomeadamente, o método do movimento progressivo de Temple-Fay, facilitação neuromuscular propriocetiva de Kabat, o tratamento do desenvolvimento neurológico com inibição e facilitação dos reflexos (método Bobath), modelos de rastejar (método Vojta) e intervenção precoce (método Katona).

### Método do movimento progressivo de Temple-Fay

É composto por cinco etapas e baseia-se na aprendizagem dos movimentos que reproduzem a evolução do ser humano, nomeadamente, a simulação do rastejar dos répteis, o gatinhar, até chegar à marcha erecta dos primatas.

### Facilitação neuromuscular propriocetiva de Kabat

Este método assenta num sistema de técnicas e métodos que facilitam os movimentos mediante a inibição de hipertonía. Assim no movimento a flexão alterna com a extensão, a aproximação com o afastamento e a rotação interna com a rotação externa. Ao mesmo tempo também se trabalham as articulações.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

### Tratamento do desenvolvimento neurológico com inibição e facilitação dos reflexos (método Bobath)

Neste tratamento verifica-se a inibição da atividade tónica reflexa anormal, tal como de vários reflexos primitivos da infância, para facilitar a maturação dos reflexos posturais adaptados.

### Modelos de rastejar (método Vojta)

É um modelo de tratamento baseado nos trabalhos de Fay e Kabat. Uma das consequências desta atuação é o rastejar.

### Intervenção precoce (método Katona)

Através de um treino regular e programado, em intensidade e em ritmo, dos diferentes atos motores simples é possível conseguir-se a normalização dos movimentos mais complexos.

## **3.3. Terapia ocupacional**

A terapia ocupacional tem sido descrita como «um método ativo de tratamento com profunda justificação psicológica» (Donald M. 1979) citado por Muñoz, J., Blasco, G., & Suárez, M. in Bautista (1997).

É o terapeuta ocupacional, que em coordenação com a equipa multidisciplinar, intervém no desenvolvimento e progresso funcional do aluno. Os objetivos que este

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

deve estabelecer vãos desde o desenvolvimento da autonomia até à formação pré-profissional do aluno.

Através da terapia ocupacional tentar-se-á que o aluno consiga uma maior capacidade de manipulação e uma destreza na escrita e no controlo do material escolar. Para aqueles alunos que não podem servir-se do material escolar o terapeuta desenhará as adaptações necessárias e, em colaboração com o fisioterapeuta e com o técnico ensiná-los-á a utilizá-las.

### **3.4. Terapia da fala**

O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível. A relaxação é de grande importância, pois facilita a descontração necessária para que a criança possa controlar melhor a fonação. A mastigação e deglutição são denominadas funções pré-fónicas, uma vez que se servem dos músculos fonatórios preparando a coordenação, a força e a destreza necessárias para falar. Sempre que for possível deverão fazer-se exercícios de sucção, deglutição e mastigação, a fim de preparar a musculatura fonatória.

O controlo da respiração é o primeiro aspeto a trabalhar, isso será feito indiretamente: apagar velas de diferentes tamanhos e colocadas a várias distâncias, soprar assobios e cornetas adaptadas, soprar penas, etc. Os sons do choro, do riso ou do grito também podem ser aproveitados como base para a produção dos sons da fala.

Outra forma de tratamento prende-se com a articulação. Os movimentos articulatorios devem fazer-se primeiro isoladamente e depois coordenadas, começando

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

pelos fonemas sonoros e pelas sílabas diversas. A criança deve fechar a boca para respirar pelo nariz como preparação para os fonemas bilabiais. Quando se ensinam as palavras, o objeto que elas representam deve estar presente e ser visível para a criança.

### **3.5. Medicação**

Algumas drogas conseguem reduzir a espasticidade, mas num curto espaço de tempo a criança começa a ficar habituada a essa medicação. Desta forma torna-se necessário aumentar as doses para obter os mesmos resultados. Todavia à medida que as doses aumentam também crescem os efeitos secundários.

Nos países desenvolvidos tem-se verificado algum sucesso com a aplicação da Toxina Botulínica tipo A (TBA). Esta neurotoxina é aplicada através de uma injeção nos pontos motores do músculo espástico. A TBA é produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*, a sua ação no músculo é inibir a liberação de acetilcolina na junção neuromuscular e provocar a diminuição da atividade muscular funcional temporária, ocasionando falhas na contração muscular reduzindo assim a atividade muscular excessiva. A dosagem específica depende da idade e peso da criança, grau e padrão de espasticidade. Tem como objetivos provocar fraqueza muscular, melhorar o controlo motor, aliviar dor, inibir as posturas incorretas e prevenir contracturas e deformidades. O tratamento frequente melhora o funcionamento do músculo e a funcionalidade do indivíduo. Esta droga tem de ser aplicada por um especialista devido à sua alta toxicidade.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

O período clínico mais proveitoso do relaxamento muscular causado pela TBA está entre 12 e 16 semanas, sendo que os seus efeitos podem perdurar até seis meses. A duração dos efeitos clínicos por outro lado, estará na dependência de vários fatores, entre eles: dose total utilizada, gravidade do quadro clínico, presença de outros tipos de terapia associada e fatores individuais, como capacidade de regeneração neurológica. Em pacientes que seguem programas reabilitacionais, o espaçamento entre duas injeções pode chegar a um ano ou mais -14 meses.

A TBA raramente deve ser utilizada isoladamente, deve ser combinada com a fisioterapia de forma a conseguir-se alcançar o maior número de benefícios.

### **Capítulo IV – Estudo de caso**

#### **1. A criança com Paralisia Cerebral**

A criança é um Ser em desenvolvimento que se torna membro ativo e participativo da sociedade que o rodeia pois em contacto com o outro, ela comunica, interage e desenvolve as suas capacidades. Contudo, para a criança com Paralisia Cerebral, o seu desenvolvimento global e a sua participação na vida da sociedade tem limitações.

“A Paralisia Cerebral é uma perturbação do controlo neuromuscular, da postura e do equilíbrio provocada por uma lesão cerebral estática que afeta o cérebro em período de desenvolvimento.” Este tipo de deficiência está incluída no âmbito das Deficiências Neuro-Motoras Graves e apresenta uma grande variedade de situações neurológicas irreversíveis e não progressivas, dado que, em muitos casos, o diagnóstico diferem quer na gravidade quer nos aspetos afetados, quer nas marcas sócia-afetivas que deixam em cada individuo (Ferreira, Ponte & Azevedo 1999). A criança pode ser afetada em diferentes graus, em uma ou várias áreas, mas a área motora é inevitavelmente afetada. Além da parte da motricidade, áreas da comunicação, dos sentidos e da inteligência também poderão ser áreas afetadas.

Tal como já foi referido, existem múltiplas causas para a Paralisia Cerebral que podem ir desde Etiologia Pré-Natal com a predisposição familiar, influências intrauterinas precoces, influências na gravidez já adiantada e hemorragias; Etiologia Perinatal, como fatores de risco intraparto e Etiologia Pós-Natal, como fatores virais

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

bacteriológicos e traumatismos, assim como a grande diversidade de grau de afetação tanto no desenvolvimento motor como nas problemáticas que lhe estão associadas.

As incapacidades provocadas pela Paralisia Cerebral vão limitar a interação da criança com o meio envolvente, não lhe permitindo possuir uma evolução normal nas várias áreas e, conseqüentemente, atrasos no seu desenvolvimento. Normalmente a criança apresenta alterações emocionais que se vão refletir numa fraca motivação e investimento em tudo o que faz. As suas oportunidades de aprendizagem são reduzida, e influênciam de forma negativa as oportunidades de interagir com o outro (Ferreira, Ponte & Azevedo, 1999).

Devido às suas limitações e ao facto de viverem experiências negativas, que dão origem a frustrações, as crianças com Paralisia Cerebral desenvolvem um sentimento de incapacidade e perdem o controlo sobre o seu próprio destino. Os fracassos e falhanços vão se sucedendo e elas vão desistindo de tentar arriscar e fazer coisas que as quais até poderiam possuir algumas capacidades. Podem também sentir que os outros os subestimam, que não os levam a sério e acabam por tomar as suas decisões por si mesmas, reforçando, assim, o seu sentimento de inferioridade e, conseqüentemente, não investindo na interação, na aprendizagem e no seu desenvolvimento global (Ferreira, Ponte & Azevedo 1999).

### **2. Inclusão da criança com Paralisia Cerebral**

A inclusão é um direito de todo e qualquer cidadão, e todas as crianças têm o direito a serem incluída no ensino regular. Essa inclusão requer que a Escola de adequa às características dos alunos que a compõem para que exista igualdade de oportunidades. De outra forma não é possível falar de integração.

Uma escola inclusiva é aquela que dá aos alunos oportunidades educacionais ajustadas às suas capacidades e necessidades, e estes recebem todo o apoio para alcançar o sucesso. Esta deve ser a prioridade de qualquer educador, que todo o aluno, independentemente da sua problemática, beneficie de uma atenção individualizada no seu processo ensino/aprendizagem (Stainback & Stainback 1996/1999). Estes autores afirmam ainda que a escola inclusiva é um local em que todos fazem parte, onde são aceites, onde se ajudam e são ajudados pelos colegas e pelos restantes membros da comunidade escolar, para que as suas limitações não sejam uma barreira à aprendizagem.

A criança com Paralisia Cerebral está incluída no conceito de NEE, uma vez que, como refere Brennan (1988 citado por Correia (1997) diz que "há uma necessidade educativa especial quando um problema (i.e., físico, sensorial, intelectual, emocional, social ou qualquer combinação destas problemáticas) afecta 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. Tal necessidade educativa pode classificar-se de

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

ligeira a severa e pode ser permanente ou manifestar-se durante uma fase do desenvolvimento do aluno."

A Educação Especial, numa perspetiva inclusiva, tem em conta as características e particularidades dos alunos e, com o conjunto de recursos humanos e materiais postos à disposição do sistema educativo, responde de forma adequada às suas necessidades (Jiménez, 1997). No entanto, muitas crianças veem o acesso às atividades do currículo limitado e por essa razão têm uma experiência muito pouco ativa em muitas das atividades que são importantes para o seu desenvolvimento global. Para uma verdadeira inclusão da criança com Paralisia Cerebral é fundamental que ela participe ativamente nas atividades e experiências realizadas através de um currículo adaptado às suas necessidades e capacidades, num meio em que a ajudam a aprender e a vencer as dificuldades.

Para Zabalza “o currículo é um conjunto de supostos de partida, das metas globais que se deseja alcançar e dos passos previstos para os alcançar. (...)é também o conjunto de medidas que é necessário analisar e reformular, sempre que seja pertinente, através do trabalho na escola, ano após ano”(Zabalza, 2001 p.95). É fundamental que o currículo possa estar aberto e que se façam adaptações curriculares para poder proporcionar ao aluno um desenvolvimento global. Como salienta Freitas (1998), “o curriculum não é um texto – reafirmo-o; um curriculum é uma concretização que cada professor cumpre com os seus alunos” (p.25). Deste modo, e uma vez que os alunos não são iguais e as condições em que o currículo é posto em prática também variam, não podemos pensar num currículo uniforme, mas, respeitar a sua individualidade, para que

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

estes se relacionem de forma justa e harmoniosa onde existam experiências agradáveis e enriquecedoras.

expert PDF  
Trial

### **3. Operacionalização da intervenção**

Sendo professora de educação visual e estando em contacto com a criança uma vez por semana, em contexto turma e por um período de noventa minutos, procedi à recolha de dados, através da consulta do PEI da aluna, observação direta, entrevistas com a mãe, professores e APCB

#### **3.1. Descrição da Participante**

Criança do sexo feminino, com 14 anos de idade, que frequenta o 8º ano de escolaridade e com diagnóstico de Paralisia Cerebral Grave.

Segundo a mãe, a sua gravidez decorreu com normalidade e o parto decorreu sem complicações. Nasceu com 32 semanas de gestação, cesariana, com 1,380Kg. Após o nascimento, foi de imediato para a incubadora. Passadas algumas horas após o seu nascimento, sofreu um derrame cerebral que lhe causou um atraso no desenvolvimento psicomotor. Desde então sempre se enquadrou e viveu com sinais de Paralisia Cerebral.

#### **3.2. Fontes Documentais**

##### **(i) PEI - Planeamento**

Mostra muito empenho e motivação em todas as atividades desenvolvidas na escola nomeadamente, atividades desenvolvidas na biblioteca e sala de aula. No entanto,

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

continua a solicitar com muita frequência a ajuda do professor, mesmo sabendo que está certa não passa para o papel sem a aprovação. Gosta de ir à turma e interagir com os colegas e professores, assume sempre uma postura correta revelando interesse pelos assuntos tratados. Nas atividades em que participa, demonstra uma atitude receptiva e colaborativa.

Tem restrição moderada na aquisição de competências, não conseguindo executar um conjunto integrado de ações, autonomamente; em concentrar a atenção e esquece com alguma facilidade a informação cedida, necessitando, constantemente, de um adulto ou de um colega que a incentive para a tarefa a realizar. Caso contrário, distrai-se facilmente com estímulos exteriores. Na mobilidade e mais concretamente nas atividades de motricidade fina, da mão e do andar, apresenta uma dificuldade moderada. Não consegue controlar totalmente os movimentos finos da mão e, por vezes, não controla a força das pernas em marcha e cai.

### **(ii) CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade (OMS)**

Apresenta limitações no âmbito das funções intelectuais, que englobam as funções mentais gerais, necessárias para compreender e integrar construtivamente as várias funções mentais, incluindo todas as funções cognitivas e seu desenvolvimento.

Apresenta dificuldades de visão (usa óculos).

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

### Atividade e participação

É uma aluna muito meiga, simpática e carinhosa.

No domínio da Psicomotricidade, Quanto à (i) lateralidade, reconhece a simetria do corpo, localiza objetos em cada lado do corpo, possui noção do espaço embora ainda tenha restrições na execução de algumas tarefas (i.e., “com a mão direita, aponta o olho esquerdo.”). Na motricidade fina, manifesta dificuldades na execução de movimentos precisos e em executar grafismos.

No que concerne ao desenvolvimento motor, revela comprometimento na coordenação global. Apresenta dificuldades em subir escadas, andar e correr. (ii) Desconhece, ainda, alguns segmentos do corpo (queixo, cotovelo, tornozelo, calcanhar); não localiza os principais órgãos do corpo, nem os cinco sentidos. (iii) Compreende noções de orientação espacial (perto/longe; frente/atrás; em cima/em baixo; à direita/à esquerda); reproduz com incorreções as principais figuras geométricas. (iv)

Na orientação temporal, identifica e nomeia os dias da semana, os meses e as estações do ano; conhece as principais festas do ano; não identifica as diferentes partes do dia; tem dificuldades ainda em ler as horas em relógios digitais. Tem conhecimento de alguns dados da sua (v) identidade pessoal e familiar (nome completo, data de nascimento, idade, morada; desconhece nome completo dos pais, bem como os contactos; identifica a escola que frequenta); escreve o seu nome completo; escreve palavras e frases simples. (vi) identifica e nomeia cores primárias e secundárias; idem, para as figuras geométricas mais usuais; conta sequencialmente até 100; identifica e nomeia, ainda que com alguma insegurança, as notas e moedas de euro; distingue

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

«euros» de «cêntimos», embora não saiba qual o de maior valor. (vii) desconhece aspetos elementares do meio físico e social envolvente (locais de comércio, meios de transporte, equipamentos e serviços sociais, fruta, legumes, flores, profissões, etc. (viii).

Na linguagem recetiva, a aluna compreende o que lhe dizem, embora tenha restrições quanto ao vocabulário ativo. Compreende e executa ordens. Entende histórias simples e responde a questionários básicos. Ainda tem restrições nos índices básicos de compreensão (Quem? Quando? Onde? Porquê? O quê? Com quem?).

Na comunicação expressiva, a aluna consegue manter diálogo com o seu interlocutor; relata vivências dia-a-dia, transmite recados; tem, ainda, restrições na descrição de gravuras e no relato de histórias. Usa expressões de cortesia, sorri e demonstra muita simpatia. Aceita protestos, reclamações e chamadas de atenção, embora surja, por vezes, aumento do fluxo salivar e conseqüente descontrolo. Por vezes, revela alguns sinais de difluência e faz simplificações fonéticas nomeadamente no fonema /r/ nos formatos CVC e CCV. (ix)

A nível do comportamento sócio emocional, manifesta interesse pela escola, reage à presença de pessoas conhecidas, interage com os colegas e com os professores e é aceite pelo grupo. A aluna não é autónoma na realização das tarefas escolares, necessitando de um apoio sistemático por parte de professores e assistentes operacionais. (x)

Na atenção concentração, tem períodos curtos de atenção na tarefa, esforçando-se, no entanto, por terminar as atividades, acatando bem os pedidos para se envolver na atividade e mostrando-se motivada para executar as tarefas. (xi)

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Em relação à leitura, a aluna conhece todas as letras do alfabeto e alguns fonemas; lê palavras simples (com uma ou duas sílabas e consoante/vogal); ainda tem dificuldade em ler palavras com dígrafos e também aqueles que contenham sílabas nos formatos CCV e CVC; apresenta, ainda, restrições na compreensão leitora e uma velocidade de leitura muito lenta (20ppm).

Na escrita, faz grafismos, escreve o seu nome e palavras simples; quando as palavras têm “casos de leitura”, a aluna fica confusa e tem muita dificuldade em as escrever.

Na matemática, identifica e escreve os números até 100 e efetua somas muitos elementos, sem transporte.

### Fatores ambientais

Faz tratamento com Toxina Botulínica. Usufrui de terapia da fala, uma vez que revela problemas de articulação de alguns fonemas e de terapia ocupacional e fisioterapia (que realiza em contexto externo à escola, mas que representa um forte facilitador do seu desenvolvimento).

A mãe é uma pessoa presente na sua vida escolar. Contacta a escola com frequência, embora muitas vezes não consiga perceber as reais necessidades da sua educanda no meio escolar. A aluna está bem integrada na turma e é aceite pelos seus pares, tanto no contexto de sala de aula ou de recreio. A aluna é apoiada pelos professores da turma e professores coadjuvantes, pela docente da educação especial e por uma assistente operacional.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

A participação da família, dos profissionais de saúde e de educação que o acompanham, são fatores positivos para o seu processo de desenvolvimento.

expert PDF  
Trial

### Capítulo IV – Intervenção Educativa

#### 1. Transição para a vida pós – escolar

##### Conceito de transição

Segundo o relatório elaborado em 2002 pela Agencia Europeia Para o Desenvolvimento em Necessidades Educativas Especiais (AEDNEE) o conceito de transição da escola para o mundo do trabalho aparece em vários documentos internacionais sem que haja uma definição comum, no entanto, todas elas incluem três ideias base:

- 1) *Processo* – no sentido do trabalho prévio requerido e do período de tempo necessário para a transição;
- 2) *Transfer* – na passagem de um nível educacional ou de um estágio de vida para outro;
- 3) *Mudança* – em termos das situações pessoal e profissional.

O conceito de transição para a vida pós-escolar é já uma preocupação antiga, das quais se destaca o enquadramento da Declaração de Salamanca, já mencionada neste relatório, que refere “os jovens com necessidades educativas especiais devem ser ajudados a fazer uma efetiva transição da escola para a vida adulta. As escolas devem apoiá-los a tornarem-se economicamente ativos e dotá-los com as competências necessárias à vida diária, oferecendo formação em competências que respondam às exigências sociais e de comunicação e às expectativas da vida adulta” (UNESCO, 1994, p.34).

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Em 1998, a transição é definida pelo International Labour Office como “um processo de orientação social que implica mudança de estatuto e de papel e que é fulcral para a integração na sociedade” (p.5).

O Labour Force Survey (EC, 2000) argumenta que a transição da escola para o trabalho não é linear, que o abandono da escola não é, necessariamente, seguido do início do trabalho. É gradual e os jovens experienciam períodos intercalares de estudo e de trabalho. A realidade é que, independentemente das suas capacidades, todos os jovens terão de um dia transitar da escola para um qualquer modo de vida pós-escolar.

Transição implica continuidade e descontinuidade entre contextos, escolar e pós-escolar, com alterações de papéis, rotinas e relacionamentos interpessoais. A adaptação às novas situações está dependente do próprio indivíduo, ao suporte social existente e das estratégias existentes para lidar com as situações.

A escola assume um papel fundamental na preparação dos alunos “Planeando atempadamente, intervindo de forma fundamental e auto e hétero avaliando a bagagem psicossocial de todos os alunos, em geral, e dos que têm NEE, em particular, serão, assim, formas eficazes de ajudar os estudantes desde o primeiro momento, indo ao encontro das suas necessidades, expectativas e aspirações” (Jorge, A.M. 2005, p. 128).

Uma educação centrada na transição dá ênfase ao desenvolvimento de competências para a vida prática por forma a assegurar uma participação efetiva na sociedade e centrada nos objetivos de cada aluno. A inserção na vida adulta dos alunos com NEE se fará pelas competências sociais e pelo seu comportamento em situações da vida na comunidade. A sua inserção não passará apenas, pelos seus conhecimentos

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

académicos daí a redução da carga horária letiva para que seja possível realizar experiências relevantes no mundo do trabalho e para que lhes seja propício, em termos de ensino, quais os comportamentos esperados e aceites fora da escola, permitindo-lhes aprendizagens de técnicas e saber estar profissional e social.

A transição da escola para o emprego deve implicar uma contínua participação do aluno, o envolvimento das famílias, a coordenação entre todos os serviços envolvidos e uma estreita colaboração com o sector do emprego (European Agency, 2001).

### **2. Plano Individual de Transição (PIT)**

Todos os alunos que estejam inseridos na educação especial com CEI têm, obrigatoriamente, de ter um Plano Educativo Individual (PEI) no qual estão definidos os objetivos a alcançar pelo aluno e também os apoios que irá receber. Com a publicação do Decreto-Lei 3/2008 de 7 de janeiro, os processos de transição passaram a fazer parte do percurso escolar do aluno: artigo 14º - Plano Individual de Transição, de acordo com o qual, os alunos deverão iniciar estes processos três anos antes dos terminus da escolaridade obrigatória.

Apesar desta delimitação legal, a Transição para a Vida Pós-Escolar deverá ser encarada como um processo contínuo do desenvolvimento do aluno, o que significa, ao longo de todo o seu percurso escolar, devem ser desenvolvidas atividades de promoção da autonomia e várias competências pessoais e sociais, em ambientes exteriores à escola.

O PIT é, por natureza, um documento aberto, em constante construção e atualização, de acordo com as experiências que o aluno vai vivenciando. “ O PIT para a vida pós-escolar deve orientar-se pelo princípio da universalidade e da autodeterminação do direito à educação, em termos pedagógicos, pelos princípios da inclusão, da individualidade, da funcionalidade, da transitoriedade e da flexibilidade” (Portaria nº 201-C/2015, artigo 4º).

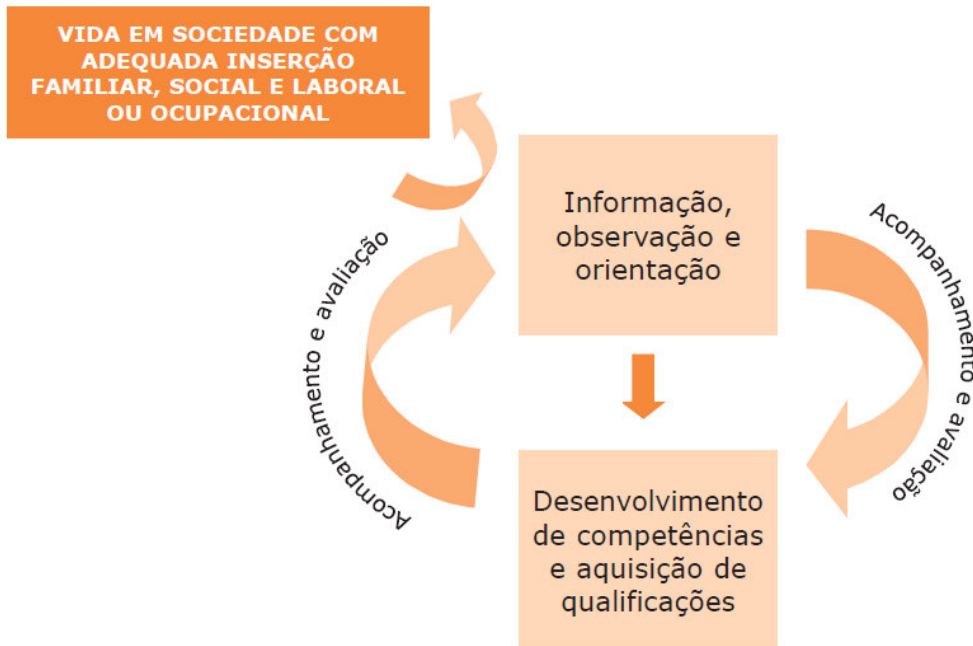
De acordo com o disposto no Manual de Apoio à Prática da DGIDC (2008), o PIT é o documento que sintetiza o projeto de vida de cada aluno com NEE, para uma vida social adequada, com inclusão efetiva no meio envolvente (social, familiar ou

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

mesmo institucional), que promove atividades de carácter ocupacional e, preferencialmente, o exercício de uma atividade profissional. Deve ser um processo dinâmico com o propósito de desenvolver a capacitação e a aquisição de competências sociais necessárias à inserção familiar e comunitária. A sua construção deve procurar responder às expectativas dos encarregados de educação, relativamente ao futuro dos seus educandos, e aos desejos interesses e expectativas do próprio aluno.

O PIT deverá definir as etapas necessárias a percorrer e os passos a desenvolver, desde o início do processo até à conclusão do percurso educativo a fim de que o aluno alcance, com tranquilidade, o seu projeto de vida. O PIT não é uma substituição do PEI mas sim um complemento do mesmo, Não tem por objetivo a duplicação de papéis mas sim o de acrescentar informação específica relativa ao processo de transição.

A elaboração do PIT, sendo um processo dinâmico, engloba duas fases em sequência, que se ajustam no percurso, a fim de atender às expectativas, às competências desenvolvidas e às ofertas da comunidade. Para melhor definir o processo de implementação do PIT, remetemos para Figura 1 (tendo como base o apresentado por DGIDC (2008, p. 31).



**Figura 1 - Processo de elaboração e implementação do PIT**

Fonte: DGIDC (2008, p. 31).

- 1ª Fase: conhecimento dos desejos, interesses, aspirações e competências do aluno;
- 2º Fase: Identificação das competências requeridas (acadêmicas, pessoais e sociais);

Após o conhecimento dos desejos, interesses, aspirações e competências do aluno há que avaliar se o mesmo têm capacidades para exercer uma atividade profissional, fazer o levantamento das necessidades do mercado de trabalho na comunidade em que o aluno se insere e procurar a possibilidades de formação ou de experiências de trabalho em contexto real (estágios).

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Inventariadas as possibilidades de formação ou de estágios passa-se à fase seguinte, identificar as competências, académicas pessoais e sociais, requeridas bem como as adaptações ou equipamentos especiais necessários. O passo seguinte será o de estabelecer protocolos com os serviços ou instituições onde o aluno irá realizar a formação ou estágio, definir tarefas a desenvolver, competências a adquirir e o suporte, caso seja necessário, a disponibilizar para a realização das tarefas acordadas. Estas informações devem fazer parte do PIT, bem como a clarificação dos papéis e responsabilidades de cada um dos intervenientes na implementação do mesmo.

Nos casos em que as incapacidades não permitem, futuramente, exercer qualquer tipo de atividade profissional, os alunos deveram desenvolver o PIT em centros de atividades ocupacional cujas atividades proporcionadas vão de encontro aos interesses e competências do aluno.

A avaliação faz parte integrante de todo este processo, razão pela qual a implementação do PIT deve ser acompanhada e monitorizada.

Além das questões relacionadas com a futura profissão ou atividade ocupacional, o PEI dos alunos deve ainda contemplar atividades de autonomia em casa e na comunidade, bem como ao nível da recreação e lazer. Deve também explicitar áreas relativas ao desenvolvimento e reforço de aprendizagens de cariz funcional e definir, para além das atividades desenvolvidas fora do contexto da turma, as que serão realizadas com os colegas da turma.

Com o alargamento da escolaridade obrigatória para os 12 anos, a realização do PIT no contexto de ensino secundário revelou-se um processo difícil para regulamentar

## Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir

esta situação surge a Portaria nº201-C/2015 de 10 de julho define uma matriz orientadora (**Quadro 1**).

**Quadro 1 - Matriz Curricular Orientadora (Portaria nº201-C/2015 de 10 de julho)**

Componentes do Currículo		Objetivos
Formação Académica a)	Português Matemática Língua Estrangeira Educação Física Oferta de Escola	A definir pela Escola tendo por base os currículos nacionais.
Atividades de Promoção da Capacitação b).	Vida em casa	Realizar tarefas domésticas. Preparar refeições. Alimentar -se. Cuidar da limpeza da casa. Vestir -se. Cuidar da higiene pessoal. Manter -se ocupado durante os tempos livres em casa. Utilizar dispositivos eletrónicos.
	Vida na comunidade	Deslocar -se na comunidade (transportes). Participar em atividades recreativas e de lazer na comunidade. Utilizar serviços públicos da comunidade. Visitar familiares e amigos. Adquirir bens e serviços. Interagir com elementos da comunidade.
	Participação nas atividades escolares	Participar em atividades nas áreas comuns da escola. Participar em atividades extracurriculares. Deslocar -se para a escola (inclui transportes). Movimentar -se dentro da escola. Respeitar as regras da escola que frequenta. Organizar -se de acordo com o horário escolar.
	Emprego (atividades desenvolvidas em contextos laborais).	Aprender e realizar as tarefas que lhe são atribuídas. Interagir adequadamente com os colegas. Interagir adequadamente com supervisores. Cumprir as normas existentes. Cumprir os horários estabelecidos.
	Saúde e segurança	Informar os outros sobre problemas de saúde ou mal -estar físico. Cuidar da sua saúde e bem -estar. Saber como aceder a serviços de emergência. Evitar riscos para a saúde ou para a segurança. Proteger -se de abusos físicos, verbais ou sexuais.
	Atividades sociais	Estabelecer relações positivas com os outros. Respeitar os direitos dos outros. Manter uma conversa. Gerir alterações nas rotinas. Fazer e manter amigos. Comunicar com os outros em contextos sociais. Respeitar o espaço e propriedade dos outros. Proteger -se da exploração e do <i>bullying</i> .
	Atividades de defesa de direitos	Expressar preferências. Estabelecer objetivos pessoais. Fazer escolhas e tomar decisões.

## Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir

		Desenvolver capacidades para a autonomia pessoal. Comunicar desejos e necessidades. Participar na tomada de decisões sobre o seu processo educativo. Aprender e utilizar estratégias de resolução de problemas e de autorregulação em casa e na comunidade.
--	--	--

a) A carga horária de cada uma destas disciplinas deve ser ponderada tendo em conta as necessidades específicas de cada aluno.

b) A carga horária de cada uma destas atividades deve ser ponderada tendo em conta a promoção da autonomia do aluno e deve ser devidamente articulada com as organizações da comunidade com as valências adequadas.

O envolvimento da família é fundamental uma vez que se pretende que o aluno aprenda em diversas situações do quotidiano, em casa, nos tempos livres e na comunidade, sendo essencial a sua colaboração na realização do programa, que só pode ser iniciado quando a escola o aluno e o encarregado de educação estiverem de acordo.

### **3. Educação funcional**

A educação inclusiva baseia-se na ideia que todas as crianças, independentemente das suas diferenças e dificuldades, conseguem aprender. Na escola inclusiva, aquela em que educa todos os alunos dentro de um único sistema educativo, procura-se proporcionar programas educativos estimulantes que estejam adequados as necessidades dos alunos. No entanto, para que a educação das crianças com NEE seja bem-sucedida, isto é, não conduza a criança à desmotivação face às suas dificuldades há que recorrer à simplificação /adequação do currículo.

Se entendermos o currículo como “todo o conjunto de experiências planeadas proporcionadas a um individuo ou grupo, tanto em atividades académicas como noutros contextos habilitativos, com vista a melhorar a sua inclusão social e a sua qualidade de vida” (Rodrigues, 2001, p.29), e como um documento “de convergência e de aplicação de toda a informação, metodologias, oportunidades e intervenções habilitativas” (Rodrigues, 2001, p.29), compreendemos a importância que o currículo assume na transição para a vida pós-escolar.

A conceção de “currículo funcional” parte do princípio que as pessoas com NEE têm o direito a desenvolver atividades que vão além do ocupacional, ou seja, atividades lhes permita o seu desenvolvimento pessoal e social promovendo-lhes autonomia e uma melhor qualidade de vida. Para isso é importante que a medida que o aluno vai evoluindo na escolaridade, se reforce a componente académica tendo por base o princípio da funcionalidade.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Segundo Brawn (1987) citado por Ferreira, 2012, “...devem-se ensinar as competências que evidenciam uma probabilidade elevada de utilização imediata e que sejam suscetíveis de contribuir para a promoção da independência, a melhoria da qualidade de vida e a facilitação da participação social”, por isso é fundamental que a medida que o aluno vai progredido na escolaridade se reforce também a sua componente académica respeitando este princípio da funcionalidade. Tendo esta perspectiva funcional uma dimensão funcional, ou seja terá impacto ao longo da vida, é fundamental desenvolver competências que não sejam só utilizadas na escola, mas também, autonomamente, fora do ambiente escolar: com a família, no grupo de amigos, na comunidade, e no trabalho.

### **4. Programa de Intervenção:**

A aluna beneficia de adequações no processo de ensino e aprendizagem, através de medidas de Educação Especial, ao abrigo do art.16º, nº 2, nomeadamente: a) Apoio pedagógico personalizado; d) Adequações no processo de avaliação e) Currículo Específico Individual.

O Currículo Específico Individual (CEI) é uma medida educativa que prevê alterações significativas no currículo comum e é o nível de funcionalidade do aluno que determina o tipo de alteração a aplicar. Este tipo de currículos assenta numa perspetiva de currículo funcional e tem por objetivo facilitar o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de autonomia.

Pretende-se que estes currículos tenham caráter funcional e que as atividades propostas sejam úteis para a vida presente e futura do aluno. As competências a desenvolver devem ter o critério de aplicabilidade nos diferentes contextos do aluno e as atividades estar, sempre que possível, relacionadas com a idade cronológica do aluno.

A minha proposta consiste na delimitação de um plano de intervenção que permitam à aluna um desenvolvimento de competências curriculares, sociais e pessoais que lhe proporcionem uma boa integração na vida pós-escolar. No delineamento das estratégias a utilizar terei em atenção as limitações da aluna mas também as suas potencialidades.

## Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir

Conteúdos	Forma/Estrutura
Objetivo geral	- Realizar uma estrela de natal, flores e animais em Origami;
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Incentivar a reutilização de materiais (papel de revista);</li><li>- Desenvolver a criatividade;</li><li>- Desenvolver a motricidade fina;</li><li>- Aumentar a atenção, a concentração e a precisão;</li><li>- Exercitar a função mnemónica;</li><li>- Estimular o desenvolvimento perceptivo;</li><li>- Compreender a noção de simetria;</li><li>- Desenvolver a perceção espacial, do conhecimento e das partes;</li><li>- Identificar as épocas festivas/estações do ano.</li></ul>
Recursos	Papel de revista, papel colorido e diagramas de construção.
Intervenientes	A aluna, professora da disciplina e professora coadjuvante.
Áreas de intervenção	- Socialização; Cognitiva Académica; Domínio Motor; Autonomia; Ocupacional; Lazer.

## Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir

Conteúdos:	Comunicação/Fotografia
Objetivos gerais	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar e registar, fotograficamente, boas e más práticas de civismo;</li><li>- Aplicar tecnologias digitais como instrumento de representação.</li></ul>
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aprender a usar a máquina fotográfica;</li><li>- Reconhecer a importância de manter os espaços, interiores e exteriores, limpos e bem tratados;</li><li>- Conhecer o espaço envolvente;</li><li>- Interagir com os colegas da turma;</li><li>- Passar as fotos do cartão memória para o computador;</li><li>- Fazer tratamento gráfico de imagens.</li></ul>
Recursos	Máquina fotográfica e computador.
Intervenientes	A aluna, turma, professora da disciplina e professora.
Áreas de intervenção	<ul style="list-style-type: none"><li>- Socialização; Cognitiva Académica; Domínio Motor; Autonomia; Lazer.</li></ul>

## Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir

Conteúdos	- Espaço/Estrutura
Objetivos gerais	- Reconhecer os monumentos arquitetónicos da Cidade de Braga.
Objetivos Específicos	- Conhecer algum do património arquitetónico da cidade; - Identificar os monumentos mais emblemáticos; - Adquirir alguns conhecimentos sobre os mesmos; - Comportar-se adequadamente em locais públicos; - Aprender a apanhar o autocarro; - Andar pelos passeios; - Atravessar nas passadeiras, ou sinais luminosos.
Recursos	Imagens, fotografias, computador, autocarro urbano.
Intervenientes	A aluna e a turma, professora da disciplina e professora coadjuvante.
Áreas de intervenção	- Socialização; Comunicação; Cognitiva Académica; Domínio Motor; Autonomia; Lazer.

### **5. Conclusão**

Os alunos com PC necessitam, tal como a grande maioria de alunos NEE de tempo para a concretização das suas aprendizagens. Todas as atividades desenvolvidas devem ter em conta os seus interesses, gostos, conhecimentos e capacidades. As reações e os comentários que os alunos fazem dá-nos alguma abertura para realizar inúmeras atividades, a fim de alargar os seus conhecimentos. Quando um aluno comenta, por exemplo, que tem autonomia para se lavar e vestir mas que não consegue apertar os sapatos, imediatamente o educador deve delinear uma atividade que lhe permita o desenvolvimento dessa competência.

É fundamental que o educador seja observador, flexível e criativo para analisar e responder com eficácia às necessidades da criança em concreto. O educador, deve ainda, ser ambicioso, no sentido de desejar que o aluno desenvolva mais competências que as inicialmente delineadas. No entanto, tem de ser realista e cuidadoso para não exigir mais do que o aluno de facto consegue, pois tal situação pode provocar frustração e conseqüentemente, desmotivação pelas atividades letivas.

A expressão artística desempenha um papel determinante no desenvolvimento da expressão pessoal, social e cultural da criança. É um conjunto de formas de saber que articulam importantes capacidades como a imaginação e a emoção, uma vez que as crianças, normalmente, utilizam estas capacidades para manifestar os seus desejos, sonhos, medos e descobertas. As atividades de expressão plástica baseiam-se no prazer sentido pela criança ao tocar, manipular, observar e realizar, permitindo o

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

desenvolvimento de áreas específicas, nomeadamente, a motricidade fina e a sociabilidade facilitando a aprendizagem, aumentando a autoconfiança e estimula o interesse pelas atividades escolares.

A atitude do professor deve pautar-se pela inquietude em tudo o que faz, procurando atividades e tarefas que ajudem as crianças no seu desenvolvimento e formação. Deve ainda ter a preocupação em criar na sala de aula ambientes integrados procurando, sempre que possível, incentivar o trabalho cooperativo entre as várias crianças. Os alunos com NEE encontram modelos positivos nos colegas e contam com a sua ajuda e assistência. Os alunos sem deficiência aprendem a lidar e a respeitar as diferenças individuais e a partilhar conhecimentos. Também a ansiedade face aos insucessos e fracassos diminui.

Compete ao docente motivar, agir e intervir com todas as crianças para que as atividades escolares permitam o desenvolvimento de competências. Por outro lado, essas motivações desenvolvem nos alunos a capacidade de agir e interagir em sociedade, tornando-os cidadão interventivos, de acordo com as suas especificidades e capacidades.

**Referências Bibliográficas**

- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Bobath, K. (1969). *A deficiência motora em pacientes com paralisia cerebral*.  
Petrópolis: Editora Vozes Limitada.
- Castro, D.A. (2012). *Deficiência Mental: Integrar vencendo barreiras*. Braga: UCP
- Correia, L.M. (1997). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L.M. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2008). *A escola contemporânea e a inclusão de alunos com necessidades educativas especiais – considerações para uma educação com sucesso*. Porto: Porto Editora.
- De Corte (1990). *Les Fondements de l’Action Didactique*. Bruxelas: De Boek.
- DGIDC. (2010). *Transição Para a Vida Adulta Jovens com Necessidades Educativas Especiais: Coleção apoios educativos: Ministério da Educação*.
- Faias, J. (2005). *Teoria de Terapêutica Ocupacional IV. Módulo de tratamento da Paralisia Cerebral*. Porto: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP).

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Ferreira, Ponte, M.& Azevedo, (1999). Inovação curricular na implementação de meios alternativos de comunicação em crianças com deficiência neuromotora grave. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Ferreira, Sofia Simões; (2012) Transição para a vida Pós-Escolar de alunos com Necessidades Educativas Especiais. Viseu: Psico&Soma.

Grave, Resende e SOARES, J. (2002). Diferenciação pedagógica. Lisboa: Ed. Universidade Aberta

Juan L. G. Munoz, G. M. (1993). Necessidades Educativas Especiais. Lisboa: Dinalivros.

Levitt, S. (2001). O Tratamento da Paralisia Cerebral e do Retardo Motor.3ª ed São Paulo: Manole.

Muñoz, J., Blasco, G., & Suárez, M. (1997). Deficientes motores II: Paralisia Cerebral. In R. Bautista, Necessidades educativas especiais (pp. 293-315). Lisboa: Dinalivro.

Nielsen, B. Lee (1999). “Necessidades educativas especiais na sala de aula. Um guia para professores”. 3.ª coleção Ed. Esp. Porto: Porto Editora.

Nogueira, C. (2009). Educação Especial – Comunicar com Crianças com Paralisia Cerebral. Santo Tirso: Editorial Novembro.

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

Organização da Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração de Salamanca. Editada pela UNESCO (1994).

Rodrigues, D. A. (1998). Corpo, Espaço e Movimento – A Representação Espacial do Corpo em Crianças com Paralisia Cerebral, Instituto Nacional de Investigação Científica, Lisboa.

Rodrigues, D. (2001). Educação e Diferença. Porto: Porto Editora.

Stainback, S. & Stainback, W. (1999). Inclusão: um guia para educadores. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zabalza, M. A. (1992). Planificação e Desenvolvimento Curricular na Escola. Rio Tinto: Edições Asa.

Zabalza, M. A. (2001). Diversidade e Currículo. Lisboa: Ministério da Educação

### **Sites Consultados**

<http://www.cnedu.pt> - consultado em 27/12/2015

<https://www.european-agency.org> - consultado em 6/2/2016

<http://inclusaoaquilino.blogspot.pt> – consultado em 24-02-2016

<http://www.inr.pt> - consultado em 6/2-2016

<http://www.news-medical.net> – consultado em 29-12-2015

## **Paralisia Cerebral – Motivar, agir e intervir**

<http://paralisiacerebralisdom.blogspot.pt> - consultado em 26/04/2015.

### **Legislação Consultada**

Decreto-Lei nº 46/86 de 14 de Outubro

Decreto-Lei nº319/91 de 23 de Agosto

Decreto – Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro

Portaria nº201-C/2015 de 10 de julho

expert PDF  
Trial