



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Centro Regional das Beiras

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Ciências da Educação
Especialização em Educação Especial

Contributo da Musicoterapia para a Inclusão de Alunos com
Deficiência Mental na Escola

Orientadora: Professora Doutora Célia dos Prazeres Ribeiro

Co-Orientadora: Mestre Helena Maia

Vítor Amílcar Magalhães

Viseu, 2011

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Centro Regional das Beiras

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

**Contributo da Musicoterapia para a Inclusão de Alunos com
Deficiência Mental na Escola**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação,
Especialização em Educação Especial, apresentado à Universidade Católica Portuguesa,
Centro Regional das Beiras – Viseu, sob a orientação da Professora Doutora Célia dos
Prazeres Ribeiro e da Mestre Helena Maia.

Vítor Amílcar Magalhães

Viseu, 2011

**Escutem os sons da Natureza
e sentirão o prazer de viver**
(Magalhães Vítor, 2011)

Agradecimentos

- Para a concretização de qualquer trabalho ou estudo, nada seria possível sem a ajuda e o apoio dos amigos, colegas, familiares e professores.
- Uma palavra de gratidão à Professora Doutora Célia Ribeiro, pela disponibilidade, atenção, compreensão, apoio científico e partilha dos seus altos saberes.
- À Mestre Helena Maia, por todo o apoio, orientação e ajuda, a fim de ultrapassar todas as dificuldades sentidas.
- Um agradecimento muito especial à minha família, pelo apoio incondicional que me proporcionou nos momentos mais críticos, pela paciência e compreensão, na execução deste trabalho.
- A todos aqueles que de forma desinteressada e simpática colaboraram na concretização deste sonho, desta realidade, o meu sincero obrigado.
- Aos meus colegas que iniciaram esta caminhada comigo, o meu bem-haja e que este percurso tenha contribuído para o seu sucesso pessoal e profissional.
- Às minhas filhas e esposa, quero agradecer o apoio, a disponibilidade, a paciência em todos os momentos difíceis. É bom sentir que não estamos sós.
- Saudações musicais.

Resumo

Neste trabalho, procurámos conjugar música/musicoterapia e deficiência mental no processo de inclusão. A música faz parte do nosso processo de identidade, tem significado para cada pessoa, vincula-se à experiência vivida, passada ou presente. O gosto pela música surge na infância. É visível e determinante em todas as culturas e, provavelmente, remonta aos começos da nossa espécie. O seu efeito sobre a mente humana é inegável, sendo utilizada em técnicas de relaxamento, proporcionando ao aluno com deficiência mental liberdade, estabilidade, integração e inclusão.

Há alguns anos atrás, a pessoa com deficiência era vista como algo de sobrenatural, que deveria ser escondida, posta à margem da sociedade. Hoje a preocupação surge no sentido da inclusão, com currículos adequados. Tende-se olhar para o aluno com deficiência mental como alguém capaz, alguém que, se tiver as mesmas oportunidades poderá ser útil, independente, autónomo, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida. Deste modo, a opção foi construir um questionário online, usando uma ferramenta acessível do *Google docs*.

A escolha do questionário, como instrumento de recolha de dados, constitui uma das opções metodológicas deste estudo, na medida em que se apresenta como mais adequada a um dos nossos propósitos: o de questionar de uma forma impessoal sobre um tema preciso: o contributo da musicoterapia para a inclusão de alunos com deficiência mental na escola.

Foram distribuídos via e-mail 60 questionários, dos quais foram devolvidos 55 considerados válidos, correspondendo a 91,7% do total. Os técnicos musicoterapeutas foram seleccionados por conveniência encontrando-se a exercer funções em Portugal. O estudo enquadra-se no paradigma de investigação quantitativa, uma vez que necessitamos de proceder a uma apresentação e sistematização de dados que consideramos fiáveis. Na reconstrução das hipóteses seguimos o *Simplified Model of Research (Without hypothesis)*.

Os resultados obtidos confirmam a eficácia da música/musicoterapia no processo de inclusão de alunos com deficiência mental, pois na opinião dos musicoterapeutas o seu poder conduz à participação e envolvimento no grupo/comunidade.

Palavras-Chave: Música, Musicoterapia, Inclusão, Deficiência Mental.

Abstrat

In this essay we have tried to bring together Music / Music Therapy and Mental Disability within the process of Inclusion, regarding it as quite pertinent and Update Music is a part of our identity process; it bears a meaning for each individual, it bonds to the lived experience, past or present. The taste for Music appears in childhood. It is visible and determinant in every culture and it probably goes back to the beginning of our species. Its effect on the human mind is undeniable, being used as a relaxation technique, providing liberty, stability, integration and inclusion to the student with Mental Disability.

Some years ago, people with disability were seen as supernatural, which were supposed to be hidden, set aside society but nowadays an effort is being made towards inclusion of those subjects, with specific curricula. Society nowadays sees those subjects as someone who is able, someone who, if given the same opportunities, may be useful, independent and autonomous in order to improve his living standards. So, the option was to build an online questionnaire using an accessible tool of *Google docs*.

The choice of the questionnaire as the instrument to collect data represents one of the methodological options of this study, as it presents itself as one of the most adequate options to attain our objectives: to ask in an impersonal way about a specific issue: the contribution of Music Therapy to the inclusion of students with mental disability.

Sixty questionnaires were distributed via e-mail, from which 55 were considered valid, representing 91,7% of the total. The music therapist technicians were selected are all working in Portugal. The study fits in the paradigm of quantitative investigation, as it is required a presentation and a systematization of the data we consider reliable. In the reconstruction of the hypothesis we have followed the *Simplified Model of Research* (Without hypothesis).

The results obtained confirm the efficacy of music / music therapy in the process of inclusion of students with mental disability, for in the opinion of the music therapists, its power leads to the participation and involvement in the group / community.

In this essay we try to investigate the possible efficiency of Music Therapy in this so-complex process of Special Education.

Key words: Music, Music therapy, Inclusion, Mental Deficiency.

Índice

Resumo	6
Abstract.....	7
Índice de quadros.....	10
Índice de siglas	11
Introdução.....	12
Parte I – Enquadramento Teórico	16
Capítulo I.....	17
Enquadramento Sócio - Político e Legal da Educação Especial	17
1. Breve Resenha Histórica do Aparecimento da Educação Especial.....	17
2. A Evolução da Educação Especial em Portugal.....	20
3. Educação Especial e Necessidades Educativas Especiais.....	28
Capítulo II - Deficiência Mental.....	33
1. Evolução do Conceito.....	33
2. Graus de Deficiência Mental e Apoio Educativo	38
3. Características da Deficiência Mental	41
4. Prevenção da Deficiência Mental	44
5. Etapas Educativas	46
Capítulo III – A Música e a Musicoterapia.....	50
1. A Música	50
2. Música e Comunidade	58
3. Música e Musicoterapia.....	60
Parte II – Investigação Empírica	73
Capítulo IV - Metodologia	74
1. Linha Condutora da Investigação	74
2. Definição do Estudo	76

3. Objectivos.....	77
4. População e Amostra.....	77
4.1. Caracterização da Amostra.....	78
4.2. Distribuição da Amostra por Habilitações Académicas.....	79
4.3. Distribuição da Amostra por Tempo de Serviço.....	80
5. Instrumento de Recolha de Dados do Questionário.....	81
6. Procedimentos.....	83
Capítulo V – Apresentação dos Resultados.....	85
1. Percepção Sobre a Inclusão de Alunos com Deficiência Mental.....	86
1.1. Conhecimento Sobre os Documentos Orientadores.....	86
1.2. Aspectos Relativos ao Processo de Inclusão de Alunos com Deficiência Mental.....	87
1.3. Condições Pertinentes à Realização da Inclusão.....	88
1.4. Variações, Segundo as Características dos Musicoterapeutas.....	89
1.5. Música/Musicoterapia no Processo de Inclusão.....	90
1.6. Variações Segundo as Características dos Musicoterapeutas.....	92
2. Discussão dos Resultados.....	94
Considerações Finais.....	97
Bibliografia.....	100
Anexos.....	111
(Instrumento de recolha de dados).....	111

Índice de Quadros

- Quadro 1 - Características da Educação Especial e das Necessidades Educativas Especiais, (pág. 30)
- Quadro 2 - Níveis de Deficiência Mental, (pág. 38)
- Quadro 3 - Características da Musicoterapia, (pág. 67)
- Quadro 4 - Distribuição da amostra, segundo dois grupos etários (N=55), (pág. 79)
- Quadro 5 - Distribuição da amostra, segundo as habilitações académicas, (pág. 80)
- Quadro 6 - Distribuição da amostra, segundo dois grupos de tempo de serviço, (pág. 80)
- Quadro 7 - Conhecimento sobre os documentos (N=55) , (pág. 86)
- Quadro 8 - Processo de inclusão de alunos com DM, (pág. 87)
- Quadro 9 - Elementos estatísticos da distribuição da classificação das condições pertinentes para realizar o processo de inclusão, ordenados segundo o valor da média, (pág. 88)
- Quadro 10 – Elementos Estatísticos do Cruzamento com as Variáveis Independentes (N=55), (pág. 90)
- Quadro 11 – A Música/Musicoterapia no Processo de Inclusão de Alunos com Deficiência Mental, (pág. 91)
- Quadro 12 – Elementos Estatísticos com as Variáveis Independentes (N=55), (pág. 93)

Índice de siglas

AAID - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

AAMR - American of Mental Retardation

CERCI - Associações cooperativas de Educação e Reabilitação de crianças Inadaptadas

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

DEE - Divisão do Ensino Especial

DM - Deficiência Mental

DEEB - Divisão do Ensino Básico

DEES - Divisão do Ensino Secundário

DGEB - Direcção Geral de Educação Básica

DID - Dificuldade Intelectual Desenvolvimental

DL - Decreto-Lei

EEE - Equipas de Educação Especial

IC - Idade Cronológica

IM - Idade Mental

LBSE - Lei de Bases do Sistema Educativo

NE - Necessidades Especiais

NEE - Necessidades Educativas Especiais

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização Mundial das Nações Unidas

PL - Public Law

QI - Quociente Intelectual

SNR - Secretariado Nacional de Reabilitação

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Ciência e a Cultura

Introdução

A presente Dissertação insere-se no âmbito do curso de Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Educação Especial e tem como objectivo estudar o contributo da musicoterapia como meio de inclusão dos alunos com deficiência mental (DM), nas nossas escolas.

A educação é um direito fundamental à própria existência que remonta aos tempos mais longínquos. No entanto, a história mostra-nos que para alguns nem sempre foi assim, nomeadamente para os indivíduos com DM. Nas últimas duas décadas, a tendência da política social tem consistido em promover a integração/inclusão, a participação e o combate à exclusão. Com a democratização do ensino, foi possível permitir o acesso à escolaridade de todas as crianças e jovens. A escola passa então a estar aberta a todos, enquadrando-se aqui o conceito de “escola inclusiva”. A escola inclusiva “preconiza que os objectivos educacionais e o plano de estudos são os mesmos para todos, independentemente das diferenças individuais de natureza física, psicológica, cognitiva ou social que possam surgir” (Despacho Conjunto n.º 105/97, de 1 de Julho).

Há, no entanto, que se ter em conta as diferenças individuais de cada aluno, encontrando estratégias e fazendo a gestão dos recursos e dos currículos.

Na escola actual, emerge com relevância a diversidade escolar como factor que desafia e exige mudanças curriculares. Cada vez mais, a diversidade (étnica, cultural, religiosa, etc.) constitui uma referência central para a acção das escolas e dos professores. Assim, é um valor a preservar e a respeitar nas escolas e na sociedade. Além disso, o desempenho docente de qualidade orienta-se por outros princípios essenciais associados à diversidade: ao da universalidade, no sentido em que a educação é um direito básico de todas as pessoas, e o da igualdade de oportunidades, entendida na acepção de que a escola deve procurar proporcionar a cada um as condições necessárias para que possa beneficiar do direito universal a uma educação de qualidade, tendo em conta as suas aspirações, particularidades e capacidades. Estes pressupostos constituem, portanto, os suportes da flexibilização curricular e das respostas curriculares alternativas ao currículo único.

A crescente “valorização da diversidade e da defesa da igualdade de oportunidades educativas para todos deram lugar a que, na escola, se encontrem condições para respeitar as diferenças e as necessidades específicas de cada aluno” (Correia, 1997, p.5).

Neste sentido, a educação especial está a atravessar um período de mudanças no nosso país, que poderá trazer alguns benefícios para os alunos, mas também irão questionar algumas práticas educativas desenvolvidas.

Tem-se assistido em Portugal a uma crescente preocupação com o desenvolvimento da eficácia do sistema educativo (...) o desafio (...) consiste em conseguir que alunos diferentes possam aceder, nas escolas e, se possível, nas classes regulares, a um currículo básico comum e ter acesso a diferentes programas de nível pós - básico que lhes garantam a integração social e profissional mais adequada aos seus interesses e às suas capacidades (Costa, 1999, pp. 78-79).

Para dar uma resposta mais eficaz à diversidade e melhoria da qualidade de ensino, o Ministério da Educação adoptou orientações e medidas legais face aos novos conceitos que caracterizam a escola inclusiva. A publicação do Despacho Conjunto n.º 105/97, de 1 de Julho, sobre a Organização e Gestão dos Apoios Educativos, vem responder à filosofia de escolas verdadeiramente inclusivas, que passa pelo apoio a todos os alunos com deficiência. A construção de uma escola democrática e de qualidade constitui o objectivo central da política do Governo. Nessa perspectiva, o enquadramento normativo da Educação Especial deve materializar-se num conjunto de medidas que constituam uma resposta articulada e integrada aos problemas e necessidades sentidas nas e pelas escolas, de acordo com um conjunto de princípios orientadores, nomeadamente: centrar nas escolas as intervenções diversificadas necessárias para o sucesso educativo de todos os alunos; assegurar, de modo articulado e flexível, os apoios indispensáveis ao desenvolvimento de uma escola de qualidade para todos; perspectivar uma solução simultaneamente adequada às condições e possibilidades actuais, mas orientada também para uma evolução gradual para novas e mais amplas respostas; introduzir uma mudança significativa na situação actualmente existente no âmbito dos apoios aos alunos com necessidades educativas especiais. Avaliando os aspectos mais positivos da experiência já adquirida neste domínio, procura-se criar as condições que facilitem a diversificação das práticas pedagógicas e uma mais eficaz gestão dos recursos especializados disponíveis, visando a melhoria da intervenção educativa que seja susceptível de se constituir como um espaço de reflexão, de

partilha de saberes, de coordenação de intervenções e de articulação de recursos, na perspectiva de uma valorização acrescida dos meios. Pretende-se, de igual modo, que os apoios educativos constituam uma resposta consistente com a descentralização e territorialização das políticas educativas, preconizando-se a possibilidade de articular apoios educativos diversificados necessários para a integração das crianças com necessidades educativas específicas, para o alargamento das aprendizagens, para a promoção da interculturalidade e para a melhoria do ambiente educativo nas escolas.

Outro modelo legislativo muito importante foi a publicação da Lei nº 46/86, de 14 de Outubro, Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE). Nesta lei nascem as primeiras tentativas de inclusão de alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) no ensino regular, surgem os princípios que preconizam “ a necessidade de garantir a igualdade de acesso e sucesso educativos a todos os alunos” (Madureira e Leite, 2003, p. 9).

No contexto actual de escola para todos é necessário adequar as práticas no sentido de uma filosofia o mais integradora possível passando por dois “princípios essenciais para um atendimento adequado a essa mesma criança, o da integração e o da inclusão” (Correia (1997, p. 10). Deste modo e de acordo com o tema, pretendemos dar resposta à seguinte questão:

Constituirá a Musicoterapia um Meio de Inclusão dos Alunos com Deficiência Mental nas nossas Escolas?

A escolha desta temática salienta, tal como foi referido, o facto de ser reconhecido o direito à educação de todos os alunos, o que pressupõe os alunos com DM. A nomenclatura usada ao longo deste trabalho de pesquisa ainda é a tradicional, porém, em 2007, a *Association of Mental Retardation* (AAMR) muda a sua designação para *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), substituindo o termo DM por “Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental” (DID) (Morato e Santos, 2007).

Nesta reflexão, partimos da própria experiência do investigador, dos pressupostos resultantes de uma revisão bibliográfica passível, de uma reflexão empírica, pretendendo contribuir para uma melhor clarificação e construção de atitudes e predisposições dos técnicos musicoterapeutas, perante o tema em estudo.

No intuito de facilitar uma leitura e possibilitar uma visão sintética do trabalho passamos a indicar os aspectos que consideramos pertinentes e relevantes, tratados em cada parte. Do ponto de vista metodológico este trabalho está dividido em duas partes: Parte I – Enquadramento Teórico do Tema; Parte II - Estudo Empírico.

Na primeira parte, mais propriamente no capítulo I, consta a abordagem da Perspectiva Histórica da Educação Especial, sua evolução, Escola como Comunidade Educativa, incluindo-se uma panorâmica diacrónica desde a Exclusão à Inclusão de pessoas com DM.

O capítulo II está centrado na problemática da DM. Neste capítulo, apresentámos uma panorâmica sintética dos antecedentes históricos da DM, no que diz respeito à evolução das atitudes tomadas ao longo dos tempos face ao aluno com DM. Analisámos o quadro conceptual da DM, referindo as principais correntes pedagógicas, as definições conceptuais tradicionais, à concepção mais actual, bem como as suas características.

Relativamente ao capítulo III, aprofundámos os constituintes da música, as diferenças entre música e musicoterapia, áreas de intervenção, e o seu papel no processo de inclusão que emergiu no centro das preocupações da Educação Especial e recebeu um impulso decisivo com a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994).

Na segunda parte do trabalho, Parte Empírica, procedemos à formulação do problema, dos objectivos, das variáveis, passando à caracterização da amostra, ao instrumento de recolha de dados, o questionário, descrevendo os procedimentos de elaboração, concepção e distribuição. Por último, procedemos à apresentação, interpretação e reflexão sobre os dados recolhidos.

Para finalizar o nosso trabalho, apresentámos a conclusão, seguida da bibliografia e do questionário em anexo.

Parte I – Enquadramento Teórico

Capítulo I

Enquadramento Sócio - Político e Legal da Educação Especial

Nos tempos mais remotos da humanidade, a educação como processo de interacção social realizou-se quase sempre no seio da Família, Tribo, Clã e fundamentalmente na Igreja, preparando os jovens para a vida social. No que concerne às Crianças/Jovens com DM, podemos afirmar que a educação evoluiu de forma gradual devido à mudança de mentalidade que se adquiriu através do conhecimento.

De facto e como refere Correia (1999), ao longo da História vamos encontrando posições políticas de exclusão social, por vezes extremas. Apesar de toda esta situação gerada ao longo dos tempos, o homem como Ser pensante compreendeu que era necessário alterar a concepção negativista de deficiência.

1. Breve Resenha Histórica do Aparecimento da Educação Especial

A Escola Comunidade Educativa que subjaz da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) e que se revê no conselho de Escolas/Área Escolar definido pelo Decreto-Lei n.º 172/91, de 10 de Maio, complementado pelo Decreto-Lei n.º 115 A/98, de 4 de Maio onde na sua nota introdutória se pode ler:

(...) a concepção de uma organização administrativa centrada na escola e nos respectivos territórios educativos tem de assentar num equilíbrio entre a identidade e complementaridade dos projectos, na valorização dos diversos intervenientes no processo educativo, designadamente professores, pais, estudantes, pessoal não docente e representante do poder local (...).

Sendo a educação um pilar fundamental no percurso escolar do aluno, eis a necessidade de conhecer e compreender o passado para melhor integrar/incluir. Podemos afirmar que a educação de crianças com DM tem, nos últimos anos, dedicado uma atenção especial à forma como encarar a diferença. Na verdade, ao longo da história da humanidade, as pessoas com DM sempre foram objecto de tratamento diferenciado. Alguns autores como

Lowenfeid (1997, cit. por Pereira, 1998) delimitaram a história da educação especial em três épocas: a primeira, pode-se considerar a pré-história da educação especial, sendo esta basicamente asilar, a segunda, caracteriza-se por um forte cariz assistencial, aliada a algumas preocupações educativas, defendendo que a educação deverá decorrer em ambientes segregados, e, finalmente, a terceira e a mais recente, apresenta uma nova abordagem do conceito e da prática da educação especial, caracterizada predominantemente pela preocupação com a inclusão dos deficientes com os seus iguais. A cada período, correspondem quatro estádios de desenvolvimento em relação à criança com NEE: Separação (aniquilar e venerar), Protecção (compadecer e proteger), Emancipação (Educar à parte, Era das Instituições), Inclusão (Aceitar e integrar, Era actual).

“A forma como a sociedade ao longo da história foi encarando as pessoas com deficiência está intimamente ligada a factores económicos, sociais e culturais de cada época” (Bairrão et al., 1998, p.15).

A história assinala políticas extremas de exclusão da sociedade, que iam desde o abandono em florestas até no cimo das montanhas. Nas cidades gregas, com a valorização que se dava ao aspecto físico, força e beleza, rejeitavam-se todos os seres imperfeitos. Assa (1971, cit. por Simon, 2000, p. 13, refere que em Esparta, uma Comissão Especial “reconhecia a criança e dava-lhe o direito ou não de sobreviver conforme fosse bem ou mal configurado”. Na referida cidade, eram sacrificados todos os aleijados, só os homens fortes e extremamente sadios deviam vingar. Assim sendo, muitos bebés eram eliminados à nascença. Na China, os surdos eram lançados ao mar, e na Gália eram sacrificados a Teutatis, em festas rituais. Em Roma eram abandonados e lançados ao rio Tibre, os que viessem a revelar DM, “os loucos”, eram encaminhados para espectáculos circenses (Bautista, 1997, pp. 22-23).

Durante este período, que é considerado como o período de separação do qual fazem parte duas práticas distintas: aniquilação e veneração. Neste tempo reinava o pensamento mágico, religioso. Na mesma época havia sociedades em que o cego era divinizado, acreditando-se que possuía uma visão sobrenatural, baseada numa capacidade de comunicação com os deuses ou então era possuído por espíritos malignos: pensava-se que, quem lhe fizesse mal seria alvo de uma vingança dos deuses (Pereira, 1993, p.6).

Durante a Idade Média, a Igreja afirmava que eram possuídos pelo demónio e outros espíritos malignos, submetendo-os a práticas exorcistas. Segundo Peixoto e Reis (1999), assiste-se a uma recolha gradual das pessoas com DM em asilos e mosteiros, criados para esse efeito. Nessa altura, as sociedades monoteístas acreditavam que ao protegerem e cuidarem dos deficientes, conquistavam um lugar no céu.

Porém, e ainda nesta mesma altura, continuavam a ser frequentes as cenas de apedrejamento das pessoas com DM. Milhares morreram nas fogueiras da Inquisição. Em muitas sociedades e diferentes épocas foram pura e simplesmente privados de direitos cívicos (Vieira e Pereira, 1996).

Os Séculos XVII e XVIII são caracterizados pela indiferença em relação às crianças que nasciam diferentes. Eram internados em orfanatos, manicómios, prisões e outros tipos de instituições estatais. Aí ficavam, entre outros, junto de delinquentes, velhos, pobres (Jiménez, 1997).

Curiosamente, é precisamente neste contexto que se levam a cabo as primeiras abordagens positivas relativamente ao tratamento de pessoas diferentes. Estudiosos como Ponce de León (1509-1584), Juan Pablo de Bonet (1579 – 1663), Michel de L'Épée (1712 – 1789), realizaram as primeiras experiências pedagógicas, visando essencialmente as deficiências evidentes: a cegueira, a surdez e a debilidade profunda (Vieira e Pereira, 1996).

Note-se, ainda e em registo exemplificativo, que em 1974, Valentin Haui criou em Paris um Instituto para as crianças cegas. Entre os seus alunos encontrava-se Louis Braille, que veio mais tarde a criar o famoso sistema de leitura e escrita, conhecido por sistema Braille. Por sua vez, Jacob Rodrigues Pereira, em 1749, demonstrou como se podiam ensinar surdos-mudos a falar e a ler, cerca de meio século depois, em 1801, Itard fez a primeira tentativa para educar uma criança encontrada nos bosques de Aveyron com DM profunda, treinando Victor o menino selvagem (Bautista, 1997, p. 22).

Com a Filosofia de Locke e Rosseau, de carácter mais humanista e tolerante, o despotismo e a ignorância destes tempos remotos sofreram alterações profundas, isto é o aparecimento das obras “Emílio ou a educação” e o mito do “Bom Selvagem “ propiciam uma nova forma de olhar as crianças deficientes (Correia, 1999).

Segundo Jiménez (1997), nos finais do século XVIII, inicia-se o período da institucionalização especializada das pessoas com deficiência e é a partir deste momento que podemos considerar o eclodir da Educação Especial.

2. A Evolução da Educação Especial em Portugal

Assim, a educação especial em Portugal, tal como nos outros países, iniciou-se no século XIX, com carácter assistencial, evoluindo progressivamente ao longo das décadas. A evolução dos conceitos e das práticas, relativas ao atendimento educativo das crianças e jovens com deficiência, segue uma sequência idêntica à dos outros países. Tal como nos outros países, em Portugal também a pessoa com DM começou por ser considerada um produto do sobrenatural, visto como um misto de repulsa e receio. Nos primórdios da educação especial em Portugal, mais propriamente em 1822/ 1823 foi criado em Lisboa por D. João IV o primeiro Instituto de Surdos – Mudos e Cegos, sendo o primeiro passo para a educação de crianças com deficiência, organizado pelo sueco Pedro Arom Borg. O referido Instituto é instalado no Palácio do Conde de Mesquitela em Lisboa, ficando a ser financiado pelo rei até 1827, altura da sua integração na Casa Pia de Lisboa (Costa, 1981; SNR, 1985).

A colocação das crianças em instituições tinha duas finalidades distintas: por um lado proteger as crianças da sociedade, e por outro, proteger a sociedade da problemática que constituem estas crianças. Posição que é em parte reforçada por Felgueira (1994, p.23), quando diz que “inicialmente os cuidados prestados aos deficientes, quando estes não permaneciam nas suas famílias, ocorriam em institutos, asilos ou hospitais de carácter segregado e assistencial, com o objectivo claro de proporcionar o isolamento da sociedade em geral”.

Em Portugal, esta primeira fase da Educação Especial ficou caracterizada pela fundação de Institutos e Asilos para surdos e cegos apoiados pela Assistência Social e pela criação e desenvolvimento do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, sob a tutela do Ministério da Instrução. A segunda fase da Educação Especial em Portugal, que se situa na década de 50 a 70, de chamada de Estado Novo, é marcada pelo apogeu das técnicas psicométricas e

do modelo de diagnóstico, que conduz, sobretudo, à preocupação em classificar e diagnosticar em vez de educar. Estavam criadas as estruturas básicas nas quais mais tarde viria a assentar a educação especial da iniciativa do Estado (Correia, 1999, p. 14).

À semelhança dos Institutos Médico-Psicopedagógicos existentes na Europa, havia em Portugal, desde 1940 o Instituto António Aurélio da Costa Ferreira, cujas valências eram:

- Educação e assistência aos menores anormais;
- Ajuda material e apoio às famílias;
- Aconselhamento médico-pedagógico ou psiquiátrico às famílias;
- Despiste de crianças anormais;
- Formação de Professores para o Ensino Especial;
- Investigação no campo médico-pedagógico e de Psiquiatria Infantil.

É no princípio da década de 60, que tem início uma maior intervenção oficial neste sector. Sob a responsabilidade da Assistência Social e, no quadro do Instituto de Assistência a Menores, são criadas diversas escolas especiais por tipo de deficiência em Lisboa, Porto, Braga, Vila Real, Viseu e Coimbra. Abrem-se internatos e semi-internatos para atendimento de alunos com deficiência visual, auditiva e mental, com a preocupação de responder às necessidades mais urgentes. Às crianças e jovens com DM é reconhecido o direito à educação especializada e à reabilitação, processada em estruturas específicas, com intervenção de professores e técnicos devidamente habilitados. Pretende-se, deste modo, garantir a especificidade da intervenção de profissionais qualificados em diferentes áreas. Realizam-se assim, cursos de formação de professores e de outros técnicos, inicia-se a organização de serviços de apoio domiciliário e, no final da década, assiste-se às primeiras experiências de integração de alunos deficientes visuais, através da criação das “salas de apoio”, com professores especializados, junto de Escolas Preparatórias ou Secundárias. Esta experiência foi posteriormente alargada, com a participação do Ministério da Educação, a algumas escolas do país então designadas primárias (Bautista, 1997).

Todo este desenvolvimento de estruturas educativas específicas é acompanhado de uma crescente preocupação com a observação e o diagnóstico médico-psicológico das crianças, de modo a possibilitar uma classificação destas em categorias destinadas às diferentes classes ou escolas. Certos alunos são retirados do ensino regular para poderem beneficiar de um programa especializado, de um ensino ministrado por professores especializados por

tipo de deficiência. Temos assim um “sistema acabado de educação que assenta num sistema de identificação e de classificação das crianças em categorias de deficiências, com base em testes de Q.I. como forma de legitimar a selecção das crianças para o sistema segregado” (Felgueira, 1994, p. 24).

Os deficientes mentais severos e profundos foram considerados não educáveis pelo que permaneciam, quase sempre, sem apoio e sem acesso a qualquer escola. Em face da fraca capacidade de resposta dada pelo Estado, assiste-se nesta época a um grande movimento de pais e amigos das crianças com deficiência para a criação de estruturas próprias a cada tipo de deficiência, de modo a que dessem resposta às necessidades dos seus filhos. Assim, nasceram a Liga Portuguesa de Deficiências Motoras, em 1956; a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, em 1960; a Associação de Pais e Amigos de Crianças Mongolóides, que em 1965, tomaria o nome de Associação Portuguesa de Pais e Amigos das Crianças Deficientes Mentais, a Associação Portuguesa para a Protecção às Crianças Autistas e a Associação de Pais para a Educação de Crianças Deficientes Auditivas, para assegurar o atendimento educativo das crianças com deficiência.

Por sua vez, em 1964, o Instituto de Assistência a Menores cria os Serviços de Educação de Deficientes apenas para as pessoas com Deficiência Mental, mais tarde para as pessoas com Deficiência Auditiva e, por último, para Pessoas com Deficiência Visual. Entre 1965 e 1970 o referido Instituto organiza e cria estabelecimentos para portadores de Deficiência Mental, Auditiva e Visual.

No sentido de contrariar a organização centralizada, o mesmo Instituto cria os Centros de Educação Especial localizados nos Açores, Bragança, Lisboa, Madeira, Porto e Viseu. Em 1967, foi criado o Centro de Reeducação de Viseu, para débeis intelectuais médios. Inicialmente para o sexo feminino e mais tarde alargado ao sexo masculino. Em 1971, foi criado o Centro de Educação Especial de Viseu, transferindo todo o serviço para o Internato Dr. Victor Fontes. Nesta altura, a casa Infante D. Henrique, em Viseu, atende crianças com deficiência auditiva dos 5 aos 16 anos.

No início da década de 70, o Ministro Veiga Simão apresenta publicamente as linhas gerais do seu projecto com proposta de modernização do sistema educativo. Tal reforma propunha uma política educativa mais dinâmica, capaz de pôr o sistema de ensino de acordo com os projectos políticos, que então se seguiram. Estes anos são marcados por

uma grande explosão escolar, por um aumento da escolaridade obrigatória e por uma necessidade estatística de apresentar um ensino medianamente desenvolvido, em termos quantitativos.

Foi nesta década que surgiu a Reforma do Ensino e o Ministério da Educação responsabiliza-se pela educação das crianças com deficiência. Na década de 70, o Ministério passa a assumir progressivamente o sector da Educação Especial.

Em 1972, criam-se as divisões do Ensino Básico e do Secundário (DEEB; DEES) e em 1976, as Equipas de Ensino Especial Integrado, que tinham como objectivo promover a integração familiar, social e escolar das crianças e jovens com deficiência.

Segundo Correia (1997, p. 26), “o apoio educativo centrava-se no aluno e a sua presença na classe regular não pressupunha modificações quer na organização quer no desenvolvimento do processo de ensino aprendizagem”. A existência de Institutos estatais dependentes de dois Ministérios torna o sistema um pouco mais complicado, e por isso, sentiu-se necessidade de uma completa clarificação de princípios e definição de objectivos.

A segunda fase, finais do século XVII, princípios do século XIX, inicia-se o período da institucionalização especializada de pessoas com deficiência, e é a partir de então que podemos considerar ter surgido a Educação Especial. A Sociedade toma consciência da necessidade de prestar apoio a este tipo de pessoas embora esse apoio se revestisse, a princípio, de um carácter mais assistencial do que educativo (Correia, 1997, p. 22).

A terceira fase é marcada pelo surgimento de uma nova concepção teórica e prática da Educação Especial caracterizada, predominantemente, pela integração escolar de crianças com deficiência, em conjunto com os seus pares. Foi um momento de viragem, que ajudou a mudar o paradigma anterior. Do ponto de vista político e social, o novo paradigma assentava na concepção de que todos os cidadãos tinham direito à educação e ao ensino, o qual se devia adaptar às suas necessidades.

Do ponto de vista científico, é contestado o papel exclusivo do diagnóstico médico e psicológico, passando a valorizar-se a educação como forma de mudança e a integração, como forma de normalização. Uma das principais consequências da normalização é o princípio da integração social da criança deficiente em todos os aspectos da vida, constituindo a integração escolar uma das etapas de transição para a integração, que

pressupõe uma integração entre a pessoa com deficiência e a comunidade. A integração é, assim, um processo que acarreta uma consequência, a necessidade de mudança na organização e planeamento da Educação Especial, que durante muitas décadas, se desenvolveu e ainda se desenvolve como mal menor, em sistemas que alguns apelidam de segregadores (escolas especiais, internatos, semi-internatos, institutos, etc.), mas de grande utilidade no campo social, educativo e profissional daqueles que são discriminados, ainda hoje nas escolas do ensino regular.

Por pressão dos pais, que se recusaram a admitir que a educação dos seus filhos implicava, necessariamente, o seu afastamento de casa para frequentarem uma escola especial (muitas vezes distante), surgiram as primeiras experiências de educação de alunos com deficiência em classes regulares.

Em 1973, o Ministério da Educação Nacional empreende uma Reforma do Ensino em Portugal, consagrado na Lei n.º 5/73 de Julho, onde, entre os objectivos gerais do ensino básico é referido “proporcionar às crianças deficientes e inadaptadas, bem como às precoces, condições adequadas ao seu desenvolvimento educativo” (Base VI-1.e).

A reforma levou a uma reestruturação do Ministério da Educação, com a criação, dentro das Direcções – Gerais do Ensino Básico e do Ensino Secundário, da Divisão do Ensino Especial, (D.E.E) criada pelo Decreto – Lei n.º 45/73, de 12 de Março e a Divisão do Ensino Especial e Profissional criada pelo Decreto - Lei n.º 44/73, de 12 de Fevereiro, as quais tinham como objectivos:

Efectuar o rastreio de crianças deficientes, ou inadaptadas, orientar, nos estabelecimentos públicos ou privados, actividades pedagógicas dos cursos ou classes especiais, dedicar especialmente interesse à integração das crianças diminuídas ou inadaptadas em classes normais, promovendo a criação de cursos de readaptação ou recuperação, colaborar activamente com os departamentos competentes do Ministério da Educação na formação e aperfeiçoamento dos agentes de ensino destinados às classes ou cursos especiais (art. 13.º do Decreto – Lei n.º 45/73, de 12 de Março).

Pela primeira vez em Portugal, o Ministério da Educação chama a si, embora timidamente, a tutela sobre a educação de crianças deficientes. A revolução democrática do 25 de Abril veio acelerar este processo, tendo em termos genéricos estabelecido mudanças significativas na concretização da sociedade e do homem que se deseja construir. Os

objectivos de democratização da educação ampliam-se; os professores e o Ministério da Educação ensaiam e desenvolvem estratégias para a integração das crianças deficientes visuais, auditivas e motoras; as “classes especiais” começam a ser contestadas e vão transformar-se em “salas de apoio”.

Por todo o país surgiram vários movimentos de pais e através de associações e cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas (CERCI) criam um marco importante no desenvolvimento do grupo de maior incidência, menos o da DM que, não tinha sido contemplado por parte da Direcção Geral de Assistência. No entanto, as crianças com DM terão ainda que esperar mais, cerca de dez anos, para começarem a entrar na escola do ensino regular, ainda que de uma forma cautelosa. Para percorrer esta caminhada, foram fundamentais três aspectos, cuja conjugação, permitiu que se assumisse o princípio da educabilidade de todas as crianças: (i) Passagem de uma escola meramente instrutiva a uma escola cuja função educativa, direccionada às massas e não às elites; (ii) A valorização da infância como espaço fundamental de desenvolvimento; (iii) O enquadramento pelos movimentos sociais, políticos e educativos, defensores dos valores democráticos da justiça e da igualdade.

A partir de 1975, o Ministério da Educação passou a apoiar estas escolas, no que diz respeito a instalações e funcionamento, através da DEE e DGEB.

A integração da Educação Especial no sistema de ensino em Portugal, tal como noutros países, foi influenciada pelo surgimento em 1975, nos EUA da *Public Law* (PL 94-142). Esta lei chama à atenção para que todos tenham: direito à escolaridade; ao Plano Individualizado de Ensino para todas as crianças com deficiência, igualdade de oportunidade no acesso à educação; utilização diferenciada para atingir os mesmos fins educacionais. Por sua vez, esta lei ao contemplar direitos iguais para todos os cidadãos em matéria de educação vai ter influência em todo o mundo.

Posteriormente à Revolução de Abril de 1974, no período democrático, estabelecem-se novos princípios na concretização da Sociedade e do homem que se deseja construir. Até então a responsabilidade estatal sobre as crianças deficientes era muito limitada, o auxílio dado pelas organizações internacionais ao nosso país é atribuído a favor da educação, tendo em vista um papel de particular importância no processo educativo para o desenvolvimento do país. Neste sentido, inicia-se uma política renovada da Educação

Especial, cujo objectivo principal é “consagrar um interesse particular à integração de crianças deficientes ou inadaptadas” (Dias, 1999, p.16).

A constituição de 1976 consagra nos art. n.º 73 e n.º 74 o direito ao ensino e à igualdade de oportunidades, garantido pelo estado a todos os cidadãos. Relativamente aos deficientes, o art. n.º 71 da referida Constituição estabelece que gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, como ressalva do exercício do cumprimento daqueles para os quais se encontram incapacitados.

Em 1975/76, era aprovada pela Assembleia Constituinte o texto da nova Constituição da República Portuguesa e pela primeira vez em Portugal, era declarado como um direito de todos os cidadãos Portugueses o direito à educação e à cultura, incumbindo-se o Estado de promover a democratização da educação e as condições para a sua realização. Mas dizia-se ainda que o “estado reconhece e garante a todos os cidadãos o direito ao ensino e à igualdade de formação escolar” (art. n.º 74.º -1) e deve “assegurar o ensino básico, universal obrigatório e gratuito” (art. n.º 74-3,a). E o texto constitucional ia ao ponto de declarar que “os cidadãos física ou mentalmente deficientes gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na constituição (...)”, (art.º 71 - 1). Constituem-se as Equipas de Ensino Especial Integradas, que têm como objectivo promover a integração familiar, social e escolar das crianças e jovens com deficiências sensoriais e motoras.

Como refere Correia (1999, p.26), “o apoio educativo centrava-se no próprio aluno, pretendendo que a sua presença na classe regular não pressuponha modificações, quer na organização quer no desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem”.

Em 1978 surgem acontecimentos extremamente marcantes na história da educação Inglesa com efeitos imediatos em vários países. Publicava-se em Inglaterra o Relatório *Warnock* (*Warnock Report*), que constitui um estudo detalhado e completo sobre as necessidades educativas das crianças com deficiência e dos serviços sociais e de saúde destinadas aos mesmos na Inglaterra. É, precisamente, o *Warnock Report* que propõe a abolição das categorias de deficientes, substituindo-as pelo conceito de Necessidades Educativas Especiais. Deste vasto relatório importa reter a recomendação de que a educação das crianças com deficiência se faça no interior do sistema regular de ensino.

Em 1979, com o Despacho n.º 59/79, de 8 de Agosto, eram definidos critérios para admissão para o “sistema regular de ensino, designadamente preparatório e secundário os alunos com deficiências físicas ou intelectuais”.

Mais tarde, é publicada a Lei n.º 66/79, de 4 de Outubro, conhecida por Lei da Educação Especial, que pressupunha a necessidade de coordenação entre vários organismos que tinham responsabilidade na Educação Especial.

A lei anterior tinha como base responsabilizar o Estado, através do Ministério da Educação, para os Serviços Educativos Especiais, assim como orientar e coordenar a nível central e regional, privilegiando o princípio da integração das crianças no sistema regular de ensino. Contudo, apesar das expectativas criadas, esta Lei nunca foi regulamentada.

Ainda em 1979, com a publicação do Decreto-Lei n.º 538/79, de 31 de Dezembro, havia a possibilidade da exclusão dos alunos com deficiência da escolaridade obrigatória. Considera ainda que, o “Estado assegurará o cumprimento da escolaridade obrigatória às crianças que carecem de ensino especial, para o que promoverá uma cuidada despiagem dessas crianças, expandirá o ensino básico especial e o apoio às respectivas escolas e intensificará a formação dos correspondentes docentes e pessoal técnico”.

A proclamação, do ano de 1981, pela Organização das Nações Unidas (ONU), como o Ano Internacional do Deficiente submetido ao lema “total participação e igualdade” foi outro acontecimento primordial, juntamente com uma série de acções, reflexões e medidas políticas desencadeadas em muitos países, entre os quais Portugal.

Após um grande período de identificação institucional, a Assembleia da República aprovou em 1996 a Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro - Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), que “estabelece o quadro geral do sistema educativo” e representa uma verdadeira viragem na organização desse sistema. Estes documentos constituem as linhas orientadoras da Política Educativa Especial no nosso país e nelas se basearam as medidas consignadas pelo Decreto-Lei n.º 319/91. Esta última legislação foi muito influenciada pela Lei Americana - PL-142- quer pela lei inglesa *Warnock Report*. Com a entrada em vigor do referido decreto, as escolas passam a ter a possibilidade de organizar o seu funcionamento com o apoio de Professores de Educação Especial e os alunos com Necessidades Educativas Especiais.

No entanto, a Declaração de Salamanca, aprovada em Junho de 1994, sobre os princípios, a política e as práticas na área das Necessidades Educativas Especiais (NEE) foi inspirada no princípio da inclusão. Mais tarde, é publicado o Despacho Conjunto n.º 105/97, de 1 de Julho, que veio estabelecer o regime aplicável à prestação de serviço de apoio educativo, em todo o sistema de ensino e educação não superior de acordo com os princípios consagrados na LBSE.

Sendo a educação uma instituição em constantes reformas, surge o Decreto-Lei n.º 3/2008, de 07 de Janeiro, tendo por base um novo sistema de avaliação e referenciação, designado por Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde. Este novo sistema (CIF, já publicado em 2001) vai ao encontro das exigências decorrentes de uma avaliação dinâmica, interactiva e multidimensional das NEE, uma vez que pela sua estrutura e objectivos permite classificar não apenas os níveis de funcionalidade e incapacidade do indivíduo, como também os factores ambientais que podem funcionar como barreiras ou facilitadores dessa funcionalidade, implicando o envolvimento e o contributo de profissionais de diferentes áreas. A aplicação da CIF no processo de avaliação das NEE decorre do facto deste conceito, no contexto actual da Educação Especial ser entendido numa perspectiva dinâmica, interactiva e multidimensional, compatível com os princípios e estruturas instruídos por este sistema de classificação.

Com o referido Decreto-Lei pretende-se “promover a igualdade de oportunidades, valorizar a educação e promover a melhoria da qualidade do ensino. Um aspecto determinante dessa qualidade é a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens”.

3. Educação Especial e Necessidades Educativas Especiais

O termo Educação Especial tem sido tradicionalmente utilizado para designar um tipo de “educação diferente da praticada no ensino regular e que se desenrolaria paralelamente a esta, sendo a criança a quem era diagnosticada uma deficiência, incapacidade ou diminuição, segregada para uma unidade ou centro específico” (Jiménez, 1997, p. 9).

Ao mesmo tempo que mudou o conceito de Dificuldades de Aprendizagem para Necessidades Educativas Especiais, a Educação Especial passa a ser encarada de outra forma, surgindo assim um novo modelo de Educação Especial. Podemos dizer que um aluno necessita de Educação Especial se tiver alguma dificuldade de aprendizagem que requeira uma medida educativa especial, decorrendo esta, da mesma forma que a Educação Regular. Isto é, já não é encarada como “a educação de um tipo de alunos, mas sim como o conjunto de recursos e materiais postos à disposição do sistema educativo” (Jiménez, 1997, p. 10), respondendo às necessidades, que de forma transitória ou permanente, alguns alunos possam apresentar.

Segundo Wedell (1992, cit. por Bairrão, 1998, p. 23), o termo Necessidades Educativas Especiais refere-se “ao desfasamento entre o nível de comportamento ou de realização da criança e o que dela se espera em função da sua idade cronológica”. Este termo não pretende excluir o conceito de deficiência, mas sim uma mudança de enfoque na análise da problemática da criança, passando a dar-se mais atenção à vertente educacional, isto é, às suas capacidades e a todos os factores que determinam a sua progressão no plano educativo.

O quadro que se segue ilustra-nos de uma forma mais clara as características dos termos Educação Especial no seu sentido tradicional e de Necessidades Educativas Especiais.

Quadro 1 - Características da Educação Especial e das Necessidades Educativas Especiais

Educação Especial no seu sentido tradicional	Necessidades Educativas Especiais
<ul style="list-style-type: none"> - Termo restritivo com múltiplas conotações pejorativas. - Costuma ser utilizado como etiqueta de diagnóstico. - Afasta-se dos alunos considerados normais. - Predis põe para ambiguidade, em suma para o erro. - Pressupõe uma etiologia estritamente pessoal das dificuldades de aprendizagem e / ou desenvolvimento. - Tem implicações educativas de carácter marginal, segregador. - Contém implicitamente referências a currículos especiais e, por isso, a Escolas Especiais. - Faz referência aos PEI partindo de um esquema curricular. 	<ul style="list-style-type: none"> - Termo mais amplo, geral e propício para a integração escolar. - Faz-se eco das necessidades educativas permanentes ou temporárias dos alunos. - As NEE referem-se às necessidades do aluno e, portanto, englobam o termo Educação Especial. - Estamos perante um termo, cuja característica fundamental é a sua relatividade conceptual. - Admite como origem das dificuldades de aprendizagem e / ou desenvolvimento, uma causa pessoal, escolar ou social. - As suas implicações educativas têm um carácter marcadamente positivo. - Refere-se ao currículo normal, e idêntico sistema educativo para todos os alunos. - Fomenta as adaptações curriculares individualizadas que partem do Esquema Curricular Normal.

Adaptado de Gallardo e Galego, (1993, cit. por Jiménez, 1997, p.11).

Assim, a escola de hoje tem vindo a alargar o leque das funções continuando a ser a predominante fonte de formação e educação dos cidadãos. São finalidades da escola educar e socializar, concebendo o ensino como a transmissão de saberes e experiências acumuladas pelas gerações. A escola tem sido encarada como um local de manutenção da ordem social dominante e lugar de reprodução social, cultural e económica, através de espaços de instrução que visavam a aprendizagem de um conhecimento oficial, que engloba, atitudes valores e conteúdos comuns, marcados pela ideologia dominante, mas na sociedade democrática faz sentir-se que a escola pública seja também um recurso que visa a democratização. A escola deve ser perspectivada como um mecanismo para o desenvolvimento de uma ordem social igualitária e democrática, dando novos significados ao conhecimento escolar perspectivando-o como uma construção social, cultural, histórica e como e política (Castro, 1995, p. 10).

Para Gordon Porter (1995), a escola inclusiva defende um sistema de educação e ensino para todos os alunos, incluindo os alunos com DM. O mesmo autor defende que todos os alunos deviam frequentar a escola do respectivo bairro e sempre em salas de aula

regulares, nas quais seriam prestados os apoios consoante às necessidades individuais. Segundo esta filosofia é a escola que se deve adaptar aos alunos, aos estilos e ritmos de aprendizagem, desta forma dá-se importância ao currículo inclusivo, o qual deve promover as actividades pedagógicas apropriadas a todos os alunos. Para tal ser possível é necessário uma reforma profunda do ensino regular, não só judicialmente, mas também na organização e gestão das escolas, como defende Costa (1999, p. 22).

O termo inclusão e educação inclusiva só são, por vezes, usados e compreendidos como sinónimo de Integração de crianças com deficiência ou daqueles que têm NEE, pois, numa primeira fase, a noção de escola inclusiva surgiu para dar uma resposta mais convincente à inserção das crianças com Necessidades Educativas Especiais no Ensino Regular. Mas a Educação Inclusiva acabou por tomar um sentido mais abrangente e deve ser entendida como educação para “todos”, porque “todos” somos especiais, temos características próprias que nos distinguem dos demais, e não apenas para um dos grupos vulneráveis ou com NEE. A Escola inclusiva enquadra-se no princípio da igualdade de oportunidades educativas e sociais, a que todos os alunos, sem excepção, têm direito a ser incluídos no mesmo tipo de ensino.

A “inclusão de todas as crianças no ensino regular aparece contemplada em muitos países, sendo vista como fundamental para promover uma sociedade em que cada um possa encontrar o seu lugar enquanto cidadão participativo” (Bérnard da Costa, 1996, p. 79).

O conceito de escola inclusiva, veiculado pela UNESCO (Declaração de Salamanca, UNESCO, 1994), sugere a ideia de que, no ensino regular, mais do que integrar, trata-se da escola incluir, desde o início, todas as crianças em idade escolar, quaisquer que fossem as suas características físicas, sociais, linguísticas ou outras.

Como refere Rodrigues (1989),

Cabe à escola regular organizar a resposta educativa a dois princípios aparentemente contraditórios: por um lado, possibilitar aos alunos com necessidades educativas especiais igual ou idêntico acesso ao currículo que os seus companheiros, e, por outro lado, proporcionar-lhe um apoio apropriado às suas necessidades específicas (p. 53).

Correia (1999) apresenta-se céptico em relação à assunção da escola actual como inclusiva, uma vez que o princípio de inclusão implica a reestruturação bastante significativa da escola e do currículo.

Bairrão (1998) assume uma posição pouco optimista no que concerne à implementação entre nós de uma escola inclusiva, pois menciona que são muitas as dificuldades com que nos deparamos aos diferentes níveis: jurídico, legislativo, educacional, científico, organizacional e financeiro.

Segundo Costa (1996, p. 161), “a escola inclusiva é a melhor escola para todos os alunos”. Nestas escolas serão formadas gerações mais justas e mais tolerantes onde as crianças com Necessidades Educativas Especiais aprenderão a conviver num mundo tão heterogéneo como é o seu.

Actualmente, tem-se discutido muito em torno deste conceito, que passou a constituir o tema de inúmeras investigações e publicações. Warwick (2001) assume a inclusão como um direito inalienável, o que significa que em termos educativos todos os jovens e crianças com Necessidades Educativas Especiais têm direito a serem incluídos na Educação do Ensino Regular.

Pode-se ainda referir que a inclusão é o “empenhamento da escola em receber todas as crianças, reestruturando-se de forma a poder dar resposta adequada à diversidade dos alunos” (Costa 1999, p. 28), isto é, de uma perspectiva centrada no aluno evoluiu-se para uma perspectiva centrada no currículo.

Correia (1999, p. 34) acrescenta ainda que a inclusão “é a inserção do aluno na classe regular, onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos adequados, contando-se para esse fim, com um apoio apropriado (...) às suas características e necessidades”.

Em síntese e de acordo com Benavente (1992), o princípio de atenção à diversidade é fundamental à construção da escola inclusiva. Equacionar as suas necessidades e relacioná-las com a construção construtivista das aprendizagens é fundamental. Avaliar no novo modelo significa recolher dados com o objectivo de formar decisões psico-educacionais, nesta perspectiva, a publicação do Decreto-Lei n.º 3/2008, de 07 de Janeiro, vem reforçar ainda mais o papel desta escola e menciona algumas terapias adequadas a crianças com

deficiência. Refere a musicoterapia como fundamental na Escola Inclusiva, como técnica de apoio a utilizar, a fim de melhorar o desempenho dos alunos com NEE.

Capítulo II - Deficiência Mental

Uma sociedade será tanto mais perfeita e democrática, quanto souber respeitar as diferenças, compreendê-las e aprender com elas. A ingerência no plano das consciências com vista a uma modificação de atitudes no sentido de abertura, da tolerância e do respeito pela vida e pelos indivíduos aparece, como a única via intercessora da construção de uma perspectiva positiva de um futuro que, inevitavelmente, será ainda mais partilhado, onde a convivência com a diferença será não uma opção mas um facto incontornável. Deste modo, a heterogeneidade, assume um papel importante no desabrochar e no desenvolvimento da comunidade educativa, bem como da própria sociedade, que infelizmente, por vezes, ainda se mostra resistente à diferença. Presentemente, vivemos numa sociedade concorrencial que parece apostar cada vez mais em fazer-nos esquecer a nossa condição humana. Sociedade, que se transforma a um ritmo cada vez mais vertiginoso. Assim, é fundamental conhecer alguns aspectos relativos à DM, tendo em conta a valorização dos direitos humanos, tais como a igualdade de oportunidades e o direito à diferença.

1. Evolução do Conceito

Ao longo dos tempos o conceito de deficiência mental tem sofrido sucessivas modificações, baseadas em critérios científicos e experiências realizadas com crianças com estas características. Como em qualquer outro indivíduo, as pessoas com deficiência mental têm um comportamento pessoal e social variável, daí não se poder falar em características iguais em todos os indivíduos. “Não existem duas pessoas, deficientes ou não, que possuam as mesmas experiências ambientais ou a mesma constituição biológica” (Pacheco e Valência, 1997 cit. por Bautista, 1999, p. 217).

Nos últimos anos elaboraram-se critérios claros acerca da DM mas esta tarefa tem-se revelado difícil. A definição da DM permanece controversa, não obstante os progressos

notáveis nos conhecimentos teóricos e nas práticas reabilitativas verificados nas últimas décadas (Albuquerque, 2000).

Até 1800, a DM não consta das preocupações científicas, mas podem encontrar-se referências no trabalho de investigação clínica médica, intitulado *Archipathologia* de Filipe Montalto (1614, cit. por Morato, 1995). Neste trabalho, é analisada como distinta a Deficiência Mental com os diferentes tipos de diagnóstico, prognósticos e terapêutica.

Nos finais do século XIX, Esquirol, 1818, e Séguin, em 1846 (cit. por Morato, 1995), investigaram na área da Deficiência Mental, sendo exemplo as primeiras propostas de definição da deficiência mental, distinguindo este conceito de loucos e criminosos.

Esquirol, em 1818, “descreveu ainda os vários níveis de deficiência mental fundamentando-se na importância desempenhada pelo desenvolvimento da linguagem, que actuaria como o critério definidor do nível intelectual” (Esquirol, 1818, cit. por Morato, 1995, p.22).

Séguin (1837, cit. Morato, 1995) cria a primeira escola para as crianças com deficiência mental, o conceito globalizante do desenvolvimento, a reprovação da “incurabilidade da DM”, o influir do encadeamento familiar e comunitário no desenvolvimento individual, a importância da variável da motivação e do material adaptado e diversificado, constituem alguns dos princípios vigentes na sociedade científica e educativa. Entre o final do século XIX até à Segunda Guerra, constata-se um aumento progressivo de definições e classificações da DM, emergindo posições e contradições teóricas. Uma das características deste período é a abordagem ao conceito de Deficiência Mental em termos operacionais pela necessidade decorrente da institucionalização da escolaridade obrigatória na maior parte dos países e de todas as suas implicações na investigação da aprendizagem. Este autor refere o exemplo de que em França, deficiência mental significava falar de inteligência em função de um critério académico, critério esse, baseado na avaliação psicométrica do Quociente Intelectual (QI). Em função de uma média baixa do QI, com a dificuldade de aprendizagem, surge a base das primeiras perspectivas de caracterização da deficiência mental.

Após a Segunda Guerra Mundial, a mentalidade da sociedade muda face às pessoas com deficiência, mas a dificuldade de definir e classificar a DM continua sem reagrupar

consensos. Na verdade, e segundo Morato (1995), foi a partir de 1959 que a referência ao comportamento adaptativo apareceu como elemento da definição da Associação Americana para a DM.

Assim, a importância anteriormente atribuída ao QI foi transferida para os aspectos sociais. A partir desta data a referência ao comportamento adaptativo não é mais do que a capacidade de adaptação às exigências naturais e sociais do meio. Segundo Pacheco e Valência (1996), no início dos anos 60, a Associação Americana para a DM, que é o Organismo Científico mais antigo e mais importante na abordagem deste problema, faz a associação deste comportamento adaptativo a um funcionamento intelectual abaixo da média. Posteriormente, em 1968, a Organização Mundial de Saúde reforça a relação entre adaptação e aprendizagem, definindo como “um funcionamento intelectual geral inferior à média, com origem no período de desenvolvimento associado a uma alteração do ajustamento ou da manutenção, na aprendizagem e na socialização”, afirma Ajuriaguerra (1994, cit. Morato, 1995, p.12).

Nos últimos tempos têm vindo a registar-se modificações significativas ao nível do conceito e da definição de DM numa tentativa de compreender a condição desta deficiência e implementação de uma terminologia, classificação e sistema de apoios mais concretos e de fácil aplicação. As classificações de DM profunda, grave, moderada e ligeira, continuam a ser discutidas, porque apesar da evolução positiva que se tem vindo a notar no conceito de DM, estas têm implicações de carácter estigmatizante. Apesar da revisão do Manual da Associação Americana para a DM, efectuada em 1997, mantém-se a mesma definição, contudo, Grossman (1997, cit. por Pereira, 1998) aponta a dificuldade de um sistema de classificação preciso, pelas seguintes razões:

- O atraso mental não é uma doença, mas um estado de incapacidade de um indivíduo, notória no seu comportamento e que tem origem em várias causas;
- Pessoas com o mesmo diagnóstico médico, o mesmo nível de inteligência e comportamento adaptativo, podem ser diferentes nas suas habilidades e numa série de características que não são tidas em conta nas avaliações feitas pelos médicos e psicólogos;
- É difícil estabelecer um acordo face às características que distinguem o atraso mental do autista, o distúrbio emocional de uma dificuldade de aprendizagem.

A Associação Americana para a Deficiência Mental (1992, cit. por Vieira e Pereira, 1996) actualizou e especificou melhor a definição de DM referindo-se a limitações substanciais no funcionamento actual. É caracterizado por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitantemente com limitações em duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação e independência pessoal, vida em casa, comportamento social, utilização de recursos da comunidade, tomada de decisões, cuidados de saúde, segurança, aprendizagens escolares (funcionais), ocupação dos tempos livres.

A concepção de DM é qualificada como uma mudança de paradigma, fundamental para uma alteração de mentalidades e atitudes dos educadores, professores e sociedade em geral. Este novo paradigma centra-se em três elementos determinantes: capacidades, meio envolvente e funcionalidade. O ambiente onde o indivíduo se desenvolve é essencial já que a DM pode resultar da interacção do indivíduo com limitações intelectuais e o meio onde vive. Esta nova definição revela uma mudança bastante significativa na concepção da DM. Assim, passou-se a acreditar que, com a implementação dos apoios necessários, será possível melhorar as capacidades dos indivíduos com esta deficiência (Associação Americana para a Deficiência Mental, 1992, cit. por Morato, 1995).

Na DM, a capacidade de adaptação do sujeito ao objecto, ou da pessoa ao mundo, é o elemento mais fortemente relacionado à noção de “normal”. Teoricamente, deveriam ficar em segundo plano as questões de QI, já que a unidade de observação é a capacidade de adaptação. Esta capacidade de adaptação é denominada de “comportamento adaptativo”, que é definido como “a eficácia ou o grau com que o indivíduo encontra o padrão de independência pessoal e responsabilidade social esperada para a sua idade ou grupo social” (Grossman, 1983, cit. por Vieira e Pereira, 2003, p.45).

Quando a criança entra para o Jardim-de-infância e se nota algo de anormal recorre-se logo à ficha da anamnese, a partir daí há um grande caminho a percorrer se a criança tiver algum tipo de deficiência, esta começa a notar-se com maior evidência a partir do segundo ano de escolaridade. Se, se verificar algo de anormal deverá recorrer-se a estratégias e a métodos adequados. Esta intervenção começa pela avaliação psicológica que nos refere logo se o aluno tem ou não um défice cognitivo abaixo da média. A DM manifesta-se antes dos 18 anos pelo facto de este tipo de crianças não conseguirem atingir as competências

esperadas até aquela idade. Utilizamos o critério psicométrico quando estamos conscientes de que existem limitações. Sendo assim, a DM pode ser caracterizada pelo QI inferior a 70, média apresentada pela população, conforme padronizada em testes psicométricos, ou por desfasamento cognitivo em relação às respostas esperadas para a idade e a realidade sociocultural, segundo provas, roteiros e escalas. Mas a definição da Associação Americana da Deficiência Mental (1992) acrescenta o comportamento adaptativo, deixando para trás a exclusividade do indivíduo na caracterização de DM, abrangendo assim uma actuação conjunta com o envolvimento do indivíduo.

Segundo Pacheco e Valência (1997), a DM pode ser definida fundamentalmente por três correntes: (i) Corrente Psicológica ou psicométrica, medida em testes e expressa em termos de QI. Os principais impulsionadores da corrente psicométrica foram Binet e Simon; (ii) Corrente Sociológica ou Social, caracteriza o DM como aquele indivíduo que é incapaz de ser autónomo e de se adaptar ao meio social em que vive; (iii) Corrente Médica ou Biológica, define a DM como um substrato biológico, anatómico ou fisiológico e manifestar-se ia durante o desenvolvimento, até aos 18 anos.

Para os citados autores, estas correntes e as definições da AADM (1982) e da OMS (1968) apresentam muitas semelhanças e são as que têm mais aceitação pelos diversos autores. Afirmam também que para além destas há outras correntes mais recentes que podem juntar-se às acima referidas, que passamos a apresentar:

A Corrente Comportamentalista, estudada pelos partidários da Análise Experimental do comportamento, em que consideram que o ambiente influencia a DM. O défice mental é um défice de comportamento que deverá ser interpretado como produto de interacção com quatro factores:

- Factores biológicos passados (genéticos, pré-natais, pós-natais);
- Factores biológicos actuais (drogas ou fármacos, cansaço ou *stress*);
- História anterior com o meio (reforço);
- Condições ambientais presentes ou outras situações actuais.

A Corrente Pedagógica é aquela em que o deficiente mental é o indivíduo que tem maior ou menor dificuldade em seguir o processo regular de aprendizagem, tendo por isso “necessidades educativas especiais, ou seja, necessita de apoios e adaptações curriculares que lhe permitam seguir o processo regular de ensino”. A escola é o lugar onde se

detectam a maioria das deficiências, ligeiras ou limiades, já que estas passam despercebidas mais facilmente entre a população não escolar e nas primeiras etapas do desenvolvimento (Bautista, 1997, p. 211).

Os defensores desta corrente referem que o moderno conceito de DM surge a partir do momento em que as sociedades exigem a escolarização obrigatória e o ter que superar determinados níveis académicos para que uma pessoa se possa integrar na sociedade, pelo menos com algumas possibilidades de êxito. Portanto, há a necessidade de um currículo alternativo, de apoio e adaptação de metodologias que lhe permitam acompanhar o processo regular de ensino.

2. Graus de Deficiência Mental e Apoio Educativo

Embora existam diferentes correntes para determinar o grau de DM, como já referido, são as técnicas psicométricas que se impõem, utilizando o QI (Quociente Intelectual) para a classificação desse grau. O conceito de QI é o resultado da multiplicação por cem do quociente obtido pela divisão da IM (Idade Mental) pela IC (Idade Cronológica). Atendendo ao QI, existem cinco níveis ou graus de DM propostos pela Associação Americana para a Deficiência Mental (1982) e pela Organização Mundial de Saúde (1968) (ver quadro 2).

Quadro 2 - Níveis de Deficiência Mental

Classificação apresentada pela Associação Americana para a Deficiência Mental e pela Organização Mundial de Saúde	
Quociente Intelectual	Denominação
68-85	Limite ou Bordeline
52-68	Ligeira
36-51	Média
20-35	Severa
Inferior a 20	Profunda

Fonte: Bautista, 1997, p. 212

Para Morato (1995), os testes psicométricos estabelecem, através de um valor numérico, a fronteira entre DM e inteligência. Neste sentido, são vários os factores que podem influenciar o desempenho nos testes, tais como a motivação, o tempo, o lugar de realização, a subjectividade de quem classifica, podendo esta classificação produzir efeitos negativos, repercutindo-se na educação da criança (Vieira e Pereira, 1996).

É fundamental que se tenha em atenção que as capacidades e aptidões das crianças com DM variam bastante não podendo classificá-las apenas através do QI, o que se poderá tornar demasiado limitativo (Pelica, 1989; Fonseca, 1994). Com base na classificação atrás abordada podemos afirmar que :

- **Deficiência limite ou Bordeline.** É uma classificação recentemente introduzida no quadro da classificação. São indivíduos com muitas potencialidades que manifestam apenas um atraso nas aprendizagens, ou algumas dificuldades concretas. O seu QI encontra-se entre 68-85. A maior parte destas crianças sentem dificuldade a nível das actividades que envolvem raciocínio, revelam pouco atraso em relação às áreas perceptiva e motora, desenvolvem aprendizagens sociais e de comunicação, revelam capacidades para se integrarem no mundo do trabalho, necessitando de alguma supervisão e orientação. Na realidade, não se pode dizer que são deficientes mentais, já que são crianças que manifestam apenas um atraso nas aprendizagens ou algumas dificuldades concretas.

- **Deficiência Mental Ligeira.** É muito difícil para o professor e psicólogo verificar se está perante uma criança com dificuldades específicas na aprendizagem ou uma criança com DM. Esta deficiência só é identificada quando as crianças entram para a escola, pois revelam algumas dificuldades de aprendizagem. As crianças com deficiência mental ligeira adquirem conhecimentos escolares básicos e capacidades específicas do 6º ano e vivem com autonomia na sociedade. Geralmente não apresentam problemas de adaptação ao meio familiar e social.

- **Deficiência Moderada ou Média.** Apresentam dificuldades já a nível do pré-escolar, dificuldades essas que se vão acentuando à medida que a criança vai crescendo, manifestam-se a nível intelectual, social e motor. O indivíduo com este tipo de deficiência apresenta dificuldades no raciocínio, incapacidade de transferência de um conceito para outro, no entanto, adquirem hábitos de autonomia

peçoal e social, vivem com alguma autonomia na sociedade, adquirem conhecimentos escolares básicos (4º ano). Estas crianças precisam de programas educativos individuais. Quando adultos poderão estar aptos a desempenhar ocupações qualificadas, necessitando porém de supervisão. Apresentam um desenvolvimento motor aceitável e têm possibilidades para adquirir alguns conhecimentos pré-tecnológicos básicos que lhes permitam realizar algum trabalho.

- **Deficiência Mental Severa.** Diz respeito a uma DM, em que as crianças têm um nível de autonomia social ou pessoal muito pobre, necessitando geralmente de ajuda e protecção. Apresentam por vezes problemas psicomotores importantes. Poderão aprender algum sistema de comunicação, mas a sua linguagem verbal será sempre muito deficitária, pois a pronúncia de palavras com três sílabas é difícil. Necessitam de programas próprios. Estas crianças podem ser treinadas em algumas actividades básicas e em aprendizagens pré-tecnológicas muito simples.

- **Deficiência Mental profunda.** Finalmente as crianças com deficiência mental profunda são identificadas à nascença. Revelam ao longo do seu desenvolvimento um grande atraso nas diferentes aquisições e nas capacidades mínimas ao nível da área sensorio-motora. A sua autonomia diária é parcial, mas pode melhorar se o meio a estimular. É uma criança com muitas limitações a nível da comunicação, recepção e transmissão de mensagens. São pessoas que necessitam de cuidados e de supervisão permanentes (Pelicia, 1994; Morato, 1995).

Esta classificação por graus de DM irá também depender da história de vida do indivíduo, do apoio familiar e das oportunidades que lhe são oferecidas durante a sua vida. As crianças com este tipo de deficiências têm necessidade de apoios, estes apoios, segundo a AADM (1992), podem ser classificados da seguinte forma:

- **Intermitente:** é o apoio esporádico, dado que o indivíduo apenas necessita desse apoio durante um determinado período. Ex: perda de emprego temporária.
- **Limitado:** apoio necessário durante um determinado período de tempo, para realizar uma determinada tarefa; é limitado no tempo, mas é dado de forma contínua e sistemática.
- **Extensivo:** é o apoio regular em mais do que um contexto e sem limite de tempo.

- **Permanente ou Pervasivo:** é um apoio constante, com elevado nível de intensidade, em vários ambientes.

3. Características da Deficiência Mental

Nas pessoas com DM, tal como nos outros indivíduos, o comportamento social e pessoal é muito variável, pois cada ser humano tem características específicas, daí não se poderem agrupar os indivíduos, na medida em que cada um é um ser individual e possui características que lhe são inerentes. A criança/jovem com DM tem problemas a nível da memória a curto prazo, necessitando de bastante tempo para adquirir determinadas competências, tendo de se repetir várias vezes aquilo que foi ensinado. O seu comportamento social é o reflexo das crianças mais jovens, e as suas emoções não se adequam a si próprios. A nível da linguagem e da fala também pode não estar desenvolvida, por sua vez, estes indivíduos desenvolvem de modo diferente as suas competências académicas, sociais e vocacionais, dependendo do grau dessa diferença do facto de a deficiência ser ligeira, moderada, severa ou profunda (Nielsen, 1999).

Os estudos realizados no sentido de tentar caracterizar as pessoas com DM no seu aspecto físico e no seu comportamento pessoal e social e dada a enorme variedade de comportamentos apresentados, tornam-se pouco generalizáveis (Pacheco e Valência, 1997).

Assim, as características associadas como típicas da DM resultam de estudos comparativos em relação à sociedade. Estas características diferenciais devem estar bem presentes, pelo facto de qualquer programa educativo que se faça e se aplique vai estar dependente destas características, caso estas não estejam contempladas, poderão provocar um obstáculo no desenvolvimento. Como tal, Quiroga (1989, cit. por Pacheco e Valência, 1997) refere as seguintes como mais importantes:

- A nível físico: salienta-se, a falta de equilíbrio, dificuldades de locomoção, dificuldades de coordenação e dificuldades de manipulação;

- A nível pessoal: predomina a ansiedade, falta de auto controlo, tendência para evitar situações de fracasso, possível existência de perturbações da personalidade e um fraco controlo interior.
- A nível social: verifica-se um atraso evolutivo em situações de jogo e lazer, memória activa e semântica, problemas de categorização, défice linguístico, problemas nas relações sociais.

Pacheco e Valência (1997) referem que a evolução global da criança/jovem com DM ocorre da mesma forma que numa criança sem qualquer tipo de deficiência, processando-se por etapas: sensório motor, pré-operatório, operações concretas e operações formais.

Para melhor compreender cada etapa de desenvolvimento da criança, na perspectiva de Piaget, ficam algumas considerações pertinentes (Monteiro, 2010)

Estádio sensório motor

No estágio sensório-motor, a inteligência é fundamentalmente sensorial – a criança capta todas as informações que recebe através dos órgãos dos sentidos – motora – exprime-se através de movimentos. É uma inteligência prática, em que não há linguagem nem a capacidade de representar mentalmente os objectos. Começando por uma actividade essencialmente reflexa, a criança vai construindo progressivamente novos meios que lhe permitem explorar o ambiente, agindo sobre ele. É através dos esquemas sensório motores que se processa a adaptação ao meio.

É neste estágio que aparece a noção de objecto permanente ou permanência do objecto – a criança procura um objecto escondido porque tem a noção de que o objecto continua a existir mesmo quando não o vê. É graças à observação e à exploração do mundo que a rodeia que a criança constrói estruturas cognitivas imprescindíveis ao desenvolvimento das estruturas lógicas que aparecerão mais tarde. Este estágio começa no nascimento até cerca dos dois anos de idade.

Estádio pré-operatório

Uma das mais importantes conquistas deste estágio de desenvolvimento é a emergência da função simbólica, isto é, a capacidade de representar mentalmente objectos ou acontecimentos que não ocorrem no presente, através de símbolos – palavras, objectos, gestos. A linguagem é uma das mais importantes manifestações da função simbólica: as palavras, as frases representam pessoas, situações, objectos, acções. No jogo simbólico, no fazer de conta, a criança imita, representa um conjunto de comportamentos, de acções: finge que dorme, que lê o jornal, etc. Os objectos passam a representar o que a criança deseja: um garfo pode ser um telefone ou um avião. A imagem mental (representação mental de objectos ou acções não presentes no campo perceptivo) e o desenho são também manifestações da função simbólica. Este estágio vai buscar a sua designação – pré-operatório – ao facto da criança já pensar mas ainda não ser capaz de fazer operações mentais. É um pensamento intuitivo baseado na percepção dos dados sensoriais. Nas experiências levadas a cabo por Piaget, a criança responde à questão que lhe é colocada com base na aparência, isto é, com os dados imediatos da percepção – depois de ter constatado que dois copos têm a mesma quantidade de líquido, se diante dela se verter o líquido de um dos recipientes para um copo mais alto e mais fino, a criança responderá que este tem mais quantidade de líquido.

Uma outra característica deste estágio é precisamente o egocentrismo que impede a criança de compreender que, sobre a realidade, há outras perspectivas para além da sua. Domina, portanto, uma visão unilateral e superficial do real. A realidade, encarada por um pensamento mágico é o que a criança sonha e imagina no jogo simbólico (dos dois aos 6/7 anos).

Estádio das operações concretas

É durante este período que as crianças começam a ultrapassar o egocentrismo que caracteriza o período pré-operatório. O pensamento é lógico, desenvolvendo conceitos e sendo capaz de realizar operações mentais. Contudo como a designação do estágio indica, só é capaz de operar, de resolver problemas, concretamente, isto é, se estiver na presença dos objectos, das situações. A capacidade de operar assegura que já há reversibilidade: no

exemplo atrás descrito, já é capaz de dizer a quantidade de líquido é a mesma, porque interiormente, mentalmente, processa a acção inversa. Desenvolve, assim, a noção de conservação da matéria sólida e líquida e, mais tarde, do peso e do volume. Desenvolve os conceitos de espaço, tempo, número e lógica. Compreende a relação parte-todo e já é capaz de fazer classificações e seriações (dos 6/7 aos 11/12 anos).

Estádio das operações formais

Este estágio caracteriza-se pelo aparecimento de um novo tipo de pensamento: um pensamento abstracto, lógico e formal. Diferentemente do estágio anterior, já resolve os problemas, já opera sem o suporte concreto – realiza operações formais. Coloca mentalmente as hipóteses deduzindo as consequências: raciocínio hipotético-dedutivo. Pensa abstractamente, formula e verifica hipóteses. Esta capacidade abre caminho à reflexão filosófica e científica. Compreende que, para além da sua perspectiva sobre um dado problema ou situação, os outros podem ter posições diferentes. Assim, surge um novo tipo de egocentrismo: o egocentrismo intelectual, que leva a criança (adolescente) a considerar que através do seu pensamento pode resolver todos os problemas e que as suas ideias e convicções são as melhores. Este estágio situa-se dos 11/12 aos 16 anos.

4. Prevenção da Deficiência Mental

A melhor intervenção é, na opinião de vários autores, o modelo de medicina preventiva. Fonseca (1989, p. 59) afirma que “um pouco de prevenção vale mais do que muita terapia”. Segundo o mesmo autor, só a aplicação e a implementação de medidas preventivas com ampla cobertura médico social de toda a população em geral sem qualquer tipo de discriminação pode reduzir significativamente os casos de DM. Passamos a analisar os três tipos de prevenção onde a escola inclusiva tem o seu papel a desempenhar.

Prevenção Primária - Este tipo está relacionado com as medidas, no sentido de reduzir ou eliminar os factores causais da deficiência mental tais como:

- Uma educação pública tendo como meta a mudança de atitudes e valores que envolvem o conceito de DM;
- Uma abordagem política que tenha em consideração os problemas relacionados com a saúde das populações em geral;
- Uma legislação adequada que proporcione cuidados de saúde materno - infantil;
- O erradicação de doenças que podem causar danos pré ou pós natais do sistema nervoso;
- O aconselhamento genético adequado assim como a identificação de possíveis distúrbios genéticos;
- Programas suplementares de melhoria e assistência social para crianças e mães de condição sócio e económica baixa.

Todas estas medidas podem reduzir de forma significativa, a incidência da DM.

Prevenção Secundária e Terciária - Este tipo de prevenção encontra-se relacionado com a identificação precoce e o tratamento adequado de perturbações ou condições associadas com a DM, devendo estas ser tratadas de modo a abreviar o desenvolvimento da doença, minimizando as sequelas ou prejuízos consequentes.

Begad (1981, cit. por Bairrão, 1981) atribui uma grande importância à prevenção genética na diminuição dos casos com DM, na medida em que as DM graves de causa orgânica estão em grande parte relacionadas com factores genéticos.

Segundo Chess e Hassibi (1982), as desordens genéticas e metabólicas, como a fenilcetonúria e o hipotiroidismo, quando identificados e tratados atempadamente podem limitar ou até eliminar o risco de baixo funcionamento intelectual.

De acordo com Fonseca (1989), também as medidas de vacinação têm um efeito preventivo como é o caso da rubéola. A rubéola é uma doença que pode ser evitada com a vacinação. As mulheres que não tiveram acesso à imunização enquanto crianças poderão fazê-lo posteriormente. Aquele grupo de mulheres que não têm a certeza se tiveram rubéola, ou não, deverão fazer o teste. Só o diagnóstico precoce é uma intervenção atempada e adequada podem reduzir os problemas relacionados com a DM.

Segundo Bairrão (1981), o progresso da medicina e a melhoria dos cuidados obstétricos e neonatais são os responsáveis pela diminuição das taxas da prevalência da deficiência mental.

Para o mesmo autor, “o estudo da etiologia nos casos mais leves é também decisivo em termos de prevenção especial, para aquelas crianças que a sociedade e a escola vão tornar deficientes sem que para isso haja à partida condições muito determinantes” (Bairrão, 1981, p. 104).

Neste contexto, Kirk e Gallagher (1991) afirmam que uma mudança e melhoria dos ambientes sociais pode evitar a DM ou pelo menos reduzir os seus efeitos mais graves. Na opinião destes autores, a intervenção em idade precoce facilita o processo de prevenção desta deficiência.

5. Etapas Educativas

Para Bautista (1997, p. 217), as crianças com DM encontram-se limitadas nas suas capacidades de aprendizagem, como tal, o professor não pode deixar de considerar estas limitações sob o ponto de vista cognitivo, social, físico e emocional.

Na opinião de Sainz e Mayor (1989), referidos por Bautista (1997), existem défices cognitivos importantes nos alunos DM tais como: problemas de memória, problemas de categorização, dificuldades na resolução de problemas, dificuldades de linguagem e dificuldades no relacionamento social.

Bautista (1997, p. 218) classifica as dificuldades com que nos confrontamos no desenvolvimento de uma DM da seguinte forma: dificuldades psicomotoras, sensoriais, nas

relações sociais; autonomia e de linguagem. É importante que na altura de planificar qualquer intervenção educativa tenhamos em conta todas estas dificuldades. Só após uma avaliação cuidada de todas as potencialidades e limitações do indivíduo, poderemos estabelecer o programa mais adequado às suas características, tendo como objectivo potencializar ao máximo o seu desenvolvimento. Bautista (1997) estabelece três importantes etapas educativas que passaremos a caracterizar:

- A Educação em casa;
- A educação no Jardim-de-infância;
- Educação na escola do 1º ciclo do Ensino Básico.

a) A educação em casa

É durante este período que as crianças estão em contacto permanente com os pais, em amas ou em creches, e que correspondem às primeiras etapas da sua vida, é da maior importância no seu desenvolvimento. É neste período que a acção pedagógica tem maior hipótese de eficácia. Segundo Spech (1978, cit. por Bautista, 1997), essas possibilidades baseiam-se fundamentalmente nos seguintes princípios:

- O meio ambiente tem enorme influência na aprendizagem, através da estimulação directa ou indirecta de cada criança.
- Tudo o que a educação pode oferecer à criança nestas idades requer menor esforço educativo do que nas idades posteriores.
- Podemos afirmar que as primeiras pessoas a exercerem essa acção educativa são os pais e as restantes que façam parte do seu ambiente familiar, daí que é importante que estas recebam orientações e auxílio necessários para que o desenvolvimento da criança se processe de forma razoável desde o princípio.
- A educação precoce deverá ter em conta todos os aspectos do desenvolvimento tais como: motricidade, percepção, linguagem, socialização e afectividade. Todos estes aspectos devem ser compreendidos no seu todo e não isoladamente.

b) A educação pré-escolar

Muito embora, a educação pré-escolar ainda não seja de carácter obrigatório no sistema educativo português, pode verificar-se que muitas das crianças com quatro anos já frequentam este estabelecimento de ensino. Contudo, nesta etapa educativa já deve existir uma intervenção pedagógica orientada e uma aprendizagem organizada.

Segundo ainda Spech (1978, cit. por Bautista, 1997), as tarefas fundamentais que a educação pré-escolar deve ter em conta são:

- Estimulação e motivação para a aprendizagem e para actividades relacionais.
- Educação sensório-motora e psicomotora.
- Treino de autonomia e hábitos de higiene.
- Educação rítmica.
- Iniciação à comunicação social.
- Educação verbal elementar.

c) A educação na escola

A educação no período escolar deve incidir no desenvolvimento de todas as potencialidades da criança com DM tendo como finalidade prepará-la para que esta se consiga orientar e saiba resolver as suas necessidades no mundo que a rodeia. Por sua vez, deverão ser valorizadas todas as actividades que a ajudem a adquirir capacidades suficientes para que esta consiga desenvolver-se como pessoa. De acordo com Bach (1969, cit. por Bautista, 1997), as áreas a trabalhar são:

- Socialização;
- Independência;
- Destreza;
- Domínio do corpo;
- Capacidade preceptiva;
- Capacidade de representação mental;
- Linguagem;
- Afectividade.

A selecção dos objectivos e dos conteúdos dos programas de aprendizagem dependerá de cada criança. Tem de se ter em conta as suas potencialidades individuais, daí que o ensino deve ser o mais individualizado possível. Quando se fala na educação da criança com DM temos de ter em conta os princípios de Piaget, que são referidos por Spech (1978) e por Bautista (1997).

- **Princípio activo** - este principio refere que o ensino não deve ser teórico e da mera representação de objectos. Para que haja aprendizagem a criança tem de ser posta numa relação directa com os objectos.
- **Princípio de estruturação** - refere que o ensino deve ser subdividido em pequenas etapas, para que seja possível à criança atingir os objectivos propostos.
- **Princípio da transferência** - as aprendizagens devem ser utilizadas em situações idênticas, é necessário repetir muitas vezes uma determinada aprendizagem.
- **Associação da linguagem e acção** - para que exista associação entre o sistema de sinais verbais e a experiência em curso, toda a acção deve estar ligada à palavras correspondentes. Este tipo de trabalho contribui para o desenvolvimento cognitivo.
- **Motivação para as aprendizagens sociais** - na educação do aluno com deficiência mental é necessário existir em situações positivas de aprendizagem nos aspectos sociais e afectivos. Uma situação contrária pode afectar acentuadamente a disponibilidade do aluno para as aprendizagens, bem como os resultados a obter.

Os alunos com DM têm necessidades educativas que lhe são próprias, as quais a escola deve dar resposta. Na opinião de Correia (1997), a modalidade de atendimento mais adequada relativamente à criança com necessidades educativas especiais, deve ser determinada pelo “Plano Educativo Individualizado”. A inclusão de crianças, não é mais do que possibilitar a cada aluno diferente, diferentes oportunidades, em função das suas condições de origem e das suas necessidades, interesses e motivação, garantindo assim a todos, a oportunidade de sucesso. A educação para a inclusão pressupõe que toda e qualquer actividade no âmbito da escola, seja importante e significativa para os diferentes actores envolvidos aumentando a interacção e participação para a qual a música e a musicoterapia poderão contribuir.

Capítulo III – A Música e a Musicoterapia

Neste capítulo não pretendemos propor qualquer metodologia para o ensino da música nas nossas escolas. Esta produção didáctica, longe de ter carácter definitivo e conclusivo, propõe apenas defender a possibilidade do ensino da música/musicoterapia constituir-se como um saber escolar necessário e importante para a cidadania, enriquecendo as experiências individuais e colectivas, tornando-se essencial para a realização plena do Ser Humano. Neste sentido, podemos afirmar que a música está presente em todo e qualquer lugar, pois vem ocupando cada vez mais espaço no cenário social da vida contemporânea. Porém, embora a música esteja presente na escola e nas nossas vivências, urge a necessidade de ser mais sistemática, pois alunos desinteressados, com problemas de aprendizagem necessitam de experimentar formas lúdicas, proporcionando-lhes maior abertura para o diálogo e posteriormente uma melhor inclusão na escola e na comunidade.

1. A Música

Quando me lembro das lágrimas derramadas ao ouvir os cânticos da vossa igreja nos primórdios da minha conversão à fé, e ao sentir-me agora atraído, não pela música, mas pelas letras dessas melodias, cantadas em voz límpida e modulação apropriada, reconheço, de novo, a grande utilidade deste costume. Assim flutuo entre o perigo do prazer e os salutareos benefícios que a experiência nos mostra. Portanto, sem proferir uma sentença irrevogável, inclino-me a aprovar o costume de cantar na igreja para que, pelos deleites do ouvido, o espírito, demasiado fraco, se eleve até aos afectos da piedade. Quando, às vezes, a música me sensibiliza mais do que as letras que se cantam, confesso, com dor, que pequei. Nestes casos, por castigo, preferia não cantar. Eis em que estado me encontro. Chorai comigo, chorai por mim, vós que praticais o bem no vosso interior, donde nascem as boas acções. Estas coisas, senhor, não vos podem impressionar, porque não as sentis. Porém, ó meu senhor e meu Deus, olhai por mim, ouvi-me, vede-me, compadecei-vos de mim e curai-me. Sob o vosso olhar transformei-me, para mim mesmo num enigma que é a minha própria enfermidade (Grout, D. J., e Palisca, C. V. 1998, 278).

Os Romanos terão sido responsáveis por alguma contribuição importante quer para a teoria, quer para a prática musical. Roma foi buscar a sua música erudita à Grécia, especialmente desta região se tornar uma província romana, em 146 a.C., e é possível que esta cultura importada tenha substituído uma música indígena, etrusca ou italiana. A música deve ter estado presente em quase todas as manifestações públicas. Mas desempenhava também um papel nas diversões particulares e na educação. Muitas passagens das obras de Cícero, Quintiliano e outros autores revelam que a familiaridade com a música ou pelo menos com os termos musicais, era considerada como fazendo parte da educação do indivíduo culto, tal como se esperava que tal indivíduo soubesse falar grego. Embora haja uma grande incerteza quanto às questões de pormenor, o mundo antigo legou à Idade Média algumas ideias fundamentais no domínio da música, uma concepção da música como consistindo essencialmente numa linha melódica pura, como uma força capaz de afectar o pensamento humano. Ao longo dos tempos, os missionários Cristãos que percorriam as antigas regiões da Europa ocidental difundiram estas melodias, daí a origem de música ocidental (Donald, J. G. e Claude V. P. 1997).

A música (do grego *μουσική τέχνη*, a arte das musas) constitui-se basicamente de uma sucessão de sons e silêncio organizada ao longo dos tempos. É considerada por diversos autores como uma prática cultural e humana e desempenha um papel preponderante no desenvolvimento do ser humano e até nos animais, pois, um som muito alto poderá deixar alguém alerta ou assustado, assim como determinadas músicas podem gerar todo um conjunto de emoções. Isto porque, há uma descarga de adrenalina e o indivíduo fica alerta para se proteger, agir e reagir, pois o som é um fenómeno físico que acompanha o ser humano desde a vida intra-uterina; desde o momento da fecundação ocorrem fenómenos sonoros das vibrações e dos movimentos do ser. O universo intra-uterino é pleno de sons e ruídos, como a inspiração e a expiração, ruídos viscerais, batimentos cardíacos, fluxo sanguíneo. O feto, durante o seu desenvolvimento, encontra-se em contacto permanente com esses fenómenos sonoros intra-uterinos, os quais serão registados por meio do tacto, e posteriormente, por meio do ouvido, integrando um conjunto de dados de memória que influenciará as características desse ser. Portanto, o som e a música são elementos constantes na vida do homem (Sacks, 2008).

“O som é um objecto subjectivo, que está dentro e fora, não pode ser tocado directamente, mas toca-nos com uma enorme precisão” (Wisnick, 1989, p. 26).

O som é o material da música. Este não se vê, não se pode tocar e não ocupa espaço; obtém-se através das relações regulares e ordenadas. O som pode ser ordenado, nascendo assim, uma estrutura, uma obra de cariz musical. A sua velocidade de propagação é de 345m/s e permite também aos músicos várias combinações: duração, altura, intensidade, timbre, ritmo, melodia, harmonia, dinâmica e cor. O som pode ser curto ou longo, quanto à sua duração; agudo ou grave, quanto à sua altura. A intensidade do som é a amplitude da onda da vibração, esta onda permite-nos classificar um determinado som em forte ou fraco; o timbre é a qualidade da sonoridade de cada instrumento. Além do som e do ruído, o silêncio também faz parte da música. As técnicas mais importantes para fazer soar estes instrumentos são: friccionar, dedilhar, soprar e percutir (Moreira et al., 1997).

Os instrumentos são objectos fabricados para produzir sons. Cada instrumento possui um carácter, uma personalidade musical que é criada pelo seu som, a sua construção física e a maneira como é tocado. Estas qualidades individuais dão ao instrumento um valor musical especial. As pessoas sentem e respondem ao carácter do instrumento. Através da sua interpretação e vivendo o seu som, elas conseguem formar um relacionamento com um propósito musical. Os instrumentos devem ser usados para que as suas características individuais se façam sentir claramente na música e os seus sons diferentes se complementem ou contrastem um com o outro. Cada pessoa que toca um instrumento irá depois vivenciar o seu carácter musical e, através deste tornar-se mais consciente daquilo que toca (Moreira et al., 1997).

A música é sempre concebida e recebida por um ser humano, neste caso, a definição da música, como em todas as artes, passa também pela definição de uma certa forma de comunicação entre os homens. Assim, desde o início da civilização, a raça humana apresenta interesse sobre como a música é capaz de alterar estados mentais e emocionais, logo cantar é a forma mais antiga de fazer música, sobretudo a forma mais espontânea e natural, ao contrário da música instrumental. A voz humana, assim como aprender qualquer instrumento necessita de entrega, trabalho, empenho. Iniciar e estimular o canto através das músicas que marcaram épocas e que ainda fazem parte da nossa cultura e memória musical, constitui um meio facilitador de aproximação e participação junto do aluno com DM. Cantar para um grupo ou para uma plateia pode ser um acto de comunicação ou de contar histórias. O canto é a síntese de três dimensões: a voz, a palavra e a música. A voz como algo muito pessoal, representando a imagem sonora de uma

pessoa; a palavra enquanto meio de comunicação interpessoal, expressando sentimentos, afectos, e a música associada a expressões, representações através de construções melódicas e rítmicas. Estas três dimensões não funcionam de forma isolada, mas de forma complementar. Neste sentido, o canto é uma actividade não apenas para educar a voz, mas também tem a função de mobilizar aspectos afectivos, como a satisfação em cantar, em ouvir, em estar em grupo (Stefani, 1987).

Assim, para Gainza (1988), a música é um elemento de fundamental importância, pois movimenta, mobiliza e, por isso, contribui para a transformação e o desenvolvimento. Ela atinge a motricidade e a sensorialidade por meio do ritmo do som e por meio da melodia, atingindo desta forma a afectividade. Afirma ainda que as actividades musicais na escola podem promover o alívio de tensões devidas à instabilidade emocional e fadiga, promovendo processos de expressão, comunicação e descarga emocional, através do estímulo musical e sonoro, proporcionando situações que possam contribuir para estimular e desenvolver o sentido da ordem, harmonia, organização e compreensão.

De acordo com Stefani (1987), a música afecta também as emoções, pois as pessoas vivem mergulhadas num oceano de sons. Em qualquer lugar e em qualquer hora respira-se a música. A música é ouvida porque faz com que as pessoas sintam algo de diferente, proporcionando sentimentos, de alegria, melancolia, violência e calma. São experiências da vida que constituem um factor importantíssimo na formação da personalidade do indivíduo.

O conceito de música foi ao longo dos tempos e continua a ser bastante familiar na mente do ser humano, pelo facto de a viver e de a desfrutar com bastante profundidade. Ao longo da história, a música teve diferentes acepções, mas todos estão de acordo que é uma das manifestações do espírito criador do homem e, portanto, mantém uma relação íntima com todos os outros aspectos sociais e culturais. A música é uma arte, um acto de comunicação, no sentido mais amplo da palavra. Ela tem evidentemente uma linguagem própria, capaz de despertar emoções, sentimentos de alegria ou de tristeza (Thayer, 1981). Ajuda ainda, a discriminar sons, palavras, melodias e ritmos. Por seu turno, a música quando é ouvida ou praticada em conjunto faz com que as crianças aprendam a socializar-se umas com as outras.

O autor Sousa (2003) alerta para a importância da prática de uma educação pela música, uma vez que o objectivo não é centrar-se na aquisição.

O objectivo específico da Educação Musical, segundo Gainza (1988), é musicalizar, isto é, fazer com o aluno com Deficiência Mental seja sensível e receptivo ao fenómeno sonoro desenvolvendo em simultâneo no aluno respostas de natureza musical.

Para Joly (2003), durante o processo de musicalização, é importante considerar como ponto de partida o contacto intuitivo e espontâneo que têm com a música desde os primeiros anos de vida. Durante este processo, o aluno pode realizar movimentos corporais enquanto ouve ou canta uma música, desenvolvendo-se e expressando-se de modo integrado. Ainda para a mesma autora, o aluno relaciona-se com a música como se fosse uma nova descoberta, e fá-lo por meio de brincadeiras e jogos.

A mesma opinião é defendida por Brito (1998), quando refere que brincar à roda, aprender a cantar canções são algumas actividades capazes de desenvolver e despertar as capacidades de percepção e expressão da criança por meio da música. Deste modo, o termo musicalização é definido pela autora como um processo de Educação Musical em que as noções de som, ritmo, melodia, compasso, tonalidade, métrica, leitura e escrita são reveladas aos alunos por meio de actividades lúdicas como jogos, exercícios de movimentos, danças, canções, prática em pequenos conjuntos instrumentais e relaxamento.

O trabalho de musicalização tende a romper barreiras de todo o tipo, a abrir canais de expressão e comunicação em nível psicofísico, e, através de suas próprias estruturas internas, promover modificações significativas na mente humana (Gainza, 1988).

Brito (1998) aponta para o facto de que a Educação Musical suscita emoções originais e autênticas, além de transformar as emoções que chegam do exterior. Este resultado só pode ser obtido por meio de actividades que suscitem respostas físicas e psíquicas nas crianças. Durante o trabalho de musicalização é importante promover o desenvolvimento de outras capacidades nas crianças, além daquelas musicais, como as capacidades de integração no grupo, de auto-afirmação, de expressar-se por meio do próprio corpo, de produzir ideias e acções próprias, de cooperação, solidariedade e respeito. Ou seja, a musicalização é, também, uma forma de promover experiências musicais significativas no aluno com DM.

Em relação aos possíveis benefícios suscitados pela experiência musical, Ilari (2006) destaca alguns resultados das experiências vividas desde a mais tenra idade. Essas vivências constituirão a base do pensamento musical do ser humano ao longo de sua vida, a saber:

- **Benefícios psicológicos** - O ser humano comunica afectivamente através da música;
- **Benefícios emocionais** - A música pode fornecer ao indivíduo tranquilidade e protecção;
- **Benefícios culturais** - As experiências musicais contam a nossa história, quem fomos, somos e seremos, além de traduzirem e perpetuarem os elementos de cada cultura;
- **Benefícios educacionais** - A música é uma forma de conhecimento, enriquecer a percepção sonora e educar o ouvido propicia uma base musical sólida para os futuros ouvintes;
- **Benefícios estético-musicais** - A música possui códigos estéticos, auditivos e psicológicos próprios, portanto já tem valor em si mesma.

Em relação às pessoas com NEE, Birkenshaw-Fleming (1993) acrescenta que também para estes indivíduos, a Educação Musical traz benefícios importantes como:

- A valorização da auto-estima, uma vez que aos indivíduos é permitido realizar as actividades em seu próprio ritmo.
- A interacção social. Em muitos casos, algumas incapacidades se devem ao isolamento do indivíduo.
- O desenvolvimento das capacidades motoras, da força muscular e da fala podem ser alcançados por meio de actividades musicais que contenham movimentos e palavras.
- O desenvolvimento de todas as facetas da audição, como, por exemplo, sensibilização ao som, a audição sequencial e a memória.
- O estímulo total do cérebro. Tanto o lado direito (afectivo) quanto o esquerdo (lógico), são, igualmente, estimulados durante um programa activo em música.

Algumas razões importantes justificam a inserção da expressão musical no contexto escolar, entre as quais, o facto de proporcionar o desenvolvimento do potencial criativo, um sentido histórico da nossa herança cultural, o desenvolvimento afectivo e psicomotor e o desenvolvimento da comunicação não-verbal. A música desenvolve ainda no aluno a sensibilidade, a concentração, a socialização, o equilíbrio, a discriminação auditiva, o ritmo, a criatividade, a linguagem oral e escrita, o desenvolvimento de aspectos afectivos, estéticos e cognitivos, fundamentais para o seu processo de interacção com o meio. Nas escolas, a música auxilia no desenvolvimento infantil mediante as canções, os ritmos e a exploração de recursos que envolvam o aspecto cognitivo, afectivo e emocional, além de proporcionar experiências que ficarão na memória e servirão de base para a vida adulta. A música deverá ser usada na Educação como forma de desenvolver o pensamento criativo, uma vez que ao ouvi-la, a criança/ aluno perante manifestações espontâneas ou não, interpreta-a de forma única e pessoal. Desenvolver a musicalidade nos alunos com DM constitui a base para que outras áreas do cérebro sejam estimuladas também. A área responsável pela música está muito próxima da área de raciocínio lógico-matemático. A música é um dos mais potentes estímulos para os circuitos do cérebro (Brito, 2003).

Ao analisarmos o Despacho n.º 12 591/2006, de 16 de Junho, verificamos que a música é uma das áreas que pode ser escolhida pelas escolas para fazer parte das actividades de enriquecimento curricular sobretudo no primeiro ciclo. As finalidades do ensino da música neste ciclo são as seguintes (Vasconcelos, 2006, p.6):

- Desenvolver competências de discriminação auditiva abrangendo diferentes códigos, convenções e terminologias existentes no mundo da música;
- Desenvolver competências vocais e instrumentais diversificadas, tendo em conta as diferentes épocas, estilos e culturas musicais do passado e do presente;
- Desenvolver competências criativas e de experimentação;
- Desenvolver competências transversais no âmbito da interligação da música com outras artes e áreas do saber;
- Desenvolver o pensamento musical.

Segundo Riccardi (2005), os efeitos das aprendizagens musicais nas crianças com DM são extraordinários, ajudando-as no seu desenvolvimento global. Segundo o autor Costa (1989, cit. por Pocinho, 1999, p.45), a "música é mais do que um aglomerado de sons e o efeito

que ela provoca vai além daquele provocado por cada sonoridade. A Música nos alunos com DM proporciona-lhes vivências com o meio envolvente e “dá-lhes a oportunidade de ouvir e explorar diferentes sons, cantar, dançar, tocar para que se situe e participe no mundo que o rodeia” (Pocinho, 1999, p. 112).

A actividade musical apela assim à aprendizagem de se saber ouvir e escutar e estes hábitos são cruciais para o desenvolvimento das capacidades ao nível sensorial, da atenção, da percepção, da memória, das emoções, da cognição e da socialização. É através de jogos musicais que todas estas competências se podem desenvolver. Podem ser trabalhadas com as crianças jogos musicais que promovam o raciocínio lógico tanto ao nível dedutivo como indutivo. O raciocínio dedutivo pode ser estimulado através de aprendizagens tais como: cantar canções, acompanhando-as com instrumentos rítmicos. Por sua vez, para a estimulação do raciocínio indutivo, as actividades propostas podem ser “criar uma célula rítmica, torná-la melódica e depois associar-lhe outros instrumentos, tornando-a assim polifónica e harmónica” (Sousa, 1999, p.77).

Também pode ser desenvolvido no aluno a memória auditiva através de actividades de memorização de sons que se acabaram de ouvir ou de sons que já foram ouvidos há algum tempo. Para a estimulação da memória a longo prazo é importante apelar para a imitação de vários sons que a criança já conheça. A descoberta de ruídos e sons do meio são actividades que promovem o desenvolvimento das suas capacidades auditivas. Estas actividades referidas promovem a percepção e a memória auditiva bem como o raciocínio lógico, favorecendo o desenvolvimento cognitivo das crianças (Sousa, 1999).

Trata-se assim de uma área que apresenta benefícios para todos os alunos, inclusive alunos com DM. Esta área de enriquecimento permite facilitar a aprendizagem de outros conteúdos curriculares, descobrir novas formas de comunicação, desenvolver a capacidade de expressão e socialização. (Pocinho, 1999; Sousa, 2003; Ricardi, 2005).

2. Música e Comunidade

Nesta mesma linha de pensamento, uma função fundamental da música é de ordem colectiva e comunitária. A música estabelece uma ligação profunda entre os indivíduos. As pessoas cantam juntas e dançam juntas em todas as culturas e podemos até imaginá-las a fazê-lo à roda das primeiras fogueiras. Este papel primordial da música perdeu-se hoje em certa medida, uma vez que temos uma classe especializada de compositores e intérpretes, enquanto nós nos vemos, a maior parte das vezes, reduzidos à condição de ouvintes passivos. Temos de ir a um concerto, ou a uma igreja, ou a um festival de música para fazermos de novo a experiência da música enquanto actividade social, para recuperarmos o sentimento da emoção colectiva. Nessas situações, a música é uma experiência comunitária e parece, em certo sentido, ser um vínculo de ligação ou “casamento” entre os sistemas nervosos dos participantes. Este vínculo é realizado pelo ritmo, interiorizado por todos os presentes. O ritmo transforma os auditores em participantes, torna a audição activa e motora e sincroniza os cérebros e as mentes (Sacks, 2007).

É muito difícil a qualquer um de nós manter-se desprendido, resistir ao efeito de arrastamento do ritmo do canto ou da dança juntando-nos assim à dança colectiva da multidão. A crescente intensidade emotiva conduz à participação. Embora hoje “as práticas religiosas tendam muitas vezes a ser moderadas e emocionalmente contidas, está demonstrado que começaram com cantos e danças, muitas vezes de tipo extático, culminando com frequência em estado de transe” (Sacks, 2007, p.76).

O poder quase irresistível da música é evidente em muitos outros contextos: durante a marcha serve para conduzir e coordenar os movimentos, bem como para suscitar um estado emocional colectivo de tipo ocasionalmente marcial. É o que vemos não só passar-se com a música militar e os tambores da guerra, mas também no ritmo lento e solene de uma marcha fúnebre. Vemo-lo em toda a espécie de canções de trabalho. O seu poder de mover as pessoas, juntando-as em grupo, produz uma sensação de comunidade (Sacks, 2007).

A música não deve visar a formação de possíveis músicos do amanhã, mas sim a formação integral dos alunos de hoje. Neste contexto é importante falar de uma educação terapêutica através da música, onde o professor, não é só professor, mas um educador terapêutico. A expressão musical constitui o ponto de partida de um processo formativo estruturado, que

visa contribuir para o desenvolvimento de todas as crianças e fundamentalmente do aluno com DM, permitindo-lhes desenvolver o campo de possibilidades de interpretação do mundo, de exprimir o seu pensamento e de criar. Assim, a área curricular de expressão musical procura que, através do próprio corpo ou através de instrumentos musicais, as crianças/alunos tenham acesso a um conjunto de vivências que lhes permita potencializar as suas capacidades, dominando progressivamente as suas potencialidades psicomotoras. A experimentação e o domínio progressivo das possibilidades do corpo e da voz deverão proporcionar o enriquecimento das vivências sonoro-musicais, estimulando a criatividade e o desenvolvimento da sensibilidade e do sentido estético. Deste modo, a escola é um espaço de pesquisa, de aventura, de jogo, de exploração, de experimentação do possível, lugar de imaginação, de realização de projectos e ideias. Sendo assim, o foco não será a música, mas a experiência humana e social da música. Isto significa fixar o nosso interesse na relação Homem/Música, considerando a nossa acção educativa como oportunidade de formação das pessoas em função dos significados que a relação com o som/música assume. A Música será pois um encontro, confronto, transformação de recursos, desejos e identidades, mais do que aprendizagem de conteúdos disciplinares e habilidades musicais, interessa pois encontrar projectos, motivações, comportamentos, valores, criando campos energéticos em que, através da música, as pessoas entrem em relação umas com as outras, possibilitando transformação recíproca e criatividade. Embora a música já seja reconhecida como fundamental na formação do educando e necessária dentro dos currículos, ainda há muito a fazer para que esta prática deixe de ser utilizada para a aquisição de conhecimentos (Brito, 2003).

Segundo Brito (2003), para a maioria das pessoas, incluindo os educadores e educadoras, a música era entendida como algo pronto, cabendo-nos a tarefa máxima de a interpretar. Ensinar música a partir desta óptica, significa ensinar a reproduzir e interpretar músicas, desconsiderando a possibilidade de experimentar, improvisar, inventar como ferramenta pedagógica de fundamental importância no processo de construção musical.

3. Música e Musicoterapia

Desde a antiguidade, os povos atribuíam-lhe um valor considerável. O uso da música no combate às enfermidades remonta a épocas primitivas da história da humanidade. Na Cultura Ocidental, os antigos gregos desenvolveram um processo de cura por meio do uso de intervalos e ritmos da melodia; considerava-se que a música era a primeira forma de sabedoria desenvolvida pelo homem, sendo assim, por meio de certos ritmos e melodias julgava possível a cura para as paixões humanas e hábitos considerados não viáveis. Assim, a desarmonia interna dos humores do corpo provocava patologias, as quais poderiam ser curadas pela música, devido ao seu poder de restaurar a ordem e a harmonia (Sachs, 2007).

Os benefícios terapêuticos da música têm sido reconhecidos. Temos testemunhos dos gregos, dos árabes, dos hindus em documentos da Idade Média sobre o poder mágico do som e do ritmo. Entre os povos primitivos, o tratamento do doente cabia ao feiticeiro, o qual envolvia danças e músicas cerimoniais, pois, “acreditavam que a música tinha capacidade de livrar o doente da possessão de espíritos” (Sachs, 2007, p.108).

O papel terapêutico atribuído à música pelos grandes filósofos gregos, como Platão, o qual considerava que a música trazia serenidade; Aristóteles valorizava a música pelo facto de facilitar uma catarse emocional; Pitágoras considerava a possibilidade da música restabelecer a harmonia espiritual, descrevendo-a como a medicina da alma. A aplicação de drogas e situações mágicas marcaram o tratamento das doenças durante o Império Romano. Durante a Idade Média, o uso médico da música desapareceu, persistindo a vertente religiosa, o uso terapêutico da música é substituído pela finalidade religiosa, uma vez que a doença era entendida como uma possessão diabólica que deveria ser tratada via exorcismo. Durante o século XVII a música foi recomendada quase exclusivamente para os casos de foro psiquiátrico, já no século XIX, Philippe Phinel, médico fundador da Psiquiatria, em França, iniciou o tratamento moral nos asilos através da música. Difundiram-se vários textos de psiquiatras elogiando ou criticando os resultados obtidos através da música. O médico Esquirol realizou tentativas de tratamento de doentes mentais através da audição de concertos executados por alunos e professores do Conservatório de Música de Paris (Toro, 2000).

O homem sempre atribuiu à música os mais diferentes significados, seja a relação com a sua expressão estética, ou à sua função religiosa, mística, mágica e evidentemente terapêutica. Os sons representavam ameaças, avisos divinos, expressavam estados de espírito, como alegria, tristeza amor, raiva. O homem passou a imitar os sons que ouvia, reproduzindo-os com a sua voz ou com instrumentos criados por si mesmo, obtendo os mais diferentes efeitos. Estes sons tinham uma faceta curativa/terapêutica, como podemos ver no caso bíblico de David, que com os sons da sua harpa afastava os maus espíritos que atormentavam o rei Saul. A música tem também efeitos bélicos, incitando os guerreiros a lutarem com maior bravura (Barcellos, 1992; Costa 1989).

Quanto ao valor curativo da música, Aristóteles pode ser considerado o precursor da musicoterapia, pois recomendava-a a pessoas dominadas por emoções incontroláveis, afirmando que após a audição de uma determinada música, comovia a alma, sentia-se sereno e era capaz de escutar cânticos sagrados, caracterizando este fenómeno como uma espécie de cura, de purificação moral. Apesar desta prática remontar à origem da humanidade, ela renasce após a Segunda Guerra Mundial (Costa, 1989).

Na maior parte dos casos, a musicoterapia é activa, ou seja, o aluno com DM toca os instrumentos musicais, canta, dança ou realiza outras actividades em conjunto com o terapeuta. A forma como o musicoterapeuta interage com os pacientes depende dos objectivos do trabalho e dos métodos que utiliza. Em alguns casos as sessões são gravadas e o terapeuta realiza improvisações ou composições sobre os temas apresentados, assim, o musicoterapeuta devido às habilidades necessárias à condução do processo terapêutico necessita de experiência e conhecimento em diversos instrumentos musicais. Os mais usados são a guitarra, o piano e instrumentos de percussão. Actualmente, existem novas formas terapêuticas na área da musicoterapia, entre elas é a musicoterapia digital, ou por outras palavras musicoterapia com base nos instrumentos electrónicos tal como guitarras eléctricas, sintetizadores, baterias electrónicas (Ferraz, 2009).

A musicoterapia trabalha também todo um conjunto de sons de forma a produzir efeitos biológicos para eliminar patologias ou dificuldades, logo os sons podem acalmar ou excitar. A música exerce influência sobre o aparelho respiratório, digestivo e circulatório, bem como sobre o sistema nervoso, deste modo, a medicina tradicional reconhece a música como um eficiente factor de cura, sendo utilizada em muitos hospitais para auxiliar os

tratamentos e até em grandes empresas, como a melhor alternativa de prevenção. A musicoterapia pode e deve unir-se à expressão corporal, fruto da terapia alternativa, notado como um recurso terapêutico natural, de qualidade. A expressão corporal tem como objectivo promover a consciência corporal, fazendo com que o praticante conheça melhor os limites do seu corpo e possa ampliá-los, permitindo até as transformações emocionais. O musicoterapeuta deve avaliar o estado cognitivo, emocional, físico, comportamental, comunicativo através de respostas dadas pela música. As sessões podem ser individuais, ou de grupo, dependendo das necessidades do sujeito/paciente, abrangem o improviso musical, criatividade, audição, composição, discussão, imaginação, desempenho através da música (Ferraz, 2009).

As origens da musicoterapia como uma profissão remontam à época da Segunda Guerra Mundial, em que a música era utilizada para aliviar a dor, o *stress* e a ansiedade de veteranos de guerra. Com a expansão da medicina científica, pesquisadores do *Duke University Hospital* constataram que o uso de certas músicas e elementos musicais podiam aumentar a sensação de conforto, reduzir o medo, e reduzir a necessidade de sofrimento, pré, durante e após as cirurgias, podendo resultar numa recuperação mais eficiente (Taylor, 1981).

Desde então, estudos têm revelado que no ambiente hospitalar, a musicoterapia combinada ou não com outras abordagens, aperfeiçoam os objectivos médicos; estes dados podem ser constatados através de medidas fisiológicas, relatos de pacientes, familiares e profissionais de saúde envolvidos, e da observação de comportamentos. Filósofos, psicólogos e estudiosos de música sentem dificuldade em definir música, há vários anos. Na forma mais simples "música é a arte de organizar sons no tempo, é a organização de relações entre sonoridades simultâneas ou não no decorrer do tempo " (Bruscia, 2000, p.26).

É fundamental diferenciar música e musicoterapia no âmbito da Educação Especial. Embora apresentem algumas semelhanças, as duas áreas são distintas e não devem ser confundidas. Com bases científicas solidamente construídas e reconhecidas a partir do séc. XX, a musicoterapia é uma área de conhecimento baseada num processo de intervenção, no qual o terapeuta auxilia o paciente a promover a saúde, utilizando como ferramenta as experiências musicais. O paciente e o terapeuta interagem de diversas formas. Cabe ao terapeuta, conceber, esboçar e analisar as formas com que o paciente

experimente a música, seja por meio da escuta, do improviso ou da recreação da composição musical (Bruscia, 2000).

Na musicoterapia o mais importante é a relação entre a música e o paciente/cliente, como é chamado pelos musicoterapeutas e não a música em si mesma com os seus conceitos estéticos que a permeiam. Não é necessário que o musicoterapeuta seja obrigatoriamente exímio instrumentista ou cantor, porém, é importante que conheça bem os elementos que constroem a música como melodia, timbre, andamento e seus possíveis efeitos sobre o ser humano (Louro, Alonso e Andrade, 2006).

Na Educação Musical, diferentemente da Musicoterapia, a acção recai sobre a aquisição de conhecimento musical pelo aluno e não na melhoria da sua saúde, na sua integração e inclusão. O Educador musical, à priori, não conhece as técnicas utilizadas durante uma sessão de musicoterapia, apesar de estar atento aos efeitos causados pela música (Louro, Alonso e Andrade, 2006).

Gerárd Ducourneau (1984, p.33) confirma essa afirmação quando menciona que para o musicoterapeuta "o importante não é uma grande cultura musical. É muito mais importante conhecer os elementos fundamentais e os efeitos produzidos por eles". Sendo assim, não é o gosto musical do terapeuta que está em jogo, mas sim, o gosto musical ou sons com os quais os pacientes se identificam. Na educação musical, de certo modo, adquirir conhecimento e habilidades específicas é o que se pretende, na terapia, o principal é a saúde, a recuperação de algum défice que o indivíduo possua (Bruscia, 2000).

Na concepção de Gainza (1988), a musicoterapia prevê a aplicação científica da música ao contribuir ou favorecer os processos de recuperação psicofísica das pessoas. A música é assim bastante utilizada na Educação Especial, com ela trabalha-se essencialmente ao nível da socialização e constitui um suporte para facilitar as aprendizagens como, por exemplo, da leitura e da escrita. Através da música, os alunos aprendem diversos tipos de linguagem seja ela uma expressão corporal, dramática, instrumental ou verbal (Ricardi, 2005).

Outra forte diferença entre educação musical e musicoterapia, é o que diz respeito à relação professor/aluno, terapeuta/paciente. A musicoterapia visa a utilização do som (música ou não), como agente terapêutico na recuperação psíquica e física do indivíduo. Na sua actividade são utilizadas diversas técnicas, com fins terapêuticos. A musicoterapia

intervém desde as pessoas com deficiência (motora ou mental), às crianças com dificuldades específicas de aprendizagem. Uma das aplicações da musicoterapia, consiste na adaptação do instrumento musical a qualquer pessoa que o deseje usar como veículo de expressão. Para isso, o musicoterapeuta, em conjunto com o terapeuta ocupacional, opera as transformações necessárias, quer no instrumento, quer na forma de execução (mesmo que esteja em causa a forma teoricamente correcta de executar esse instrumento), de modo a que as pessoas que encontravam barreiras, motoras ou intelectuais para chegarem ao instrumento musical, o passem a encontrar adaptado a si. Os instrumentos devem adaptar-se ao homem, quando este não se pode adaptar a eles (Bruscia, 2000).

O papel da musicoterapia, no caso das pessoas com DM é muito mais amplo e visa dirigir-se às emoções, à parte cognitiva, aos pensamentos do paciente, a fim de o estimular, enriquecer, alargar a sua existência, proporcionar-lhe liberdade, estabilidade, organização e concentração. A musicoterapia é por vezes colectiva e individual. É surpreendente ver como pessoas surdas/mudas, isoladas e confusas se animam e a reconhecem como familiar, deste modo, começam a estabelecer uma relação com o terapeuta. Mais surpreendente ainda é ver um grupo de pessoas com demência profunda, cada uma delas no seu mundo, todas elas aparentemente incapazes de quaisquer reacções coerentes, para já não falarmos de interacção e o modo como correspondem à presença de um musicoterapeuta perante a música. Há uma atenção súbita, envolvimento, por vezes a música age como uma espécie de mnemónica, suscitando emoções e associações há muito esquecidas, dando de novo ao paciente acesso aos estados de humor e recordações. Os rostos ganham expressão à medida que a velha música é reconhecida. O processo da musicoterapia pode desenvolver-se de acordo com vários métodos. Na maior parte dos casos a musicoterapia é activa, ou seja, o próprio paciente toca os instrumentos musicais, canta, dança e/ou realiza outras actividades conjuntamente com o terapeuta. Para Thayer Garçon, um dos primeiros professores de musicoterapia, define-a assim em 1950: música é a “ciência ou arte de reunir ou executar combinações intelegíveis de sons de forma organizada e estruturada com uma gama de infinita variedade de expressão, dependendo da relação dos seus diversos factores componentes (ritmo, melodia, volume, e qualidade tonal). A musicoterapia é assim uma técnica terapêutica que usa a música em todas as suas formas, com participação activa ou passiva por parte do paciente e procura desenvolver potenciais e/ou restaurar funções no indivíduo para que ele alcance uma melhor qualidade de vida, através da prevenção,

reabilitação ou tratamento. Terapia tem a ver como pode ser utilizada a música para provocar mudanças nas pessoas que a executam”, a fim de se ajustarem à sociedade (Gaston, 1957, p. 66).

Em musicoterapia falamos evidentemente de música, não de sons isolados. A música é composta por sons, porém é mais que isso, é uma estrutura, uma linguagem, uma arte. Heyner, em 1935, considera que os acordes, ou os sons isolados não são arte, não são música porque são apresentados fora do contexto de uma composição musical. Mueller, em 1973, sugere que para provocar um determinado estado de ânimo, o compositor necessita que a peça musical tenha a duração de dez ou treze minutos. Um som isolado não pode produzir um estado de ânimo porque não é música. Neste sentido a musicoterapia não é só uma arte, mas também uma ciência que supõe objectividade, colectividade, repetição e verdade, nas palavras de Bruscia (2000).

Também Von Baranow (1999) diz que a música atinge diferenciadamente áreas da nossa mente que dificilmente são atingidas por outras fontes de estímulos, manifestando sensibilidade, emoção, timbres diversos, ritmos, melodias e harmonias, numa espécie de linguagem emocional. Neste sentido, a musicoterapia utiliza esses efeitos que a música pode produzir nos seres humanos nos níveis: físico, mental, emocional e também social, actuando como um facilitador da expressão humana, dos movimentos e sentimentos, promovendo evolução, assim a musicoterapia é considerada como o instrumento musical mais completo podendo-se mesmo dizer que é um emissor de energia, primeiro produto de sons, a primeira fonte sonora, o primeiro instrumento musical na expressão de ritmos e sons variáveis, dando assim origem a todos os instrumentos musicais, sendo considerados, na verdade, um prolongamento do mesmo por seus inúmeros fenómenos sonoros naturais, tais como: cantar, bater palmas, gritar, chorar, inspirar, rir, bocejar, falar, sapatear. Possui em si mesmo várias alternativas de produções sonoras como a boca, laringe, as mãos, os dedos e a pele (Von Baranow, 1999).

Segundo Benenzon (1998), o movimento e o som complementam-se, ou seja, todo o movimento tem dentro de si mesmo um som e todo o som gera e é gerado por um movimento.

De acordo com Bruscia (2000), a comunicação musical é diferente da comunicação verbal, tanto no conteúdo como no processo, ou seja, não somente no que pode ser comunicado com segurança, mas também na forma como se comunica.

Já segundo Rosa (1990), música e musicoterapia não se contradizem, complementam-se e estão próximas, porém, com enfoques diferentes, pois na educação musical o enfoque é pedagógico e na musicoterapia é terapêutico. A musicoterapia na educação musical pode auxiliar o desenvolvimento psicopedagógico e a dinâmica de grupo na sala de aula. A criança entra em contacto com o universo sonoro que a rodeia, ou seja, com os sons produzidos pelos seres vivos e pelos objectos. A sua relação com a música é imediata, seja por meio das canções da mãe, ou por meio dos aparelhos sonoros de sua casa. Antes mesmo de nascer, ainda no útero materno, a criança já toma contacto com um dos elementos fundamentais da música, o ritmo, por meio das pulsações do coração de sua mãe. Por isso, a musicoterapia associada à educação musical, forma uma metodologia que permite vivenciar situações concretas que desenvolvam o pensamento e a linguagem musical, sensibilidade, criatividade e auto-conhecimento.

As crianças gostam de acompanhar as músicas com movimentos do corpo, tais como palmas, sapateado, dança. É a partir dessa relação entre o gesto e o som que a criança constrói o seu conhecimento sobre a música, percorrendo o mesmo caminho do homem primitivo na exploração e nas descobertas dos sons. É por isso que os jogos ritmados, próprios dos primeiros anos de vida, devem ser trabalhados e incentivados na escola. Ao musicoterapeuta/ educador, caberá compreender em que medida a música constitui uma possibilidade expressiva privilegiada para a criança, uma vez que atinge directamente a sua sensibilidade. música é linguagem. Assim, em relação à música, devemos seguir o mesmo processo de desenvolvimento que adoptamos quanto à linguagem falada, ou seja, devemos expor à criança a linguagem musical e dialogar com ela sobre a música e por meio dela (Gainza, 1988).

“A música é uma linguagem expressiva e as canções são vínculos de emoções e sentimentos e podem fazer com que a criança reconheça nelas o seu próprio sentir” (Rosa, 1990, p.19). Uma aprendizagem e vivência voltadas apenas para os aspectos técnicos da música é inútil e, até prejudicial, se ela não despertar o sentido musical e não desenvolver a sensibilidade. O musicoterapeuta/educador, antes de transmitir a sua própria cultura

musical deve pesquisar o universo musical a que a criança pertence e encorajar actividades relacionadas com a descoberta e com a criação de novas formas de expressão. A criança, de certa maneira, reproduz a própria história da sua vida: ela cresce com a música, descobrindo sons e ritmos, desenhando, experimentando e confeccionando instrumentos. A música pode contribuir bastante para que ela interaja com o mundo e seus semelhantes, expressando os seus sentimentos e demonstrando como percebe a sociedade. A música é uma linguagem expressiva e as canções são vínculos de emoções e sentimentos e podem fazer com que a criança reconheça nelas o seu próprio sentir (Rosa, 1990). Uma aprendizagem e vivência voltada apenas para os aspectos técnicos da música é inútil e, até prejudicial, se ela não despertar o sentido musical e não desenvolver a sensibilidade.

Quando o terapeuta ajuda o cliente sem utilizar música, não se trata de musicoterapia. As intervenções de musicoterapia são singulares por se centrarem no som, na beleza e na criatividade (Bruscia, 2000).

Barcellos (1992) afirma que a música em terapia é a utilização da música como uma técnica de mobilização da emoção e de sentimentos. É utilizada, em geral, a chamada música morta através de CDS ou rádio. O paciente escuta atentamente as músicas e depois fala sobre os aspectos que foram mobilizados por estas. Ou ainda, a música como mobilização psíquica para quaisquer outras técnicas expressivas como o desenho, a pintura ou a modelagem. A utilização da música como terapia difere da anterior porque em geral utiliza-se "música viva", ou seja, o próprio paciente é implicado em todo o processo de "fazer música" juntamente com o musicoterapeuta.

Em síntese, muitas actividades utilizam música, mas nem todas podem vir a ter efeitos terapêuticos. A música que tem objectivos terapêuticos e se constitui como terapia é a musicoterapia como mostra Barcellos (1999) no seguinte quadro:

Quadro 3 - Características da Musicoterapia

	Utiliza música?	Pode vir a ter efeitos terapêuticos	Tem objectivos terapêuticos
Actividades musicais	+	+	-
Educação musical	+	+	-
Aprendizagem de um instrumento musical	+	+	-
Musicoterapia	+	+	+

+ (sim) e - (não)

Fonte: Barcelos (1999).

Actualmente, a musicoterapia é bastante utilizada na educação especial, reabilitação, psiquiatria, geriatria e gerontologia, acompanhamento às mães e aos pais no período pré-natal; estimulação a bebés em creches e outras instituições; atendimento a pessoas com DM e limitações sensoriais; clínicas e hospitais na área da saúde mental; recuperação de dependentes químicos (drogas e álcool); assistência a deficientes físicos em instituições de reabilitação; atendimento a pessoas com cancro; no desenvolvimento pessoal, aprofundando a vivência do processo criativo e das relações interpessoais. Os objectivos e métodos de tratamento variam de um *setting* para outro, de acordo com a especificidade do paciente e do musicoterapeuta. Os objectivos podem ser educacionais, recreativos, de reabilitação, preventivos ou psicoterapêuticos de acordo com as necessidades físicas, emocionais, intelectuais, sociais ou espirituais do cliente. Uma dificuldade rítmica provavelmente virá de um desequilíbrio emocional que poderá estar relacionado com alguma patologia. Essa disfunção musical evidencia a existência de problemas como nos é confirmado por Gainza (1988).

A musicoterapia pode usar várias técnicas, facilitando os diversos processos: de reabilitação, de readaptação, de prevenção e de promoção de saúde. Na musicoterapia com o idoso utiliza-se a toda a “bagagem musical” que o indivíduo experimenta no decorrer das suas etapas desenvolvimentais (infância, adolescência, vida adulta e velhice) assim como também dos ritos de passagem, tais como aniversários, casamentos, nascimentos, mortes, acontecimentos políticos, e outras ocasiões nas quais a música era um veículo de divulgação crítico e caricatural dos anseios do meio em que estava inserido o sujeito (Souza et al., 1988).

No idoso, existe, em geral, um declínio acentuado das capacidades da memória a curto prazo, por esse motivo deve-se evocar às vivências sonoras mais antigas, facilitando, assim, a abertura dos canais de comunicação (Souza et al., 1988; Tourinho, 1999).

Segundo Bruscia (1997), na musicoterapia, o espaço físico utilizado é designado de *setting* e faz parte do *setting* tudo aquilo que pode estar envolvido com o desenvolvimento do processo de tratamento: sala de atendimento, instrumentos, gravadores, cd`s, músicas, musicoterapeuta, clientes. O *setting* musicoterapêutico é um espaço que se constrói para a promoção da saúde, equipado com materiais. Neste "espaço físico", os instrumentos e demais seres inanimados, só terão importância se "animados" pelas pessoas. A relação do

cliente com o terapeuta e com a música desempenha um papel fundamental em todo o processo terapêutico.

O musicoterapeuta, de forma verbal ou não-verbal, deve apoiar-se no trinómio: escuta clínica, olhar clínico e tacto clínico, os quais passamos a caracterizar.

- A escuta clínica consiste numa audição cuidadosa, o ouvir atenciosamente o paciente quando este se expressa, procurando ouvir todos os sons emitidos por ele, sons verbais ou não verbais (Tourinho, 1999).

O homem evoluído caminha em direcção à escuta e para ele o ouvido é uma antena aberta para a comunicação no sentido mais amplo do termo.

- A escuta clínica procura desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele alcance uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento, portanto, seria a percepção por parte do terapeuta, de toda a emissão sonora produzida pelo paciente, no seu mais amplo sentido.

- O olhar clínico está directamente relacionado com a visão cuidadosa do terapeuta para o seu paciente. O saber olhar/observar com todos os órgãos dos sentidos, com uma intencionalidade, sem pré-conceitos, aceitando o seu paciente com as suas dependências físicas e/ou emocionais, procurando através desse olhar, descobrir a melhor forma de comunicar com este paciente, independente de idade, sexo, cultura ou religião. Um olhar clínico com abrangência com o intuito de possibilitar juntamente com uma escuta atenta é fundamental e característica primordial de um musicoterapeuta.

- O tacto, que é um dos cinco órgãos dos sentidos, compreende sensações de contacto e de pressão térmicas como calor e frio. Essas sensações combinam-se frequentemente, pois o tacto é inseparável do movimento. O tacto, no sentido figurado, está relacionado com a sagacidade, a intuição segura e delicada da acção e do pensamento, convenientes em determinadas situações. O tacto clínico será então o cuidado, a intuição, com que se procura escutar e olhar o paciente com objectivo de o conduzir de uma forma mais eficaz.

A experiência de cada pessoa é única e todas as pessoas têm dentro de si uma força que as conduz ao crescimento. Rogers (1980, citado por Pourtois e Desmet (1997, p.96), concebe

o ser humano como fundamental, bom e curioso, que, todavia, tem necessidade de ajuda para evoluir. A ideia principal que resulta da obra de Rogers, é que o indivíduo é capaz de controlar o seu próprio desenvolvimento. Cada pessoa é um organismo vivo que possui um instinto de desenvolvimento, por isso mesmo, urge a necessidade de um ambiente que o favoreça. A independência do estímulo, da criatividade, a confiança em si mesmo, são facilitadas, quando a auto-crítica e a auto-avaliação são consideradas como fundamentais e quando a avaliação por outrem é vista como secundária, logo, o terapeuta aceitará qualquer desempenho musical ou não musical que o cliente escolha com o intuito de o ajudar a expressar-se musical ou verbalmente através das suas experiências internas. Se for feita, por exemplo, uma improvisação, como uma comunicação não verbal, o terapeuta não poderá guiar o cliente em determinada direcção, mas poderá sustentar e reflectir a improvisação do cliente das duas formas: musical e verbal. Na abordagem humanista existencial, "o terapeuta tem o papel de facilitador, daquele que se "introduz" no mundo perceptivo do cliente e partilha com ele os seus sentimentos e suas percepções" (Barcellos 1994, p. 39).

As técnicas mais utilizadas nesta abordagem são: recriação, a improvisação, a composição e a audição musical. Estas técnicas podem ser utilizadas isoladamente ou combinadas, dependendo da situação.

Na recriação os potenciais candidatos a esta técnica são clientes que necessitam de:

- Desenvolver habilidades sensório-motoras;
- Aprender comportamentos adaptados;
- Preservar a orientação da realidade;
- Identificar-se com sentimentos e ideias de outros;
- Trabalhar cooperativamente em metas comuns;
- Dominar os diferentes papéis comportamentais.

Estes aspectos são considerados como requisitos básicos no que concerne ao canto ou à composição de músicas já compostas.

Segundo Gainza (1981, p. 40), a improvisação aplica-se a todo o processo de desenvolvimento e pode promover a “expressão e a descarga pessoal, permitindo que se conheça melhor e mais rapidamente a pessoa que improvisa, ao mesmo tempo que lhe produz um efeito benéfico, como resultado da acção expressiva e comunicativa”.

Barcellos (1994, p. 43) afirma também que “(...) numa situação musical improvisada há lugar para que qualquer coisa aconteça e que num sentido amplo, improvisar é sinónimo de "brincar" musicalmente. Não se trata de se constatar se a improvisação é boa ou má mas sim de estimularmos o nosso saber e a informação que é necessária. A improvisação não deve ser vista só pelo ângulo musical, mas também pelo ângulo psicológico, sociológico, terapêutico, religioso, filosófico e também político e cultural”.

Podemos resumir essa questão da improvisação com o que nos diz Bruscia (1991) no seu livro. Para este, os candidatos a esta técnica necessitam de desenvolver a espontaneidade, iniciativa, criatividade, liberdade de expressão, habilidades interpessoais e tomadas de decisões. Além disto, ajuda o terapeuta a estabelecer um meio de comunicação com o cliente e habilita-o a expressar sentimentos que são difíceis de expressar verbalmente. Produz um lugar seguro de experimentação de comportamentos, papéis ou modelos de interacção, enquanto desenvolve a habilidade de fazer coisas e tomar decisões dentro dos limites estabelecidos. Admite-se ainda que mesmo as pessoas que participam nesta técnica, tendo antecedentes musicais diferentes, podem estabelecer situações onde sejam capazes de interagir ou de comunicar desenvolvendo as suas potencialidades.

Em síntese, podemos dizer que um dos maiores sonhos da pedagogia moderna será sem dúvida transformar as paredes da escola tradicional com os seus programas rígidos em flexibilidade, diferenciação pedagógica, em que a inclusão seja uma realidade. Uma sociedade será tanto mais perfeita e democrática, quanto souber respeitar as diferenças, compreendê-las e aprender com elas “ao integrarmos o deficiente mental na nossa vida, ao adaptá-lo ao nosso quotidiano, usamos em demasia e em sentido único a aprendizagem, da norma para a diferença, da maioria para a minoria. Mas não devemos esquecer que qualquer acto educativo contém os dois sentidos. Nele se envolvem e confundem mestre e aluno” (Torrado, 2002, p.27).

Assim, os objectivos da musicoterapia, trabalhados na educação musical, vão além dos processos de ensino/aprendizagem, aquisição de conhecimentos musicais e padrões estéticos, pois visam também desenvolver a criatividade, estimular a comunicação, desenvolver auto-conhecimento e promover a socialização. O processo e as actividades musicais devem ser de carácter lúdico envolvendo as vivências dos alunos. Além de contribuir para o ambiente escolar tornando-o mais alegre, pode proporcionar também uma atmosfera mais receptiva à chegada dos alunos, oferecendo serenidade após períodos de actividade física e reduzindo a tensão em momentos de avaliação (Gainza, 1998).

Parte II – Investigação Empírica

Capítulo IV – Metodologia

A investigação científica serve para descrever conhecimentos, verificar dados, prever e controlar fenómenos, sempre baseados no rigor e na sistematização. Assim sendo, toda a investigação carece de metodologia, ou seja uma linha orientadora, para que seja possível alcançar os objectivos definidos.

Para Demo (1981, p.21), metodologia significa etimologicamente, “o estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para se fazer ciência”. Tal como temos vindo a sublinhar através da literatura revista, tendo em conta as nossas preocupações e o foco de interesse, com este Capítulo dedicado à Metodologia, pretendemos criar a base para enquadrar a investigação empírica. Incidimos nos seguintes pontos:

1. Linha condutora da investigação (o porquê da nossa escolha): descrevemos brevemente o problema, delineámos o que nos orientou neste percurso, assim como a questão de investigação à qual tentámos dar alguma resposta, de forma coerente, concertada e de acordo com a parcela da realidade sobre a qual nos focámos;
2. Definição do estudo: explicitação do tipo de investigação que realizámos, bem como as abordagens escolhidas, tendo em consideração os aspectos anteriormente delimitados;
3. *Design* metodológico: abrimos espaço para uma breve apresentação, delimitação e justificação da amostra do nosso estudo e do instrumento usado para recolher os dados, assim como descreveremos sucintamente os procedimentos estatísticos efectuados.

1. Linha Condutora da Investigação

O desempenho docente de qualidade orienta-se por princípios essenciais associados à diversidade e à universalidade. Neste sentido, a educação é um direito básico de todos, devendo a escola proporcionar a cada um as condições necessárias para que possa beneficiar deste direito, tendo em conta as suas aspirações, particularidades e capacidades.

Este pressuposto constitui um dos principais suportes da flexibilização curricular e das respostas curriculares alternativas ao currículo único. Para dar uma resposta mais eficaz à diversidade e melhoria da qualidade de ensino, é necessário adequar as práticas no sentido

duma filosofia o mais integradora possível passando por dois “princípios essenciais para um atendimento adequado a essa mesma criança, o da integração e o da inclusão” (Correia, 1997, p. 10).

Assim, os professores e educadores podem usar o que os músicos produzem artisticamente como uma ‘ferramenta’ para aceder ao processo de aprendizagem. A música está intimamente ligada à vida e ao quotidiano de cada indivíduo e é considerada por muitos uma ‘arte’ ou forma privilegiada de aproximação às crianças. Enquanto linguagem dos sentidos, a música é percebida pela criança quando lhe é dirigida de modo directo e específico. E, neste sentido, a criatividade musical pode conduzir a uma experiência educativa única, permitindo às crianças, em particular às que têm DM, um espaço de integração e de inclusão.

Segundo Del Campo (1997), a musicoterapia é uma aplicação da música através do treino da escuta e da execução sonora, incluindo o desenvolvimento cognitivo, afectivo e motor, da consciência e do processo criativo, favorecendo a integração social. Além disso, o contacto das crianças com a música promove maior eficiência no planeamento e execução das tarefas de sala de aula.

Na realidade, desde há vários anos que se utiliza a música como instrumento terapêutico e a sua importância manifesta-se através de um grande número de artigos e trabalhos de investigação. Entre as inúmeras aplicações da musicoterapia, destacamos os benefícios terapêuticos junto dos que possuem deficiências físicas e sensoriais, bem como junto de crianças com distúrbios neurológicos (lesões cerebrais, dislexias, disfonias, entre outras) e deficiência mental.

Estudar qual o lugar e o papel da musicoterapia na educação e, particularmente, na inclusão de alunos com DM envolve uma análise de como esta prática é organizada e quais os efeitos que produz.

Partimos assim da nossa própria experiência profissional, dos pressupostos resultantes da revisão da bibliografia e das várias investigações já realizadas. Traçamos um percurso de revisão de literatura, que desenvolvemos na Parte I deste trabalho. Com a investigação empírica, pretendemos ainda contribuir para uma melhor clarificação e construção acerca das percepções dos técnicos musicoterapeutas, perante a temática.

2. Definição do Estudo

Devido à inexistência de estudos onde pudéssemos suportar a nossa investigação ou até, eventualmente, estabelecermos alguma base conceptual para comparar dados, sentimos necessidade de ir tomando e afunilando o percurso e a direcção do caminho à medida que o íamos trilhando. Com este estudo pretendemos ser sobretudo geradores de interrogações.

Apesar do estudo sobre a musicoterapia ter uma maior procura nos últimos anos, surgindo algumas investigações relacionadas com as suas aplicações e efeitos terapêuticos junto de diferentes tipos de deficiência (conforme se pode verificar no terceiro capítulo deste trabalho), ainda assim não ocorreram estudos orientados para captar informação focada em técnicos musicoterapeutas, no sentido de aferir sobre as suas percepções relativamente à utilização desta ‘ferramenta’ terapêutica para a inclusão de alunos com DM.

Segundo Flick (2005, p.31), os pontos de partida da investigação são “as ideias dos acontecimentos sociais, das coisas ou factos que se encontram, no campo social estudado, e no modo como essas ideias comunicam entre si – isto é, competem, entram em conflito, se impõem ou são partilhadas e tidas por realidade”. Neste sentido, optamos por definir esta investigação com o propósito de estudar o contributo da musicoterapia como meio de Inclusão dos alunos com DM, nas nossas escolas.

O estudo enquadra-se melhor no paradigma de investigação quantitativa, uma vez que usarmos métodos de análise de índole descritiva, até porque necessitávamos de proceder a uma apresentação e sistematização de dados que consideramos fiáveis, dando o nosso contributo para esta temática.

Para levar a cabo uma investigação deste tipo, era indispensável a construção de instrumentos para recolher, com fidelidade e de forma precisa, os dados necessários. Numa primeira abordagem, procedemos à elaboração de um questionário que foi aplicado a técnicos musicoterapeutas.

No que se refere à (re) construção das hipóteses, seguimos a *Simplified Model of Research (without hypotheses)* (Punch, 2000, p.18), ou seja, decidimos não delinear hipóteses num primeiro momento. Isto, porque, como já mencionámos anteriormente, deparámo-nos com a inexistência de uma teoria e dados empíricos com os quais pudéssemos balizar ou comparar esta nossa investigação.

De qualquer forma, sublinhamos que, à medida que contactámos simultaneamente com a literatura revista e com os dados recolhidos junto dos participantes deste estudo, fomos construindo mentalmente determinadas hipóteses, com o intuito de verificar, na nossa amostra, a eficácia da musicoterapia neste processo tão complexo de inclusão de alunos com DM.

3. Objectivos

Com o presente estudo de investigação, pretendemos aprofundar o contributo da música/musicoterapia na inclusão de alunos com DM nas nossas escolas. Segundo Fuller (1969, cit. Pereira, 1998, p.51) “ as percepções que os técnicos/professores têm acerca de uma prática ou procedimento pode influenciar a sua disponibilidade para as aprender e utilizar”.

Ao questionarmo-nos sobre o contributo da musicoterapia na inclusão de alunos com DM nas classes regulares tivemos em conta os seguintes objectivos:

- Verificar se a prática pedagógica dos musicoterapeutas se desenvolve no sentido de fomentar a inclusão dos alunos com deficiência mental;
- Conhecer alguns métodos do técnico musicoterapeuta neste processo;
- Verificar se os musicoterapeutas conhecem os principais documentos orientadores da Educação Especial;
- Verificar a existência de variações nas percepções em função das variáveis: sexo, idade, tempo de serviço, habilitações académicas.

4. População e Amostra

O nosso projecto é composto por fases de reflexão e acção. Na maior parte das investigações feitas não é possível conhecer a opinião de toda a população em estudo face às limitações do tempo, o custo e a acessibilidade. Portanto, foi nossa intenção recolher os dados de um grupo menor, de tal maneira que, os dados recolhidos sejam representativos da opinião da população global. Esse grupo menor é normalmente designado por amostra.

Na selecção da amostra, é necessário ter em conta um critério, para que possamos afirmar que se trata de uma boa amostra, isto é uma amostra representativa. Ela deve ser diversificada, ou seja, conter toda a variedade de indivíduos, garantindo assim, características idênticas às da população.

Como refere Quivy e Campenhoudt (2003, p. 160), o investigador, após limitação do seu campo de análise, confronta-se com três hipóteses: “ou recolhe dados e faz incidir as suas análises sobre a totalidade da população coberta por esse campo; ou limita a uma amostra representativa desta população; ou estuda apenas componentes muito típicas, ainda que estreitamente representativas dessa população”.

Tendo em linha de conta a problemática em causa, seria interessante que no universo dos participantes/sujeitos inquiridos estivessem incluídos todos os técnicos musicoterapeutas portugueses, denominada população alvo. Contudo, esta investigação tornar-se-ia temporalmente impossível no quadro em que se inscreve o presente trabalho. Optámos por circunscrever o universo de análise.

Reteve-se uma amostra de técnicos musicoterapeutas residentes em Portugal (Continente). Tendo em conta os constrangimentos, estes foram seleccionados de uma forma não aleatória, ou seja trata-se de uma amostra por conveniência, constituída por sujeitos voluntários que, depois de esclarecidos, se disponibilizaram para participar na nossa investigação.

Neste estudo participaram 55 indivíduos, seleccionados por conveniência entre a totalidade dos 60 musicoterapeutas que se encontram a exercer actividade em Portugal (continente).

4.1. Caracterização da Amostra

Sexo.

A maioria (56,4 %) dos respondentes é do sexo masculino. Portanto, 43% é do sexo feminino.

Distribuição da Amostra, por Idade.

Na amostra, a idade dos respondentes varia entre os 22 anos (mínimo) e os 55 anos (máximo) e apenas 25% dos respondentes tem idade inferior a 29 anos (Quartil 1). Mais de

metade tem idade superior a 33 anos, sendo que a média aritmética das idades é de 34,69 anos (DP= 7,27).

A fim de facilitar o tratamento estatístico e a interpretação dos resultados, optamos, neste caso, por dividir a amostra em dois grupos equilibrados em torno da média. O quadro seguinte apresenta o total de efectivos (n) e a percentagem (%), na amostra, de cada grupo etário relativamente à média (quadro 4).

Quadro 4 - Distribuição da Amostra, Segundo Dois Grupos Etários (n=55)

Idade	N	%
Inferior à média	30	54,5 %
Superior à média	25	45,5 %
Total	55	100 %

4.2. Distribuição da Amostra por Habilitações Académicas

No que concerne às habilitações académicas dos técnicos musicoterapeutas da amostra, as respostas obtidas permitem constatar que 8 (20,5%) elementos do total dos respondentes indicou possuir o grau de Bacharelato. A restante maioria (79,5%) indicou possuir o grau de Licenciatura ou superior. Destes, uma percentagem de 20,5% indica ter uma pós graduação, 10, 3% o curso de Mestrado e 5,1% um Doutoramento. 16% dos respondentes não indicaram a sua habilitação académica (quadro 5).

Quadro 5 - Distribuição da Amostra, Segundo as Habilitações Académicas

Habilitações académicas	n	%
Bacharelato	8	20,5%
Licenciatura	17	43,6%
Mestrado	4	10,3%
Doutoramento	2	5,1%
Pós-graduação	8	20,5%
Total	39	100 %

4.3. Distribuição da Amostra por Tempo de Serviço

Pretendemos saber qual o tempo de serviço dos respondentes, contado até ao dia 31 de Agosto de 2010. O tempo de serviço varia entre 0 (mínimo) e 40 (máximo) anos de serviço, com uma média de 10,96 anos (DP=7,93 anos) e um valor mediano de 9 anos de tempo de serviço.

Devido à grande amplitude dos dados, optamos por agrupar os valores obtidos segundo 2 grupos em torno da média. Os grupos formados correspondem, na amostra, aos respondentes com menos de 10 anos de tempo de serviço (58,2%), e, com mais de 10 anos de tempo de serviço (41,8%)

Quadro 6 - Distribuição da Amostra Segundo Dois Grupos de Tempo de Serviço

Tempo de serviço	n	%
Inferior à média	32	58,2 %
Superior à média	23	41,8 %
Total	55	100 %

5. Instrumento de Recolha de Dados do Questionário

Uma investigação de natureza quantitativa, de que o nosso estudo é um exemplo, caracteriza-se “pela utilização de técnicas rigorosas de recolha de dados, muitas delas estandardizadas, que permitem assegurar a validade e a fidelidade dos dados recolhidos” (Lima e Vieira, 1997, p. 16). Neste sentido, a técnica utilizada foi o questionário, pelo facto de pensarmos que era a forma mais fácil de administração e que ia ao encontro dos objectivos estabelecidos para este trabalho. Um questionário é, por definição, “um instrumento estandardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem” (Ghiglione e Matalon, 1993, p.121). Ou seja, “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores” (Quivy e Campenhoudt, 2003, p.188).

A escolha do questionário como instrumento de recolha de dados constitui uma das opções metodológicas deste estudo, na medida em que se apresenta como mais adequada a um dos nossos propósitos: o de questionar de uma forma impessoal sobre um tema preciso. Por outro lado, entendemos que a utilização do questionário seria vantajosa, devido à sua facilidade de aplicação, pode abranger um largo número de dados homogéneos susceptíveis de tratamento estatístico. Além disso, permitia o anonimato que é “positivo para a credibilidade dos dados obtidos, uma vez que o indivíduo poderá sentir-se mais à vontade” (Lima e Vieira 1997, p. 80).

De um modo geral, a revisão da literatura abriu-nos alguns caminhos para a construção do instrumento de recolha de dados e possibilitou-nos, compreender como é importante a inclusão do aluno com DM nas salas de aula. Assim, o questionário aplicado foi elaborado a partir de uma revisão da literatura, referente à temática em estudo, tendo em conta o conteúdo das variáveis e os nossos objectivos. A sua elaboração obedeceu a várias etapas:

- (i) Identificação dos objectivos para cada questão;
- (ii) Realização de um pré-teste;
- (iii) Elaboração definitiva do questionário e aplicação do mesmo.

Estas etapas seguiram normas precisas de modo a aumentar a sua eficácia e validade até à sua concretização. Começamos por adaptar um conjunto de itens (pré-teste), especificando-os num Questionário simples, com variáveis de identificação e itens que pudessem ser ajustados aos objectivos da presente investigação. De seguida, o questionário obtido aplicou-se junto de três musicoterapeutas com características idênticas à amostra seleccionada que o preencheram sem que qualquer instrução lhe tenha sido dada.

Verificamos a validade de significância dos itens que, segundo Pourtois e Desmet (1988 p. 57), “... é a verificação do facto de que os dados obtidos da utilização do instrumento são o resultado de uma compreensão real por parte do sujeito dos itens e a percepção que estes despertam na pessoa”. Os itens que não se ajustavam à nossa realidade foram retirados ou substituídos por outros, tendo em conta as circunstâncias particulares do contexto em causa.

A versão definitiva do questionário que serviu de base ao nosso estudo empírico, ficaria constituído por duas partes e uma nota introdutória onde se apresenta o objectivo do estudo e o contexto em que se insere, segue a apresentação de algumas instruções de preenchimento, a fim de facilitar as respostas. As perguntas são redigidas de forma a manter a homogeneidade e compreensão e apresentam-se em formato fechado de resposta dicotómica (Sim/Não) ou múltipla, tipo *Likert*, em escala de (dis) concordância de 4 ordens ou opinativa em escala de importância de 7 ordens (ver Anexo I).

Na Parte I - Características pessoais e profissionais. Recolhem-se dados de identificação pessoal (idade, sexo) e profissional (habilitações académicas, tempo de serviço até 31 de agosto de 2010).

Na Parte II- Percepção sobre a inclusão de alunos com DM. Consideram-se quatro agrupamentos distintos de questões (alíneas) num total de 33 itens. Em cada grupo de questões encontram-se em causa os seguintes aspectos:

1. Conhecimento sobre os documentos:

- a) Declaração de Salamanca (Sim/ Não)
- b) Warnock Report (Sim/ Não)
- c) Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto (Sim/ Não)
- d) Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro (Sim/ Não)

2. Processo de inclusão de alunos com DM. Conjunto de 7 itens de resposta múltipla com 4 ordens, em escala de concordância/ discordância (Discordo plenamente, Discordo parcialmente, Concordo, Concordo plenamente).

3. Condições pertinentes para realizar um processo de inclusão de alunos com DM. Conjunto opinativo de 7 itens de resposta múltipla com 7 ordens, em escala opinativa crescente do grau de importância.

4. A música/musicoterapia no processo de inclusão de alunos com DM. Conjunto de 15 itens de resposta múltipla com 4 ordens, em escala de concordância/ discordância (Discordo plenamente, Discordo parcialmente, Concordo, Concordo plenamente).

6. Procedimentos

Para a compreensão dos fenómenos em estudo orientamo-nos para o diagnóstico em contexto natural seguindo uma metodologia do tipo não experimental (*ex-post-facto*) e exploratório, mais próximo dos modelos “correlacional-diferencial” (Almeida e Freire, 2007). Estes modelos situam-se entre os métodos descritivos, ou simplesmente compreensivos da realidade (estudos qualitativos) e os estudos experimentais (estudos quantitativos).

Era nosso objectivo reunir o maior número de questionários possível, num curto espaço de tempo. A opção foi construir um questionário online, usando uma ferramenta acessível do *Google docs*. Através dos 60 e-mails de técnicos musicoterapeutas cedidos por uma colega a desempenhar funções na Educação Especial, tivemos o cuidado inicial de informar os participantes do carácter anónimo das respostas, procurando motivar os inquiridos para o seu preenchimento, dando-lhes a indicação de que a sua colaboração seria breve (o inquérito levaria apenas alguns minutos), e caso manifestasse desinteresse ao longo do preenchimento, bastaria anulá-lo, sem que seja necessário identificar a pessoa em questão.

Tendo em vista obter respostas fiáveis, procurou-se utilizar uma linguagem simples, que não necessitasse de esclarecimentos adicionais para a sua compreensão. Tentou-se chegar a um modelo de questões onde nos abstermos de colocar perguntas que pudessem induzir determinadas respostas. Optou-se assim por um modelo de questionário de respostas

fechadas dicotómicas (sim/não) ou múltipla, em escala opinativa (tipo *likert*) de (dis) concordância ou de importância, respectivamente, com quatro ou sete ordens de resposta.

Como já referido, foram distribuídos via e-mail 60 questionários, dos quais foram devolvidos 55 considerados válidos, correspondendo a 91,7% do total.

Para a análise estatística, os questionários foram previamente convertidos em uma base de dados para serem tratados através do pacote estatístico *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*. A partir da base produzida, procedeu-se à análise descritiva das frequências das respostas dadas pelos respondentes e ao cálculo de algumas medidas amostrais de tendência central e/ou de dispersão, através das respostas nos itens e, de acordo com as leis e propriedades de uma distribuição normal.

No tratamento estatístico dos resultados, como critério geral, optamos por considerar que as pontuações obtidas nas variáveis intervalares fossem dicotomizadas segundo os resultados abaixo/acima da média. Não foram controladas as variáveis que serviram, primeiro para caracterizar a amostra e depois para a apresentação e análise dos resultados. Referimo-nos aos dados demográficos (género, idade) e às características profissionais (habilitações académicas, tempo de serviço).

As medidas de associação quantificam o grau e o sentido das relações entre duas variáveis, sem qualquer implicação de causa e efeito entre ambas. Neste estudo, usamos o coeficiente de correlação não paramétrico de *Spearman*, uma vez que não exige à partida a verificação dos pressupostos de uma distribuição normal das variáveis em análise. Um valor próximo de zero indica independência, enquanto o valor absoluto próximo a unidade indica dependência entre as variáveis.

No caso das variáveis nominais e/ou categoriais dependentes (percepções sobre a inclusão de alunos com DM), após análise descritiva das respostas, estas, foram agregadas em dois grupos de respondentes e efectuado o seu cruzamento com as variáveis independentes (sexo, grupos de idade, tempo de serviço, habilitações académicas), para determinar possíveis variações significativas nas proporções entre os grupos de sujeitos. O teste de independência do Qui-quadrado foi utilizado nos cruzamentos e observadas as percentagens das proporções obtidas nas tabelas de contingência (procedimento *crosstabs*, no SPSS) por linhas e/ou colunas (Moroco, 2007).

Capítulo V – Apresentação dos Resultados

Neste capítulo, passamos a apresentar e analisar os resultados obtidos na análise descritiva das respostas dos musicoterapeutas, tomando os dados pessoais e profissionais e as variáveis seleccionadas. Procuramos desenvolver os aspectos exploratórios e tentar responder às questões iniciais do questionário.

Numa primeira abordagem fomos tentar conhecer melhor as características pessoais e profissionais dos inquiridos, nomeadamente: o sexo; a idade; o tempo de serviço (até 31 de Agosto de 2010) e as habilitações académicas e indagamos, na amostra, se os sujeitos conhecem (ou não) alguns dos documentos orientadores do processo de inclusão de alunos com DM (Declaração de Salamanca, Relatório Warnock, Decreto-Lei n.º 319/91 e Decreto-Lei n.º 3/2008) e como percebem a DM e a importância da música/musicoterapia no processo de inclusão destes alunos.

A seguir, fomos analisar se ocorriam variações significativas nas proporções entre grupos de sujeitos relativamente às variáveis dependentes, com aplicação do teste do Qui-quadrado e apuramento de dados com recurso a ferramentas e opções, disponibilizadas pelo SPSS, como já referido. Este cruzamento de variáveis é apresentado em tabelas de contingência com indicação dos valores percentuais e os dados referentes ao cruzamento dos indicadores com variação significativa (Probabilidade (observada) $\leq 0,05$), sendo igualmente indicados os valores do Qui quadrado e graus de liberdade. Partindo dos valores expressos nos quadros, são feitos alguns comentários breves e discutidos os resultados obtidos em acordo com a componente conceptual deste estudo.

Para uma melhor leitura e interpretação dos resultados recorreremos à inclusão de quadros que se espera contenham informação suficiente para que possam ser interpretados sem ser necessária uma explanação exaustiva.

A análise dos resultados inclui a indicação dos valores de frequência através das percentagens relativas a cada item de resposta fechada. Todos os quadros estão numerados e acompanhados das respectivas legendas, bem como do significado de qualquer abreviatura usada.

1. Percepção Sobre a Inclusão de Alunos com Deficiência Mental

Neste campo, pretendemos avaliar alguns conhecimentos pertinentes e básicos que surjam de suporte ao estudo.

1.1. Conhecimento Sobre os Documentos Orientadores

Entendemos pertinente saber, junto da amostra, do conhecimento sobre alguns dos principais documentos orientadores do processo inclusivo. Questionamos os musicoterapeutas se tinham conhecimento sobre documentos específicos (quadro 7).

Quadro 7 - Conhecimento Sobre os Documentos (N=55)

	N	Não	n	Sim
Declaração de Salamanca (1994)	15	27,3 %	40	72,7 %
Warnock Report (1978)	17	31,5 %	37	68,5 %
Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de Agosto	11	20,4 %	43	78,2 %
Decreto-Lei Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro	04	7,3 %	50	92,6 %

Como expectável, a maioria dos respondentes afirma conhecer os documentos orientadores do processo de inclusão. Uma esmagadora maioria (92,6%) do total da amostra indica conhecer o Decreto-Lei n.º 3/2008, enquanto apenas 68,5% dos respondentes indica ter conhecimento sobre o relatório *Warnock*.

Na amostra, há um elemento que não responde quanto ao conhecimento sobre cada um dos três últimos documentos.

1.2. Aspectos Relativos ao Processo de Inclusão de Alunos com Deficiência Mental

A Questão 2 é composta por 7 itens (frases/afirmações) que indagam os musicoterapeutas acerca da sua concordância/ discordância relativamente a aspectos da inclusão. Apresentamos o quadro relativo à frequência das respostas dadas pelos musicoterapeutas.

As respostas, nos itens, foram codificadas segundo dois grupos distintos (Discordam; Concordam) e submetidas à análise descritiva. Após esta análise, os itens foram ordenados de modo decrescente a partir das pontuações médias, numa escala ordinal de 0 (mínimo) a 2 (máximo) pontos.

Quadro 8 - Processo de Inclusão de Alunos com Deficiência Mental

Aspectos	Discordam	Concordam	Pontuação Média
A inclusão é o empenhamento da escola em receber todas as crianças, reestruturando-as de forma a dar resposta adequada à diversidade	0 %	100 %	2,00
O Decreto-Lei n.º 3/2008 regulamenta o papel da escola inclusiva	3,7%	96,3%	1,96
A escola deve adaptar-se ao aluno	5,5%	94,5%	1,95
As questões relativas à deficiência estão a ganhar maior visibilidade na sociedade	5,6%	94,4%	1,94
A escola inclusiva defende um sistema de ensino para todos	7,4%	92,6%	1,93
O Decreto-Lei n.º 3/2008 refere a musicoterapia como técnica inclusiva	7,4%	92,6%	1,93
O Decreto-Lei n.º 319/91 veio dar consistência à escola através das suas orientações	68,5%	31,5%	1,31

Da análise dos dados emerge alguns aspectos que realçamos. Assim, em primeiro lugar, merece referenciar o facto de a totalidade (100 %) dos musicoterapeutas concordar com a

afirmação de que a inclusão é o empenhamento da escola em receber todas as crianças, reestruturando-se de forma a poder dar resposta adequada à diversidade dos alunos.

Nos restantes itens, aquele que se opõe, apresentando uma menor percentagem (31,5%) de concordância, tem a ver com a afirmação de que o Decreto-Lei. nº 319/91 veio dar consistência à escola através das suas orientações.

1.3. Condições Pertinentes à Realização da Inclusão

Apresentamos os elementos estatísticos da distribuição (n=55) dos resultados obtidos nos sete itens da questão 3, em que se pretende que os respondentes classifiquem, numa escala de sete pontos e por ordem de prioridade crescente, as condições que consideram mais pertinentes para poder realizar um efectivo processo de inclusão de alunos com DM.

No quadro seguinte indicam-se as medidas de tendência central (média e mediano) e de dispersão (desvio padrão e leque) da distribuição das respostas nos itens, ordenados segundo o valor decrescente da média.

Quadro 9 - Elementos Estatísticos da Distribuição da Classificação das Condições Pertinentes Para Realizar o Processo de Inclusão, Ordenados Segundo o Valor da Média

Condições	Média	Desvio Padrão	Mediano 50%	Leque min - max
Técnicos especializados (musicoterapeutas, psicólogos,...)	5,65	1,35	6	2 - 7
Relação de confiança entre o aluno e o musicoterapeuta	5,62	1,51	6	2 - 7
Adequação do currículo ao aluno	4,24	2,23	5	1 - 7
Atitude dos professores	4,18	1,92	4	1 - 7
Metodologia de ensino	3,67	1,59	4	1 - 7
Materiais e recursos	3,38	1,35	3	1 - 7
A importância do meio	2,84	2,01	2	1 - 7

Conforme se constata da leitura do quadro 9, a maioria dos respondentes atribui maior pertinência (média = 5,65; DP = 1,35) à condição de técnico especializado (musicoterapeuta, psicólogo, ...) para poder realizar um efectivo processo de inclusão. Segue-se a relação de confiança entre o aluno e o musicoterapeuta (média = 5,62; DP = 1,51); a adequação do currículo ao aluno (média = 4,24; DP = 2,23); a atitude dos professores (média = 4,18; DP = 1,92); metodologia de ensino (média = 3,67; DP = 1,59); materiais e recursos (média = 3,38; DP = 1,35).

A maioria dos inquiridos entende que é menos pertinente (média = 2,84; DP = 2,01) a condição relativa à importância do meio.

1.4. Variações, Segundo as Características dos Musicoterapeutas

Pretendemos testar se existiam (ou não) diferenças significativas nas opiniões dos musicoterapeutas. Uma vez que algumas das variáveis falham a aproximação a uma distribuição 'Normal', na comparação de variáveis utilizaram-se as alternativas não paramétricas: teste U de Mann-Witney para comparar duas variáveis e o teste de Kruskal-Wallis para comparar três ou mais variáveis, com um nível de confiança de 95% (a regra de decisão consiste em rejeitar a hipótese nula se p-value for inferior ao nível de significância de 5% e, concluir que existem diferenças significativas entre os grupos de respondentes).

No quadro seguinte são apresentados as pontuações médias obtidas em cada grupo de respondentes, na comparação com as variáveis independentes. É também indicado o valor do teste efectuado e o valor da probabilidade (p-value).

Quadro 10 - Elementos estatísticos do cruzamento com as variáveis independentes

(N=55)

Variável Dependente (VD)	Variável independente (VI)								
	Sexo		Idade (Grupos)		Habilitações Académicas			Tempo Serviço	
	Fem	Mas	Abaixo média	Acima média	Bac	Lic	PG	Abaixo média	Acima média
Atitudes dos Professores	30,5	26,1	28,3	27,6	16,7	17,6	16,7	25,9	30,8
	U=312,0 p=0,30; n.s.		U=365,0 p=0,86; n.s.		0,14 p=0,93 n.s.			U=303,5 p=0,26; n.s.	
Metodologia de ensino	28,4	27,7	26,1	30,3	19,0	18,5	11,6	23,5	34,2
	U=361,5 p=0,86; n.s.		U=317,5 p=0,32; n.s.		3,46 p=0,18 n.s.			U=225,0 p=0,01; n.s.	
Materiais e recursos	29,0	27,2	27,8	28,3	19,6	18,5	11,3	26,7	29,8
	U=347,0 p=0,66; n.s.		U=368,0 p=0,90; n.s.		3,87 p=0,14 n.s.			U=227,0 p=0,47; n.s.	
Técnicos especializados	30,3	26,2	28,2	27,8	24,1	13,8	16,6	26,6	29,9
	U=317,5 p=0,34; n.s.		U=370,5 p=0,94; n.s.		6,81 p=0,03			U=324,5 p=0,44; n.s.	
A importância do meio	30,9	25,7	25,2	31,4	17,5	20,6	8,8	26,8	29,6
	U=301,5 p=0,21; n.s.		U=289,5 p=0,13; n.s.		8,64 p=0,01			U=330,5 p=0,50; n.s.	
Relação de confiança	29,3	25,3	26,0	28,3	17,3	14,6	19,4	25,7	28,7
	U=293,0 p=0,33; n.s.		U=315,0 p=0,57; n.s.		1,57 p=0,46 n.s.			U=301,0 p=0,51; n.s.	
Adequação do Currículo	30,3	26,2	26,3	30,0	13,8	18,2	17,7	27,6	28,6
	U=317,0 p=0,34; n.s.		U=324,0 p=0,38; n.s.		1,18 p=0,55 n.s.			U=353,5 p=0,80; n.s.	

1.5. Música/Musicoterapia no Processo de Inclusão

A questão 4 é composta por 15 itens (frases/afirmações) que indagam os musicoterapeutas acerca da sua concordância/ discordância relativamente à Música/ Musicoterapia no processo de inclusão de alunos com DM.

Apresentamos o quadro relativo à frequência das respostas dadas pelos musicoterapeutas, na amostra. As respostas, nos itens, foram codificadas segundo dois grupos distintos (Discordam; Concordam) e submetidas à análise descritiva. Após esta análise, os itens

foram ordenados de modo decrescente a partir das pontuações médias, numa escala ordinal de 0 (mínimo) a 2 (máximo) pontos.

Quadro 11 - A Música/Musicoterapia no Processo de Inclusão de Alunos com Deficiência Mental

	Discordam	Concordam	Pontuação Média
A educação musical e musicoterapia não se contradizem, elas completam-se	0 %	100 %	2,00
Na musicoterapia, a acção recai na melhoria da sua saúde, na sua integração e inclusão	0 %	100 %	2,00
A música move as pessoas, juntando-as em grupo e produz uma sensação de comunidade	0 %	100 %	2,00
A música constitui um factor importantíssimo na formação do carácter do indivíduo	0 %	100 %	2,00
A musicoterapia tem como função a aplicação científica da música, favorecendo o processo de recuperação psicofísica do aluno com DM	0 %	100 %	2,00
A musicoterapia é o uso do som da música no encontro entre o terapeuta e o aluno com DM, proporcionando bem-estar físico, mental e emocional	1,9%	98,1%	1,98
Na educação musical o enfoque é pedagógico, na musicoterapia é terapêutico	1,9%	98,1%	1,98
O musicoterapeuta quando entra no mundo do aluno com DM partilha com ele os seus sentimentos e percepções	1,9%	98,1%	1,98
Quando a música é utilizada sem um terapeuta, o processo não é qualificado como terapia	1,9%	98,1%	1,98
A musicoterapia na educação musical pode auxiliar o desenvolvimento psicopedagógico e a dinâmica de grupo na sala	1,9%	98,1%	1,98
A música estabelece uma ligação profunda entre os indivíduos	3,6%	96,4%	1,96
As pessoas cantam e dançam juntas em todas as culturas	3,6%	96,4%	1,96
A actividade musical proporciona vivências e desenvolve a capacidade de expressão e socialização	3,6%	96,4%	1,96
A música estabelece harmonia, serenidade e paz	7,5%	92,5%	1,92
A crescente intensidade emotiva conduz à participação	13,0%	87,0%	1,87

Em termos gerais, as respostas concentram-se em torno das ordens superiores (Concordo) e apoiam a hipótese de que a distribuição dos resultados não se aproxima de uma distribuição “Normal”, em virtude de algum inflacionamento das respostas em cada um dos itens. Com efeito, ao se aplicar o teste da normalidade (K-S), constatamos que a distribuição dos resultados em quase todos os indicadores, não seguia a curva normal (p -value $< .05$, sig).

Na educação musical, a acção recai sobre a aquisição de conhecimento musical, enquanto a musicoterapia tem como função a aplicação científica da música, favorecendo o processo de recuperação psicofísica do aluno com DM, cuja acção recai na melhoria da sua saúde, na sua integração e inclusão. Além disso, a música move as pessoas, juntando-as em grupo e produz uma sensação de comunidade e constitui um factor importantíssimo na formação do carácter do indivíduo.

O item que recebe menor percentagem de opiniões concordantes, ainda assim, com uma percentagem de 87% de respostas concordantes tem a ver com a afirmação de que uma crescente intensidade emotiva conduz à participação.

1.6. Variações Segundo as Características dos Musicoterapeutas

Pretendemos testar se existiam (ou não) diferenças significativas nas opiniões dos Musicoterapeutas relativamente a cada uma das afirmações propostas acerca da música/musicoterapia no processo de inclusão de alunos com DM.

Ao procurar saber se as respostas em cada um dos itens do questionário específico variavam, tendo em conta as características pessoais (sexo, idade) e profissionais (habilitações académicas, tempo de serviço), levou-nos a analisar estatisticamente as relações e os cruzamentos possíveis entre estas variáveis.

Neste sentido, analisamos as tabelas de contingência geradas pelo SPSS (crosstabs) que incluem, o número de observações, as frequências observadas e, as esperadas na situação de independência entre as duas variáveis, as percentagens em linha e os resíduos ajustados. As tabelas de contingência são utilizadas usualmente para estudar a relação entre variáveis nominais (categóricas) descrevendo a frequências das categorias de uma destas variáveis (independente) relativamente às categorias da outra. Se associada à estatística do qui-

quadrado (Pearson Chi-Square) mede-se a probabilidade das diferenças encontradas nos grupos da amostra serem devidas ao acaso, partindo do pressuposto que não há diferenças entre estes grupos na população donde provêm (hipótese nula). Ou seja, não se aceita esta hipótese, caso o valor p (probabilidade observada) for baixo ($p < .05$, sig) e conclui-se que um grupo difere estatisticamente do outro grupo (Moroco, 2007, p.86).

Contudo, quando cruzadas as respostas em cada um dos 15 itens relacionados com os aspectos da música/musicoterapia no processo de inclusão de alunos com DM, a estatística produzida pelo teste do χ^2 , em cada caso, não permitia concluir que existem variações com significância entre as proporções das respostas dos grupos da amostra, pelo menos para um nível de confiança de 95% (a regra de decisão consistia em rejeitar a hipótese nula se p -value é inferior a 0,05 de significância estatística).

No quadro seguinte são apresentados os resultados obtidos neste cruzamento com as variáveis independentes. É também indicado o valor do qui-quadrado (observado) e a probabilidade (observada).

12 - Elementos estatísticos do cruzamento com as variáveis independentes (N=55)

Variável Dependente (VD)	Variável independente (VI)			
	Sexo	Idade (Grupos)	Habilitações Académicas	Tempo Serviço
A Música estabelece uma ligação profunda entre os indivíduos	$\chi^2=1,61$ ($p=0,21$) Não varia	$\chi^2=2,49$ ($p=0,11$) Não varia	$\chi^2=3,76$ ($p=0,15$) Não varia	$\chi^2=1,49$ ($p=0,22$) Não varia
As pessoas cantam e dançam juntas em todas as culturas	$\chi^2=1,61$ ($p=0,20$) Não varia	$\chi^2=0,17$ ($p=0,89$) Não varia	$\chi^2=1,83$ ($p=0,40$) Não varia	$\chi^2=1,49$ ($p=0,22$) Não varia
A crescente intensidade emotiva conduz à participação	$\chi^2=2,64$ ($p=0,10$) Não varia	$\chi^2=0,52$ ($p=0,47$) Não varia	$\chi^2=4,76$ ($p=0,09$) Não varia	$\chi^2=0,49$ ($p=0,48$) Não varia
A Música estabelece harmonia, serenidade e paz	$\chi^2=0,72$ ($p=0,39$) Não varia	$\chi^2=1,54$ ($p=0,21$) Não varia	$\chi^2=3,02$ ($p=0,22$) Não varia	$\chi^2=0,49$ ($p=0,49$) Não varia
A actividade musical proporciona-lhes vivências com o meio e consequentemente desenvolve a capacidade de expressão e socialização	$\chi^2=0,04$ ($p=0,85$) Não varia	$\chi^2=0,02$ ($p=0,89$) Não varia	$\chi^2=3,10$ ($p=0,21$) Não varia	$\chi^2=0,09$ ($p=0,76$) Não varia
A Musicoterapia é o uso do som da Música no encontro entre o terapeuta e o aluno com Deficiência Mental, proporcionando bem-estar físico, mental e emocional	$\chi^2=1,37$ ($p=0,24$) Não varia	$\chi^2=0,88$ ($p=0,35$) Não varia	$\chi^2=3,98$ ($p=0,14$) Não varia	$\chi^2=0,76$ ($p=0,38$) Não varia
Educação Musical e Musicoterapia não se contradizem, elas completam-se	Constante	Constante	Constante	Constante
A Musicoterapia na Educação Musical pode auxiliar o desenvolvimento psicopedagógico e a dinâmica de grupo na sala	$\chi^2=0,79$ ($p=0,37$) Não varia	$\chi^2=1,22$ ($p=0,27$) Não varia	$\chi^2=1,83$ ($p=0,40$) Não varia	$\chi^2=1,42$ ($p=0,23$) Não varia
Na Educação Musical o enfoque é pedagógico, na Musicoterapia é terapêutico	$\chi^2=0,73$ ($p=0,39$) Não varia	$\chi^2=1,23$ ($p=0,27$) Não varia	$\chi^2=1,21$ ($p=0,55$) Não varia	$\chi^2=1,44$ ($p=0,23$) Não varia
Na Educação Musical, a acção recai sobre a aquisição de conhecimento musical, na Musicoterapia a acção recai na melhoria da sua saúde, na sua integração e inclusão	Constante	Constante	Constante	Constante

2. Discussão dos Resultados

Depois da investigação teórica e empírica, pretendemos neste ponto discutir alguns resultados obtidos e relacioná-los. Assim, depois da literatura revista e os dados recolhidos fomos formulando mentalmente alguns dados com o objectivo de alcançar uma resposta viável, isto é verificar na nossa amostra a eficácia da musicoterapia, neste processo tão complexo de inclusão. Há uma preocupação sistemática em saber mais, ir mais além, procurar um conhecimento sustentável para poder actuar perante alunos com DM. É de salientar a formação de alguns musicoterapeutas: Bacharelato 8; Licenciatura 17; Mestrado 4; Doutoramento 2; Pós-graduação 8 (ver quadro 5).

No que concerne aos documentos orientadores da Educação Especial mencionados na parte teórica, o Decreto-Lei n.º 319, de 23 de Agosto refere-se à integração e o Decreto-Lei 3/2008 à inclusão (ver quadro 7).

Ainda no quadro 7, dos (N-55) musicoterapeutas, 37 conhecem *Warnock Report* (1978); 40 a Declaração de Salamanca (1994); 43 o Decreto-Lei n.º 319, de 23 de Agosto; 50 o Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro. Assim, podemos clarificar através destas afirmações explícitas na parte teórica que o conceito de escola inclusiva, veiculado pela UNESCO (Declaração de Salamanca, 1994), sugere a ideia de que, no ensino regular, mais do que integrar, trata-se da escola incluir, desde o início, todas as crianças em idade escolar, quaisquer que fossem as suas características físicas, sociais, linguísticas ou outras. Para Benavente (1992), o princípio de atenção à diversidade é fundamental à construção da escola inclusiva. Equacionar as suas necessidades e relacioná-las com a construção construtivista das aprendizagens é fundamental. Avaliar no novo modelo significa recolher dados com o objectivo de formar decisões psico-educacionais. Nesta perspectiva a publicação do Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, vem reforçar ainda mais o papel desta escola.

O quadro 9 dá bastante importância à música/musicoterapia, cabendo aos técnicos especializados (musicoterapeutas e psicólogos) a condição mais pertinente para realizar o processo de inclusão (Média 5,65, Desvio Padrão 1,35). Seguidamente temos a relação de confiança entre o aluno e o musicoterapeuta (Média 5,62, Desvio Padrão 1,51).

O quadro 11 contém dezasseis afirmações retiradas da parte teórica do nosso trabalho sobre a música/musicoterapia que passaremos a citar: música estabelece uma ligação profunda entre os indivíduos; as pessoas cantam juntas em todas as culturas; o ritmo transforma os auditores em participantes; a crescente intensidade emotiva conduz à participação; a música estabelece harmonia, serenidade e paz; a actividade musical proporciona-lhes vivências com o meio e consequentemente desenvolve a capacidade de expressão e socialização; a musicoterapia é o uso do som da música no encontro entre o terapeuta e o aluno com DM, proporcionando bem-estar físico, mental e emocional; educação musical e musicoterapia não se contradizem, elas completam-se; a musicoterapia na educação musical pode auxiliar o desenvolvimento psicopedagógico e a dinâmica de grupo na sala; na educação musical o enfoque é pedagógico, na musicoterapia é terapêutico; na educação musical, a acção recai sobre a aquisição de conhecimento musical; na musicoterapia a acção recai na melhoria da sua saúde, na sua integração e inclusão; a música move as pessoas, juntando-as em grupo e produz uma sensação de comunidade; a musicoterapia tem como função a aplicação científica da música, favorecendo o processo de recuperação psicofísica do aluno com DM. Relativamente a estas afirmações, os resultados foram considerados fabulosos, havendo até uma certa inflação dos resultados a favor do parâmetro concordo.

A estatística produzida pelo teste do χ^2 , em cada caso, não permitiu concluir que existem variações com significância entre as proporções das respostas dos grupos da amostra, pelo menos para um nível de confiança de 95% (a regra de decisão consistia em rejeitar a hipótese nula se p-value é inferior a 0,05 de significância estatística (ver quadro 12)

Assim, segundo Spech (1978, cit. por Bautista, 1997), uma das tarefas fundamentais que a educação deve ter em conta é a educação rítmica. Para Gainza (1988), a música é um elemento de fundamental importância, pois movimenta, mobiliza e, por isso, contribui para a transformação e o desenvolvimento.

É surpreendente ver como pessoas surdas/mudas, isoladas e confusas se animam e a reconhecem como familiar, deste modo, começam a estabelecer uma relação com o terapeuta. (Gaston, 1957, p. 66).

A Música nos alunos com DM proporciona-lhes vivências com o meio envolvente e “dá-lhes a oportunidade de ouvir e explorar diferentes sons, cantar, dançar, tocar para que se situe e participe no mundo que o rodeia” (Pocinho, 1999, p. 112).

Tudo o que acabamos de referir vai ao encontro da escola inclusiva que vamos construindo, tendo como função “promover uma sociedade em que cada um possa encontrar o seu lugar enquanto cidadão participativo” (Bérnard da Costa, 1996, p. 79).

As afirmações do quadro 11 da parte empírica justificam com bastante clareza o que acabamos de afirmar. É também de salientar que os musicoterapeutas conhecem os documentos relacionados com a Educação Especial, favorecendo assim o processo de inclusão (quadro 7).

No que concerne ao quadro 10 - Elementos estatísticos do cruzamento com as variáveis independentes (N=55), a quase totalidade dos resultados obtidos não permitiram rejeitar a hipótese testada de que as pontuações médias não diferem segundo as características pessoais e profissionais dos respondentes, uma vez que não observamos efeitos (diferenças) estatisticamente significativos das características dos musicoterapeutas nas pontuações médias de cada item. Contudo, há dois casos em que o nível de significância do teste é inferior a 0,05, o que leva a concluir que as condições para a realização do processo de inclusão, nomeadamente, no que concerne à importância do meio e aos técnicos especializados (musicoterapeutas, psicólogos). É percebido de forma diferente pelos respondentes com diferentes habilitações académicas, como podemos observar nesse mesmo quadro.

O musicoterapeuta quando entra verdadeiramente no mundo do aluno partilha com ele os seus sentimentos e percepções. Relativamente a esta afirmação 1,9% discordam, 98,1% concordam, pontuação média 2,00.

Em suma: de acordo com a pesquisa efectuada podemos concluir que a música e a musicoterapia servem de suporte à integração e inclusão dos alunos com DM. Neste sentido, partimos do pressuposto de que “*se os seres humanos convivem no mundo em que todos participam, não há motivo para isolar alguém*” (Martins, 2008, p. 12), quer seja na vida escolar, quer seja noutras ocasiões. De acordo com a autora citada, ainda existe da parte de muitos professores uma ideia equivocada de que a escola regular é construída para

um grupo idealizado de alunos que consegue aprender sem dificuldades. Desta feita, acreditam que aqueles que têm NEE não conseguem apreender com os demais alunos, devendo ser atendidos à parte, de forma a não quebrar a suposta homogeneidade existente. Porém, o movimento em prol da inclusão escolar tem vindo a ganhar terreno. Apoiar-se em noções sócio-construtivas, que destacam o facto de que os alunos não se desenvolvem adequadamente, pois não têm um espaço real de acção e interacção que favoreça a sua aprendizagem e socialização, que lhes permita trocas sistémicas significativas (Martins, 2008).

A este propósito, Vaz (1997) refere que as atitudes negativas face aos vários tipos de deficiência estão relacionadas com as normas e valores sociais, bem como as experiências de infância e com o comportamento das próprias pessoas com *handicaps*, que muitas vezes favorecem a discriminação. Assim sendo e tendo-se em consideração que a inclusão educativa destes alunos não é uma realidade “nova” no nosso contexto escolar e social, ainda na perspectiva do autor citado, um dos objectivos fulcrais da acção educativa não é deixar-se levar pelas normas e valores sociais tradicionais segregativos, mas ajudar o aluno a integrar e a organizar, consistentemente, as normas específicas que foi adquirindo na família e na sociedade em geral.

Considerações Finais

O desenvolvimento tecnológico e científico tem vindo a revolucionar a Sociedade actual. Essa mudança exige profundas consequências na organização e novas metodologias na Escola Inclusiva. De facto, o professor deve ser o modelo na construção de uma escola mais justa e solidária e servir de alavanca para uma sociedade na qual as oportunidades não sejam apenas de uma elite, mas de todos os seus cidadãos. As suas qualidades ou defeitos espelhar-se-ão nos alunos ao longo da vida. Como argumenta Alcântara (1998, p.93), “os alunos devem ver encarnados em nós esses mesmos valores e atitudes que lhe transmitimos”.

A inclusão educativa de alunos com NEE pode ser vista como positiva, ao reconsiderarem-se os aspectos das relações sociais, e negativa, ao pensarmos no ponto de

vista da mera integração (Pacheco, 2007). Ainda na óptica do mesmo autor, inclusão compreende um valor constitucional que deve concretizar a aceitação da diferença humana e respeitar a diversidade cultural e social (LBSE); neste sentido, a música/musicoterapia e emoções que pode suscitar são dois conceitos familiares que fazem parte do ser humano. Não há cultura humana em que a música não conheça um envolvimento eminente ou não seja estimada. Para os alunos com DM, a situação é diferente. Neste caso a música não é um luxo, mas uma necessidade e pode ter um poder maior de os devolver a si próprios, e aos outros, ainda que só por um momento (Gainza, 1998).

Nesta mesma linha, é surpreendente ver como pessoas com DM isoladas e confusas no seu mundo, a reconhecem como familiar e começam a cantar e a estabelecer uma relação íntima com o terapeuta. Mais surpreendente ainda é observar um grupo com DM profunda, cada elemento no seu mundo ou seu não-mundo, todos eles aparentemente incapazes de quaisquer reacções coerentes, para já não falarmos de interacção e o modo como respondem à presença do musicoterapeuta que começa a tocar diante delas. Há uma atenção súbita e imediatamente despertam e fixam-se no intérprete, tornam-se despertos e atentos: os agitados, mais calmos. O facto de ser possível chamar a atenção deste tipo de alunos com DM e mantê-los por alguns minutos é já, por si só, qualquer coisa de notável. Além disso, há muitas vezes um envolvimento específico com o que está a ser tocado. Habitualmente, nos grupos deste tocam-se as velhas canções que todas as pessoas com idade e os antecedentes do aluno com DM conhecem (Sacks, 2008).

Assim, ao longo desta dissertação, tivemos a oportunidade de aprofundar a implicação da música/musicoterapia relativamente ao aluno com DM. Esta perspectiva remete-nos para a filosofia da inclusão educativa, que umas comunidades escolares discutem, outras proclamam e algumas omitem-na, mas na verdade, a sua interiorização e implementação ainda não constitui uma realidade efectiva. No nosso entender, o caminho para a educação inclusiva está traçado, o ponto de partida está definido, difícil é prever o momento de chegada.

Apesar das limitações do estudo, uma amostra reduzida devido a várias circunstâncias, pretendemos que esta Dissertação seja apenas um abrir a janela a outros Investigadores que sintam gosto por esta temática e questionem outros intervenientes tais como: professores do ensino regular, professores de educação especial e encarregados de educação. Que este estudo seja um contributo e motivação para outras reflexões com suportes metodológicos

diferentes, na perspectiva da evolução ou retrocesso, num campo tão vasto e sensível da Educação Especial.

Para nós, foi possível constatar, através do enquadramento teórico e da investigação empírica efectuada, que a utilização da musicoterapia constitui um benefício não só para o desenvolvimento físico e sensorial do aluno com DM, mas também para a promoção das interacções sociais e da sua auto-estima, e, conseqüentemente para a sua inclusão académica e social.

**Escutem os sons da Natureza
e sentirão o prazer de viver**

(Magalhães Vítor, 2011)

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1996). *DSM IV (4ª Edição)* Lisboa: Climepsi.
- Bairrão, J. (org.) (1998). *Os Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Conselho Nacional de Educação.
- Baranow, A. L.V. (1999). *Musicoterapia: uma visão geral*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Ainscow, M (1997). *Educação para Todos: Torná-la uma Realidade Porter Gordon In Caminhos para as Escolas Inclusivas (39)*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Albuquerque, M. (2000). *A Criança com Deficiência Mental Ligeira*. Lisboa: Secretariado Nacional Para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Alcântara, J. A. (1998). *Como Educar as Atitudes*. Lisboa, Plátano Edições Técnicas.
- Almeida, J. F. (1993). *Integração e Exclusão Social – Algumas questões. Análise Social*, 123/124, 823-834. Almeida, L. S.; Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Barcellos, L. R. M. (1994). *Cadernos de Musicoterapia 3*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Barcelos, L. R. M. (org.) (1999). *Musicoterapia: transferência, contratransferência e resistência*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Barcellos, L. R. M. (1992). *Um trabalho de musicoterapia desenvolvido com crianças com problemas de aprendizagem*. Rio de Janeiro: Enelivros.
- Barroso, J. (1992). *Autonomia e Gestão das Escolas*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Bautista, Rafael, (coord.) (1993). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivros.

Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Bell, J. (1997). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.

Benenzon, R. O. (1998). *Teoria da Musicoterapia: Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. Tradução: Ana Sheila M. de Uriceochea. São Paulo: Summus.

Benenzon, R. O. (1998). *La nueva musicoterapia*. Argentina: Lumen. Betes del Toro, M. (2000). *Fundamentos de musicoterapia*. Madrid: Morata.

Boutin, G., Goyette, G. e Lessard-Hébert, M. (2005). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Brito, T. A. (1998). *Música na Educação Infantil*. São Paulo: Ed. Peirópolis.

Brito, T. A. (2003). *Música na Educação Infantil: propostas para a formação integral da criança*. São Paulo: Ed. Peirópolis.

Bruscia, K. E. (2000). *Definindo a musicoterapia* (2ª ed.). Trad. Mariza Velloso Fernandez Conde. Rio de Janeiro: Enelivros.

Cadima, A. (1997). *A Experiência de um círculo de Estudos para uma Pedagogia Diferenciada*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Cadima, A. (et al.). (1998). *Diferenciação Pedagógica no Ensino básico: Alguns Itinerários*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Castro, E. (1995). *Estruturas e Órgãos de Gestão Pedagógica Intermédia e Organização Pedagógica da Escola – Que relação? O Professor*. Porto: Porto Editora

Castro, E. (1995). *O Director de Turma nas Escolas Portuguesas – O Desafio de uma Multiplicidade de papéis*. Porto: Porto Editora.

Chess, S.; Hassbi, M. (1982). *Princípio e Prática na Psiquiatria Infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Correia, L. M. (1997). *(Alunos com necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares)*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. M. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L.M. (org.). (2003). *Educação Especial e Inclusão – quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo*. Porto: Porto Editora.

Costa, A. M. (1981). *Educação especial, In: Sistema de Ensino em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Costa, A. A. (1995). *A Educação Especial na Reforma do Sistema Educativo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

.

Costa, A. M. B. (1996). *A Escola Inclusiva: Do Conceito à Prática*. *Inovação*, 9, 151 -155. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Costa, A. M. B., Leitão, F.R., e Pinto, J. V. (1996). *Currículos Funcionais (Vol. I)*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Costa, A. M. B. (1999). *Uma Educação Inclusiva a partir da Escola que temos*. Lisboa: Ministério da Educação

Costa, C. M. (1989). *O despertar para o outro: musicoterapia*. São Paulo: Sumus.

Declaração de Salamanca (1994). Conferencia Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais. Acesso e qualidade.

Del Campo, P. (1997). *La música como processo*. Salamanca: Amarú Ediciones

Demo, P. (1981). *Metodologia Científica em Ciências Sociais*. S. Paulo: Edições Asa

Dias, J. (1999). *A Problemática da Relação Escola Família/Escola e a Criança Com Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: SNRIPC.

Ducourneau, G. (1984). *Introdução à musicoterapia – A Comunicação musical: seu papel e métodos em terapia e reeducação*. São Paulo: Manole.

Federação Mundial de Musicoterapia (1996), retirado de <http://www.musica.com>, em 04/05/2011.

Felgueira, I. (1994). *Crianças com Necessidades Educativas: Como as Educar? Inovação*, 7, 23 - 32 Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Ferraz, M. (Org). (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Lisboa: Tuttirév Editorial, Lda.

Ferreira, J. M. Carvalho; Neves. J. Caetano, A.(2001). *Manual de Psicologia da Organização*. Lisboa: Editora MC Graw- Hill.

Ferreira, J. M; Carvalho (et al) (1996). *Manual de Psicologia da Organizações*. Alfragide: Mc Graw- Hill.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.

Formosinho, J. (1986). *Organização e Administração Escolar. Área de Análise Social e Organizacional da Educação*. Braga: Universidade do Minho.

Gainza, V. H. (1981). *Estudos de Psicopedagogia Musical*. São Paulo: Summus.

Gainza, V. H. (1998). *Estudos de Psicopedagogia Musical*. São Paulo: Summus Editorial.

Gaston, T. (1968). *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Ghiglione, R. e Matalon. B. (1993). *O Inquérito-Teoria e Prática* (2ª Edição). Oeiras: Celta Editoras Lda.

Gomes, D. (2000). *Currículo Organizacional - Comunicação e Identidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Gregório, C. (1997). *Relato de Experiências no 1º Ciclo*. In Cadima, Ana (et al.). *Diferenciação Pedagógica no Ensino Básico: Alguns Itinerários*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Hill, M.M. e Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário (2ª ed)*. Lisboa: Edições Sílabo

Ilari, B. (2006). (Organizadora). *Em busca da mente musical: ensaios sobre os processos cognitivos em música – da percepção à produção*. Curitiba: Editora da UFPR.

Jesus, S.N. e Martins, M.H. (2000). *Escola Inclusiva e apoios educativos*. Porto: Criapasa.

Jiménez, R. B. (Coord.) (1997). *Educação Especial e Reforma Educativa*, In. R. Bautista (Coord.), *Necessidades Educativas Especiais*, Lisboa: Coleção Saber Mais, Dinalivro.

Joly (2003). *Música e Educação especial: uma possibilidade concreta para promover o desenvolvimento de indivíduo*. Revista do Centro de Educação da UFSM, Santa Maria, V. 28, n.º 02, p. 79-86

Kirk, S. A.; e Gallagher, J. J. (1991). *Educação da Criança Excepcional*. São Paulo: Editora Lia.

Lima, L. (1992). *A Escola como Organização e a participação na Organização Escolar*. Braga: Instituto de Educação da Universidade do Minho

Louro, V. S. ; Alonso, L. G. e Andrade, A. (2006). (Ferreira). *Educação musical e deficiência: propostas pedagógicas*. São Paulo: Editora do Autor.

Madureira, I. e Leite, T. (2003). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Universidade Aberta.

Martins, L.A.R. (Org.) (2008). *Escola Inclusiva: pesquisa, reflexões e desafios*. Brasil: Ideia Editora LTDA

Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Monteiro, M. (2010). *Ser Humano*. Porto: Porto Editora.

Morato, P. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação.

Morato, P. e Santos, S. (2007). *Dificuldade Intelectual Desenvolvimental. A Mudança de Paradigma na Conceção da Deficiência Mental*. In Revista de Educação Especial e reabilitação, n.º 1. Lisboa: Edições FMH.

Moroco, J. (2007). *Análise estatística, com utilização do SPSS (2ªed.)*. Lisboa: Edições Sílabo

Niza, S. (1996). *Necessidades Especiais de Educação: Da Exclusão à Inclusão na Escola Comum*. Revista Inovação Vol. 9, 1 e2, 139-149. Ministério da Educação.

Pacheco, D. B., e Valência, R. P. (1997). *A deficiência Mental*. In *Necessidades Educativas Especiais*. Almada: Dinalivro.

Pelicia, V. M. C. (1994). *Factores de Integração em alunos com Deficiência Mental em Escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Pereira, F. (1998). *As Representações dos Professores de Educação Especial e as Necessidades das Famílias*. Lisboa: SNRIPC.

Pereira, L. M. (1993). *Integração Escolar - Colectânea de textos*. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Departamento de Educação Especial e Reabilitação.

Pires, E. L. “A massificação escolar” in *Revista Portuguesa de Educação*, 1 (1), Braga, U.M. p. 27-43.

Pocinho, N. D. (1999). *A música na relação Mãe-Bebé*, Lisboa: Instituto Piaget.

Porter, G. (1995). *Organização das escolas: Conseguir o Acesso e a Qualidade através da Inclusão. Comunicação apresentada na Conferência Mundial sobre “Necessidades Educativas: Acesso e qualidade*. Salamanca. (1994). UNESCO.

Porton, Gordon. (1997). *Organização das escolas: Conseguir o Acesso e a Qualidade através da Inclusão*. In Ainsow, Mel, Porter, Gordon, Wang, Margaret. Porter (1997) p.39. *Caminhos para as Escolas Inclusivas*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Pourtois, J, P; e Desmet, H. (1988). *Epistémologia et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelas : Pierre Mardaga, Éditeur.

Punch, K. (2000). *Developing effective research proposals*. London: SAGE Publications.

Quivy, R; e Campenhoudt, (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Quivy, R; e Campenhoudt, (2003) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, M. (1996). *A Comunicação na Deficiência Mental Profunda*. Braga: Edições APPACDM.

Riccardi, P. S. (2005), *Intervención musical em el alumnado com necesidades educativas especiales: delimitaciones conceptuales desde la pedagogia musical y la musicoterapia*. Cadiz: Paper Universid.

Rodrigues, D. (1989). *Percursos da Educação Especial em Portugal: uma meta-análise qualitativa de artigos publicados em revistas não especializadas desde 1940*. Lisboa: in Inovação, nº 4 (vol.2).

Rodrigues, D. (org.) (2001). *Educação e diferença – valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, D. (org.) (2003). *Perspectivas sobre a Inclusão. Da Educação à Sociedade*. Porto Editora: Porto.

Roldão, M. C. (2000). *O Currículo Escolar: da uniformidade à contextualização: campos e níveis de decisão curricular*. *Revista Educação*, vol IX, nº.1 Lisboa: Departamento da Educação da F.C da U.L

Ruivo, J. B. (1981). *Subsídios para um Modelo de Integração*. In Gulbenkian, Fundação Calouste (1981). *Encontro sobre integração da criança e do jovem deficiente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sacks, O. (2008). *Musicofilia – Histórias sobre a Música e o Cérebro*. Lisboa: Relógio D'água Editores. Traduzido por Sofia Coelho e Miguel Pereira.

Grout, D. J., e Palisca, C. V. (1998). *História da Música Ocidental. Confissões, X, cap.33, P.278*. Lisboa: Gradiva Publicações.

Santos, S.; e Morato, P. (2000). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora

Simon, J. (2000). *A Integração Escolar das Crianças Deficientes*. Porto: Edições Asa.

Sousa, A. B. S. (2003), *Educação pela arte e artes na educação*. Lisboa: Instituto Piaget.

Souza (1988) *Musicoterapia com a 3ª idade*. Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro (digitado).

Stefani, G. (1987). *Para entender a música*. Rio de Janeiro: Globo.

Tourinho, L. M. C. (1999). *Musicoterapia com o idoso: uma experiência clínica na CGABEG*. Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação-Especialização em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música. Rio de Janeiro, (digitado).

Tourinho, L.M.C. (2000) *O Idoso e a musicoterapia: promoção de saúde*. "Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação-Especialização em Envelhecimento e Saúde do Idoso". Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz.

Torrado, A. (2002). *Da escola sem sentido à escola dos sentidos*. Lisboa: Editorial Caminho.

Teixeira, M. (1995). *O Professor e a Escola: Perspectivas Organizacionais*. Amadora: MC Graw - Hill Editora.

Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação: Como Conceber e Realizar o Processo de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (Tradução de Rodrigues - Lopes, 2000).

Unesco (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção.Necessidades Educativas Especiais*. Espanha: Salamanca.

Vasconcelos, A. A. (2006), *Ensino da Música 1.º Ciclo do Ensino Básico – orientações programáticas*, Lisboa, Ministerio da Educacao.

Vaz, J. J. M. (1997). *Atitudes dos professores face à integração de crianças com Necessidades Educativas Especiais no Ensino Regular* (manuscrito não publicado). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Vieira, F. e Pereira, M. (1996). *Se Houver Quem Me Ensinara... A educação de Pessoas com Deficiência Mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vilar A. M. (1993). *A Avaliação um Novo Discurso?* Porto: Porto Editora.

Warwick, C. (2001). *O Apoio às Escolas Inclusivas In Warwick 111-121 Educação e diferença*. Org. David Rodrigues. Porto: Porto Editora.

Whitaker, P. (2000). *Gerir a Mudança nas Escolas*. Porto: Edições Asa.

Wisnik, J. M. (1989). *O Som e o Sentido*. São Paulo: Companhia das Letras

Wisnik, J. M. (1999). *O som e o sentido, uma outra história das músicas*. São Paulo: Companhia das Letras.

Legislação consultada

Decreto-Lei n.º 44/73, de 12 de Fevereiro

Decreto-Lei n.º 45/73, de 12 de Março

Decreto-Lei n.º 538/79, de 31 de Dezembro

Decreto-Lei n.º 3/87, de 3 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 35/88, de 4 de Fevereiro

Decreto-Lei n.º 35/90, de 20 de Janeiro

Decreto-Lei n.º 172/91, de 10 de Maio

Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto

Decreto-Lei n.º 115/A/98, de 4 de Maio

Decreto-Lei n.º 3/200, de 7 de Janeiro

Despacho n.º 59/79, de 8 de Agosto

Despacho Conjunto n.º 105/97, de 1 de Julho

Lei n.º 5/73 de 25 de Julho

Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (LBSE)

Anexos

(Instrumento de recolha de dados)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS - VISEU

No âmbito do Mestrado em Ciências da Educação, Especialização em Educação Especial, o presente inquérito efectuado sob a forma de questionário tem como objectivo conhecer a opinião dos Técnicos Musicoterapeutas sobre o Contributo da Musicoterapia como meio de Inclusão dos alunos com Deficiência Mental nas nossas Escolas.

Assim, solicita-se a sua colaboração que se traduzirá no preenchimento deste questionário. Este é anónimo e os dados aqui recolhidos serão apenas usados nesta investigação, não sendo divulgados para quaisquer outros fins.

Agradece-se o seu contributo para esta investigação.

Vítor Amílcar Magalhães

PARTE I

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Escolha a afirmação que melhor julgue corresponder à sua situação, fazendo uma cruz (X) na opção correcta.

1 - Sexo:

- a) Feminino
- b) Masculino

2 - Idade: _____anos.

3 – Habilitações Académicas:

- a) Bacharelato
- b) Licenciatura
- c) Mestrado
- d) Doutoramento
- e) Pós-Graduação

4 – Tempo de serviço até 31 de Agosto de 2010: _____ anos.

PARTE II

PERCEPÇÃO SOBRE A INCLUSÃO DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA MENTAL

1 – Tem conhecimento sobre os seguintes documentos?

	Sim	Não
a) Declaração de Salamanca (1994).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Warnock Report (1978).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Se respondeu **não** à **alínea c)**, não responda à **alínea c) do ponto 2**.

-Se respondeu **não** à **alínea d)**, não responda às **alíneas e) e g) do ponto 2**.

2 - Relativamente ao processo de Inclusão de Alunos Com Deficiência Mental, qual o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

1- Discordo plenamente; 2- Discordo parcialmente; 3- Concordo; 4- Concordo plenamente.

	1	2	3	4
a) A Escola Inclusiva defende um sistema de ensino para todos, incluindo os alunos com Deficiência Mental.				
b) A Escola deve adaptar-se ao aluno.				
c) O Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto, veio dar consistência à Escola Inclusiva através das suas orientações.				
d) As questões relativas à deficiência estão a ganhar maior visibilidade na Sociedade.				
e) O Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, refere a Musicoterapia como técnica de Inclusão.				
f) A Inclusão é o «empenhamento da escola em receber todas as crianças, reestruturando-se de forma a poder dar resposta adequada à diversidade dos alunos».				
g) O Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, regulamenta o papel da Escola Inclusiva.				

3 - Classifique, por ordem de prioridade crescente (considerando 7 mais importante e 1 menos importante), as condições que considere mais pertinentes para poder realizar um efectivo processo de inclusão de alunos com Deficiência Mental.

- a) Atitudes dos Professores. —
- b) Metodologia de ensino. —
- c) Materiais e recursos. —
- d) Técnicos Especializados (Musicoterapeutas, psicólogos). —
- e) A importância do meio. —
- f) Relação de confiança entre o aluno com dificuldades e o Musicoterapeuta. —
- g) Adequação do Currículo ao aluno. —

4 – No quadro, abaixo apresentado, consta uma série de afirmações relativas à Música/Musicoterapia no processo de Inclusão de alunos com Deficiência Mental. Coloque um X no quadro que melhor se adapte à sua opinião, de acordo com as seguintes opções: Concordo Totalmente (CT), Concordo (C), Discordo (D), Discordo Totalmente (DT).

	CT	C	D	DT
1. A Música estabelece uma ligação profunda entre os indivíduos.				
2. As pessoas cantam e dançam juntas em todas as culturas.				
3. A crescente intensidade emotiva conduz à participação.				
4. A Música estabelece harmonia, serenidade e paz.				
5. A actividade Musical proporciona-lhes vivências com o meio e conseqüentemente desenvolve a capacidade de expressão e socialização				
6. A Musicoterapia é o uso do som da Música no encontro entre o terapeuta e o aluno com Deficiência Mental, proporcionando bem-estar físico, mental e emocional.				
7. Educação Musical e Musicoterapia não se contradizem, elas completam-se.				

8.A Musicoterapia na Educação Musical pode auxiliar o desenvolvimento psicopedagógico e a dinâmica de grupo na sala.				
9.Na Educação Musical o enfoque é pedagógico, na Musicoterapia é terapêutico.				
10.Na Educação Musical, a acção recai sobre a aquisição de conhecimento musical, na Musicoterapia a acção recai na melhoria da sua saúde, na sua integração e inclusão.				
11.O Musicoterapeuta quando entra no mundo do aluno com Deficiência Mental partilha com ele os seus sentimentos e as suas percepções.				
12. A Música move as pessoas, juntando-as em grupo e produz uma sensação de comunidade.				
13.A Música constitui um factor importantíssimo na formação do carácter do indivíduo.				
14.A Musicoterapia tem como função a aplicação científica da música, favorecendo o processo de recuperação psicofísica do aluno com Deficiência Mental.				
15.Quando a música é utilizada sem um terapeuta, o processo não é qualificado como terapia; quando o terapeuta ajuda o cliente sem utilizar música, não se trata de Musicoterapia.				

Obrigado pela sua colaboração.