

Revista Diversidades nº22

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA - SECRETARIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA - DIRECÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL E REABILITAÇÃO
DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO, GESTÃO DE RECURSOS E INVESTIGAÇÃO



EIXOS DE ESPERANÇA



**Novas abordagens na
área da Deficiência
Intelectual**

pág. 4 - 29



**Acessibilidade à
Informação em Braille**

pág. 32



**Inauguração de novos
centros para a
Educação Especial**

pág. 38

3	Editorial
4	Deficiência Intelectual: Terminologia e Conceptualização
9	Abordagem Pedagógico-Educativa: Um Percorso
14	Comunicação, Linguagem e Fala: O Papel da Terapia na Interação Social
18	Terapia Ocupacional: A Arte e a Ciência da Acção
20	Alimentação Saudável na Deficiência Intelectual
21	O Contributo da Psicomotricidade nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais
25	As TIC nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais
28	A Sexualidade na Deficiência Intelectual: Atitudes de Pais e Profissionais
30	Espaço Ψ
32	Legislação
33	Livros
34	Espaço TIC
35	Formação
36	Notícias

Ficha Técnica

Directora	Maria José de Jesus Camacho
Redacção	Serviços da Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação e Colaboradores Externos
Revisão	Direcção de Serviços de Apoio, Gestão de Recursos e Investigação
Morada	Rua D. João n.º 57 9054-510 Funchal Telefone: 291 705 860 Fax: 291 705 870
E-mail	revistadiversidades@madeira-edu.pt
Grafismo e Paginação	Direcção de Serviços de Apoio, Gestão de Recursos e Investigação
ISSN	1646-1819
Impressão	O Liberal
Tiragem	1000 exemplares
Distribuição	Gratuita
Fotos	Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação



Maria José Camacho
Directora Regional de Educação
Especial e Reabilitação

Numa sociedade em permanente construção, os paradigmas que orientam a nossa intervenção sofrem modificações, que confluem no modo como actualmente consideramos a população com necessidades especiais.

Diversas conceptualizações têm orientado o conhecimento sobre a temática da Deficiência Intelectual, incorporando formas de entendimento e de actuação distintas.

A mudança de paradigma dominante veicula profundas transformações nas práticas de intervenção realizadas, realçando-se a importância de uma atitude reflexiva, que nos permita transferir e adequar os conhecimentos à realidade envolvente, possibilitando a congregação de saberes de diversas áreas, unidos pelo laço da diversidade.

Os avanços científicos e os resultados alcançados encorajam-nos a um novo olhar sobre esta área de intervenção. Com a convicção de que a era do “protecționismo” se encontra ultrapassada, delineamos o nosso horizonte na capacitação e na valorização das pessoas com Deficiência Intelectual, como impulsionadoras das suas escolhas e do seu percurso de vida, fruto das suas experiências e idiosincrasias.

Assentes em eixos de esperança, aos quais dedicamos este número, somos impelidos pela vontade de repensar e adequar modelos e estratégias que reforcem a não discriminação, a participação e a promoção da qualidade de vida das pessoas com necessidades especiais.

Convidamos todos os leitores, participantes activos nesta partilha de conhecimentos, a reflectir, questionar e criar práticas mais humanistas e inclusivas e a comprometer-se com o desafio de originar novas plataformas de discussão, promotoras de inovação e mudança.

Num outro eixo de esperança, sob o lema “Desafia-me e eu irei mais longe”, celebramos em Dezembro a Semana Regional da Pessoa com Necessidades Especiais. Neste sentido, pretendemos alertar e despertar a sociedade envolvente para a realidade das pessoas com necessidades especiais enquanto cidadãos de pleno direito, com diferenças, mas com potencialidades e capacidades, que compete a cada um de nós descobrir e colocar ao serviço de um mundo, que queremos mais justo e acolhedor da diversidade.

E como a época natalícia se avizinha, envoltos pelo espírito de união e fraternidade, a todos os leitores da Revista *Diversidades*, os votos de um Feliz Natal!

Deficiência Intelectual: Terminologia e Conceptualização

Chantal Belo - CAO P3 Helena Caridade - CAP Ribeira Brava
Luísa Cabral - CAP Funchal Raquel Sousa - CAP Machico

Uma consideração fundamental no domínio da deficiência intelectual é a da sua conceptualização. Ao longo do tempo, tem-se procurado elaborar critérios de definição claros, contudo esta tarefa tem-se revelado particularmente difícil. As dificuldades inerentes à delimitação deste conceito traduzem a impossibilidade de incluir em definições unitárias todo o espectro da variabilidade inter-individual. Na realidade, a heterogeneidade da população habitualmente diagnosticada com deficiência intelectual, em termos de etiologia, características comportamentais, necessidades educativas, etc., revela que se trata de um problema teórico-prático complexo, multideterminado e multidimensional (Albuquerque, 1996).

Por outro lado, a evolução histórica deste conceito demonstra que as suas definições foram consideravelmente influenciadas por exigências sociais, culturais, políticas e administrativas.¹

Segundo Albuquerque (1996) são, essencialmente, quatro as conceptualizações da deficiência intelectual dominantes no século XX: como défice intelectual; como défice intelectual e défice no comportamento adaptativo; como défice cognitivo e como défice socialmente definido.

1. A Deficiência Intelectual como Déficit Intelectual

Indissociável da noção de deficiência intelectual é a noção de inteligência. Assim, na primeira metade do século XX, o Quociente de Inteligência (QI) foi entendido como uma estimativa de um potencial intelectual inato, um reflexo de uma inteligência geral, unidimensional e unideterminada, inalterável e não permeável às influências socioculturais e educativas. Paralelamente, a deficiência intelectual foi perspecti-

vada como um défice intelectual, de que o QI era a expressão numérica, de natureza individual e etiologia orgânica, imutável e incurável.

As investigações sobre deficiência intelectual, bem como as críticas aos testes tradicionais de QI, estiveram na origem das críticas a esta conceptualização e na base de novas abordagens.

Uma primeira crítica a esta abordagem é ter-se confundido a deficiência intelectual com os limiares de QI, cuja origem social e arbitrariedade não foram tidas em consideração. A título exemplificativo, em 1959, a *American Association of Mental Deficiency*² (AAMD) transferiu o limiar superior de QI, inerente ao diagnóstico da deficiência intelectual, de 2 para 1 desvio-padrão abaixo da média (isto é, dum QI de 70

para 85), devido ao pressuposto de que mesmo défices muito ligeiros no funcionamento intelectual acarretariam dificuldades numa sociedade tecnológica (Robinson & Robinson, 1976, cit. por

Albuquerque, 1996). Em 1975, a referida associação decidiu eliminar o grau de zona limite ($70 \geq \text{QI} \leq 85$), no que foi seguida, em 1977, pela Organização Mundial de Saúde. Deste modo, muitos milhões de crianças que entre estas duas datas poderiam ter sido diagnosticadas com deficiência intelectual deixaram de o ser. Por último, em 1992, a mesma associação desloca o limiar superior da deficiência intelectual para um QI de 75 (Luckasson et al, 1992, cit. por Albuquerque, 1996). Estes exemplos permitem relativizar a definição psicométrica da deficiência intelectual em função do contexto social e realçam o carácter provisório dos limites actuais.

Outra crítica prende-se com os erros de diagnóstico ou classificação resultantes do emprego isolado

Enquanto que as condições que estão na origem da deficiência intelectual são universais, a forma como esta é conceptualizada, avaliada e categorizada, e as respostas para a mesma, variam entre países, culturas e economias.
(Felce, 2006, cit. por World Health Organization, 2007).

ou privilegiado dos testes de QI. Este último ignoraria que a inteligência não se circunscreve às capacidades verbais e académicas valorizadas pelos testes de inteligência. Mais, os testes psicométricos de inteligência apresentam enfiamentos socioeconómicos e culturais e os seus resultados poderão ser influenciados por variáveis individuais (linguagem, personalidade e motivação), bem como por factores relativos à própria situação de avaliação.

2. Como Défice Intelectual e Adaptativo



Nesta conceptualização, Albuquerque (1996) remete-nos para duas definições de deficiência intelectual apresentadas pela AAMD. A primeira definição manteve-se em vigor entre 1972 e 1992 e diz-nos que a “deficiência mental se refere a um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de défices no comportamento adaptativo, manifestado durante o período de desenvolvimento” (Grossman, 1993, cit. por Albuquerque, 1996), e este termo descreve o comportamento actual e não implica um prognóstico. Segundo esta definição, o critério “funcionamento intelectual significativamente inferior à média” corresponde a um $QI \leq 70$, sendo que este valor deverá ser considerado como uma linha directriz, uma aproximação sujeita a avaliação clínica. Foi também a partir desta definição que se elaborou o sistema de classificação que viria a definir quatro categorias de deficiência intelectual (ligeira, moderada, severa e profunda). Apesar desta categorização por QI poder ser um guia para os profissionais e investigadores, ficou claro que estes não poderão perder de vista a variabilidade intra e inter-individual existente na deficiência intelectual (Baumeister, 1968, 1987 cit. por Albuquerque, 1996). Além disso, há ainda a conside-

rar a multiplicidade de etiologias e a diversidade das manifestações cognitivas, comportamentais e educacionais, ao ser aplicado este sistema classificativo.

A grande inovação desta definição foi a introdução do critério de défice no comportamento adaptativo como um critério de diagnóstico para a deficiência intelectual. A inclusão do mesmo pretendeu deslocar a importância atribuída ao QI para os aspectos sociais na compreensão da deficiência intelectual. Ainda que continue a ser difícil delimitar o conceito de comportamento adaptativo, é aceite que este diz respeito “à capacidade de adaptação, às exigências naturais e sociais do meio” (Magerotte, 1978, cit. por Albuquerque, 1996), isto é, visa “a eficácia dos indivíduos na satisfação das normas de independência pessoal e de responsabilidade social estabelecidas para a sua idade e o seu grupo cultural” (Grossman, 1993, cit. por Albuquerque, 1996). Em função desta definição foram criadas várias escalas de comportamento adaptativo que avaliam uma grande amplitude de aptidões de independência pessoal e de interacção social, bem como a presença ou ausência de problemas de comportamento. Todavia, ao longo do tempo, foi-se tornando cada vez mais visível que estas escalas não produzem avaliações totalmente eficazes e necessitam de ser complementadas com entrevistas a pais e professores, observação directa e outras fontes de informação disponíveis (Grossman, 1977, 1983, cit. por Albuquerque, 1996).

A segunda definição de deficiência intelectual, apresentada pela *American Association of Mental Retardation* (AAMR), datada de 1992, é semelhante à primeira, mas através de uma análise mais aprofundada revelam-se mudanças substanciais. O limiar superior de deficiência intelectual corresponde agora a um QI de aproximadamente 70 a 75, o que pode implicar um incremento do número de pessoas elegíveis para um diagnóstico de deficiência intelectual. E os défices globais no comportamento adaptativo dão lugar a limitações circunscritas a duas ou mais áreas de competências adaptativas entre as dez previstas (comunicação, cuidados pessoais, autonomia em casa, competências sociais, utilização de recursos comunitários, iniciativa e responsabilidade, saúde e segurança, aptidões académicas funcionais, lazer e trabalho), de modo a facilitar a especificação e operacionalização deste conceito

abrangente de comportamento adaptativo.

No entanto, a grande modificação nesta definição relaciona-se com o sistema de classificação a ser utilizado. Em vez de graus de deficiência intelectual, contempla-se a necessidade de apoio intermitente, limitado, extensivo ou persistente ao nível de diversas dimensões do funcionamento (intelectual, adaptativa, emocional e física). Esta transformação implicaria, por um lado, que a deficiência intelectual deixasse de ser perspectivada como um défice de natureza individual para passar a ser considerada como uma expressão da interação entre o sujeito e o meio envolvente. Por outro lado, deixaria de ser perspectivada em termos de défices, para ser encarada em termos de apoios necessários ao exercício de diferentes papéis sociais.

De um modo geral, podemos concluir que a conceptualização de deficiência intelectual como défice intelectual e social representa um progresso notável em relação à concepção clássica e constitui um contributo importante à obtenção de um consenso formal a nível internacional. Não obstante esta concordância, o critério de comportamento adaptativo continua a suscitar alguma controvérsia. A inexistência de um limiar ou indicador quantitativo da presença de défices no comportamento adaptativo compromete a identificação de uma deficiência intelectual ligeira, já que neste caso os défices adaptativos podem ser imperceptíveis e difíceis de localizar. Assim, particularmente nestes casos, a avaliação dos défices de competências adaptativas deve basear-se em entrevistas a pais e professores, na observação directa em diversas situações e em todas as fontes de informação disponíveis, realçando o papel da apreciação clínica. Ao nível do contexto português, há ainda a acrescentar o facto de nenhuma das escalas de comportamento adaptativo em uso ter sido objecto de estudos normativos, pelo que só podem ser interpretadas qualitativamente.

3. Como Défice Cognitivo

Uma das áreas mais extensivamente estudadas no âmbito da deficiência intelectual tem sido a do desenvolvimento e funcionamento cognitivos. Na verdade, as principais manifestações desta deficiência situam-se na menor eficiência em situações de aprendizagem, de aquisição de aptidões e de resolução de problemas.

Dois modelos teóricos opostos têm caracterizado a deficiência intelectual como um simples atraso no desenvolvimento (modelo desenvolvimentista), ou como a expressão de défices qualitativos específicos (modelo deficitário ou da diferença).

Zigler e os seus colaboradores (cit. por Albuquerque, 1996) têm sido os principais defensores do modelo desenvolvimentista e, segundo eles, os sujeitos com deficiência intelectual de grau ligeiro apresentariam a mesma sequência de estádios de desenvolvimento cognitivo que os sujeitos sem diagnóstico de deficiência intelectual. Este modelo considera que os dois grupos de sujeitos difeririam apenas em dois aspectos: os processos cognitivos dos sujeitos com deficiência intelectual desenvolvem-se a um ritmo mais lento e atingem um nível cognitivo final inferior ao dos sujeitos sem deficiência (hipótese da sequência semelhante).

Uma das críticas a este modelo prende-se com o facto deste excluir das suas comparações os sujeitos com deficiência intelectual que manifestem indicações claras de etiologia orgânica, considerando que uma conceptualização deficitária é mais adequada a estes casos.

Segundo o modelo deficitário ou da diferença, os sujeitos com deficiência intelectual manifestam défices cognitivos específicos que os distinguem dos sujeitos sem deficiência e que transcendem as meras diferenças no ritmo e no nível final de desenvolvimento. Esta inferioridade seria progressivamente mais evidente ao longo do desenvolvimento. Há muito que se tem vindo a tentar desvendar os défices cognitivos “críticos”, pelo que a partir dos anos 70, o interesse dos investigadores centrou-se maioritariamente nas estratégias de processamento de informação dos sujeitos com deficiência intelectual ligeira. Os estudos têm evidenciado a dupla dificuldade desses sujeitos em gerar as estratégias necessárias à resolução dos problemas e em transferi-las para outras situações (generalização), devido a défices metacognitivos e ao controlo executivo.

Alguns autores defendem que os dois modelos são conciliáveis, visto lidarem com diferentes níveis de análise e de modalidades de comparação. Para Paour (1992), a deficiência intelectual caracteriza-se, simultaneamente, por um desenvolvimento cognitivo mais

lento e por uma diferença na forma como as estruturas cognitivas são aplicadas. Qualquer que seja o seu nível de desenvolvimento, os sujeitos com deficiência intelectual apresentam grandes dificuldades na mobilização das suas competências cognitivas, o que poderá explicar os défices na produção de estratégias, a inferioridade em situações de resolução de problemas e o aumento progressivo com a idade da diferença comparativa em relação aos sujeitos sem deficiência da mesma idade mental (Albuquerque, 1996).

4. Como Constructo Social

A definição de deficiência intelectual, tal como a conhecemos actualmente, não pode ser entendida sem referência a variáveis socioculturais, dada a dimensão social que comporta. Uma vez que a investigação tem vindo a documentar variações transculturais no significado e na definição da deficiência intelectual, Mercer (1970, 1973 cit. por Albuquerque, 1996) acabou por propor uma “perspectiva de sistema social”, ou seja, uma abordagem exclusivamente social, em que a deficiência intelectual ligeira não é uma característica, fenómeno ou condição individual, mas um estatuto e um papel desempenhados por um indivíduo num ou vários sistemas sociais específicos. Esta é uma perspectiva demasiado extremista, que carece ser repensada de um modo mais ponderado e flexível, onde se englobem contextos ecológicos e características individuais na sua definição.

Paralelamente a esta questão e à conceptualização da deficiência intelectual, existe falta de consenso ao nível da terminologia e dos critérios de classificação, como exemplificam os dados do *Atlas³ - Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities* (2007).

No que diz respeito aos instrumentos de diagnóstico ou sistemas de classificação da deficiência intelectual, constata-se que a Classificação Internacional de Doenças (ICD) foi o instrumento mais utilizado (62.3%), seguido do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM)-IV (39.7%) e da opinião profissional ou julgamento clínico (31.5%). É importante realçar que a opinião clínica não é, por si, um sistema de classificação ou diagnóstico. A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) foi mencionada por apenas 14.4% dos inquiridos.

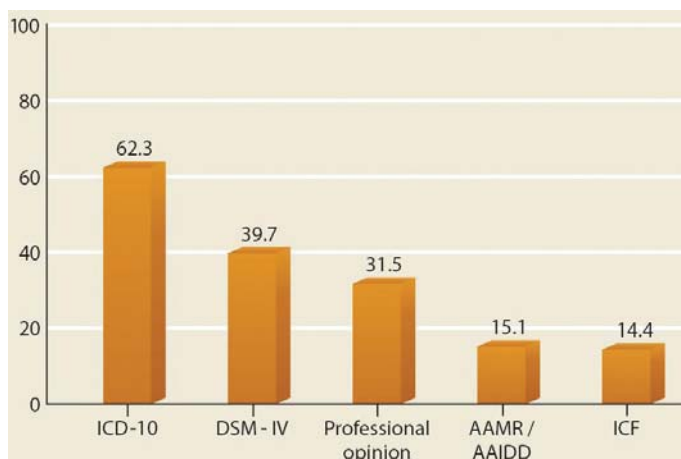


Gráfico 1 - Diagnostic or Classification System used in Relation to Intellectual Disabilities

Relativamente à terminologia, constata-se que muitos termos e definições são usados para se referirem a esta deficiência, tais como, atraso mental, deficiência mental, deficiência intelectual e défice cognitivo.

O termo atraso mental foi o mais usado nas respostas dos 147 países abrangidos (76%), seguido de dificuldades intelectuais (56.8%), incapacidade mental (39.7%), dificuldade mental (39%), dificuldades de aprendizagem (32.2%), dificuldades desenvolvimentais (22.6%) e deficiência mental (17.2%).

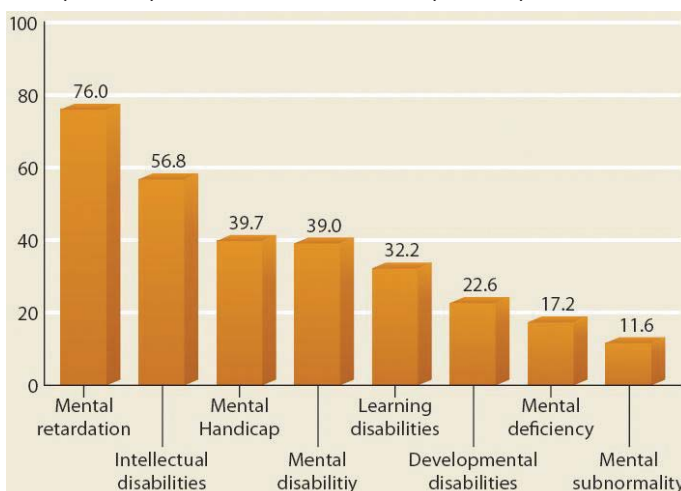


Gráfico 2 - Terminology used to refer to Intellectual Disabilities

Actualmente, a Associação Americana para as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (AAIDD) propõe a utilização da terminologia “dificuldades intelectuais e desenvolvimentais”. Esta prende-se com o facto de há muito se contestar a utilização do termo deficiência pelo seu constructo estigmatizante. Por outro lado, o termo “dificuldade” como tradução de “*disability*” poderá não ser bem rigoroso. Porém, na década de

70, quando emergiu uma grande atenção a uma nova problemática denominada “dificuldades de aprendizagem”, uma tradução do conceito “learning disabilities”, não se gerou qualquer problema em aceitá-lo como conceito. Quanto à designação “intelectual” em vez de “mental”, há muito que esta questão se aborda, uma vez que a avaliação realizada é, de facto, sobre factores intelectuais, ou seja, factores verbal, numérico, espacial, etc., subjacentes ao constructo do funcionamento da inteligência que é mais analítico que o da mente ou mental, que é mais global. Estes termos, por seu lado, são distintos quer no seu constructo, quer no seu emprego. O primeiro é passível de medida pelo QI; o segundo é mais abrangente em termos funcionais porque se relaciona com a dinâmica das dimensões orgânica, neurofisiológica e bioquímica, sendo estas ainda pouco esclarecedoras das relações de causalidade de forma linear.

A definição de deficiência intelectual/dificuldades intelectuais implica três conceitos-chave. O primeiro, *dificuldades*, refere-se às limitações que colocam o indivíduo em desvantagem quando funciona em sociedade. Estas devem ser consideradas atendendo ao contexto e a factores pessoais, bem como às necessidades de apoios individualizados. A consideração dos apoios necessários é importante, na medida em que promovem o funcionamento, a auto-determinação, bem como o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa. O segundo conceito, a *inteligência*, envolve a capacidade para pensar, planear, resolver problemas, compreender e aprender. Apesar de algumas críticas, a inteligência é representada pelos resultados de QI obtidos em testes estandardizados (aplicados por profissionais com formação adequada). Por fim, o *comportamento adaptativo* representa as competências conceptuais, práticas e sociais que as pessoas aprendem para serem capazes de funcionar no quotidiano. As limitações significativas no funcionamento adaptativo têm um impacto na vida das pessoas e influenciam a sua capacidade para responder a uma situação particular ou ao contexto.

Assim, evocando a associação do termo “desenvolvimental” com a dificuldade intelectual, pretende-se expressar um conceito mais objectivo pela sua abrangência em relação aos factores adaptativos, como sejam a interacção pessoa-meio na sua diversidade

contextual (micro, meso e macro) e respectiva validade ecológica (Morato & Santos, 2007).

Segundo a definição proposta pela AAIDD, a dificuldade intelectual e desenvolvimental é caracterizada por significativas limitações do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo expresso em três domínios fundamentais: conceptual, social e prático (habilidades adaptativas) e manifesta-se antes dos 18 anos (Schalock et al, 2007, cit. por Morato & Santos, 2007).

Subjacente ainda à definição proposta pela AAIDD, importa enunciar alguns pressupostos:

1. As limitações observadas no funcionamento actual devem ser consideradas no âmbito do contexto em que o indivíduo se insere, considerando a idade dos pares e a sua cultura.

2. Uma avaliação válida considera a diversidade cultural e linguística, bem como as diferenças observáveis ao nível de factores relativos à comunicação, aspectos sensoriais, motores e adaptativos.

3. Para cada pessoa as limitações coexistem com as capacidades. Este pressuposto implica que se considere as pessoas com deficiência intelectual/dificuldades intelectuais primeiro como pessoas, e como tal, reconhecer que têm quer áreas fortes, quer áreas em que necessitam de apoio.

4. O objectivo da descrição das limitações da pessoa com deficiência/dificuldades intelectuais é desenvolver um plano individualizado de apoios necessários, ou seja, o diagnóstico só é relevante se resultar em apoios que melhorem a sua qualidade de vida.

5. Com apoios individualizados apropriados durante um determinado período, a funcionalidade da vida dum pessoa com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais melhorará de uma forma generalizada.

Em suma, é inquestionável que a definição, a conceptualização e a classificação da deficiência intelectual se mantêm problemas complexos. Não obstante, é unânime que a deficiência intelectual/dificuldades intelectuais se caracterizam por limitações no funcionamento intelectual e adaptativo, o que resulta na necessidade de apoios individualizados. Assim, o enfoque actual da definição da deficiência intelectual considera as áreas fortes, as necessidades de apoio e o contexto.

Notas:

¹ A título exemplificativo, desde 1908 a AAIDD (prestigiada organização que tem como objectivo promover políticas, práticas, investigação e direitos no âmbito da deficiência intelectual) actualizou 10 vezes a definição de deficiência intelectual, com base em novas informações, na alteração da prática clínica ou em novos dados da investigação científica (www.aaid.org).

² Em 1992, esta passou a designar-se de *American Association on Mental Retardation* (AAMR), e desde Abril de 2007, esta associação renomeou-se como Associação Americana para as Dificuldades Intelectuais e Desenvolventais (AAIDD).

³ A Organização Mundial de Saúde, em parceria com o *Montreal PAHO/WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health*, concebeu e implementou um projecto que teve como principal objectivo identificar recursos e serviços relativamente à deficiência intelectual em todo o mundo.

O relatório deste projecto - Atlas: *Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities* (2007) inclui informação relativa à terminologia e sistemas de classificação utilizados, políticas e legislação, financiamento e benefícios, prevenção, serviços sociais e de saúde, recursos humanos e formação de 147 países, representando 95% da população mundial.

Referências Bibliográficas:

Albuquerque, M. C. (1996). *A Criança com Deficiência Mental Ligeira*. Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

World Health Organization. (2007). *Atlas - Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities*. Disponível no URL: www.who.org Acedido em 10 de Outubro de 2008.

Banco de Dados Para e Sobre Pessoas com Deficiências. Disponível no URL: www.defnet.org.br Acedido em 10 de Outubro de 2008.

Grégoire, J. (2005). *L'évaluation clinique de l'intelligence de l'enfant - Théorie et pratique du WISC-III*. 3.ª Ed. Sprimont: Pierre Mardaga.

Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldade Intelectual e Desenvolvental. A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. In *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. Lisboa: Edições FMH.

Prifitera, A. & Saklofske, D. (Eds.). (1998). *WISC-III Clinical Use and Interpretation*. San Diego: Academic Press.

Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.

The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2008). Disponível no URL: www.aaid.org Acedido em 9 de Outubro de 2008.

Abordagem Pedagógico-Educativa: Um Percurso

Antonieta França, Clarinda Nunes, Deolinda Maia & Fátima Alves - *Serviço Técnico de Educação para a Deficiência Intelectual*

Perspectivas Evolutivas do Conceito de Deficiência Mental

Ao longo dos séculos, a evolução dos conceitos e práticas relativas ao atendimento educativo de crianças e jovens com deficiência foi seguindo orientações idênticas, principalmente nos países ocidentais: da iniciativa privada à intervenção do Estado; das instituições de assistência à criação de estruturas educativas e das políticas de segregação às de inclusão. Muitos foram os termos, denominações ou rótulos para designar as crianças com fracas capacidades intelectuais - demente, idiota, oligofrénico, subnormal, incapacitado, diminuído, deficiente psíquico, diferente, aluno com necessidades educativas especiais (NEE). Paralelamente, muitas foram as tentativas no sentido de se definir a deficiência mental (DM), por diferentes áreas, entre elas, medicina, psicologia, serviço social e educação, cada uma delas enfatizando a condição a partir da sua própria perspectiva. Não sendo áreas estáticas, estas serviram e ajudaram à compreensão e tratamento desses indivíduos, contribuindo também para o aperfeiçoamento da definição do conceito e para uma mudança paradigmática, a análise detalhada das dificuldades e das possibilidades do que conseguem ou não fazer, bem como da forma como se relacionam

com o mundo e as pessoas que os rodeiam. A ênfase mudou significativamente de uma condição que existia no indivíduo para uma que representa uma interação do indivíduo com o meio (Kirk & Gallagher, 1991).

Para uma melhor compreensão do percurso da investigação, e de acordo com Pacheco (cit. por Cubeiros et al, 1997), parece-nos importante clarificar, de forma sucinta, as diferentes correntes para a definição da deficiência mental:

Corrente Psicológica ou Psicométrica – considera-se pessoa com deficiência mental todo o indivíduo que apresenta um défice ou diminuição das suas capacidades intelectuais, medidas através de testes e expressas em termos de QI, sendo os principais impulsionadores desta corrente Binet e Simon.

Corrente Sociológica ou Social – utilizada por Dole, Kanner e Tredgold, entre outros, defende que a pessoa com deficiência mental é aquela que apresenta, em maior ou menor medida, dificuldades para se adaptar ao meio social em que vive e de forma autónoma.

Corrente Médica ou Biológica – segundo esta corrente, a deficiência mental possui um substrato biológico, anatómico ou fisiológico e manifesta-se durante os períodos de desenvolvimento (até os 18 anos).

Mais recentemente, em termos de perspectiva evolutiva surgiram outras correntes.

Corrente Comportamentalista – põe a tónica na influên-

cia do ambiente sobre a deficiência mental. O défice mental é um défice de comportamento que deverá ser interpretado como produto da interacção de quatro factores determinantes, a saber: factores biológicos passados (genéticos, pré-natais, peri-natais e pós-natais); factores biológicos actuais (drogas ou fármacos, cansaço ou stress); história anterior de interacção com o meio (reforço) e condições ambientais presentes ou outras situações actuais;

Corrente Pedagógica – nesta perspectiva, a pessoa com deficiência mental é aquela que tem maior ou menor dificuldade em seguir o processo regular de aprendizagem e que, por isso, tem necessidades educativas especiais, isto é, necessita de apoios e adaptações curriculares que lhe permitam ultrapassar as dificuldades e seguir o processo regular de ensino (B. Pacheco cit. por Cuberos et al, 1997).

Embora todas as correntes sejam contributos reais para a determinação do grau de deficiência, são ainda as técnicas psicométricas que mais se impõem para essa classificação. Os testes de inteligência ainda continuam a ser um dos instrumentos usados com maior frequência para determinar a capacidade intelectual. Actualmente, uma mudança de paradigma introduz outras dimensões, como o comportamento adaptativo que valoriza o funcionamento e a interacção do indivíduo com o meio. (Morato 2002)

No entanto, considerem-se as definições emanadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Associação Americana para a Deficiência Mental (AAMR), não só pela cientificidade das entidades, mas também pela sua actualização conceptual e pelo uso e recurso que os técnicos especialistas fazem das mesmas. A OMS (1968) define as pessoas com deficiência mental como “indivíduos com uma capacidade intelectual sensivelmente inferior à média, que se manifesta ao longo do desenvolvimento e está associada a uma clara alteração de comportamentos adaptativos” (B. Pacheco cit. por Cuberos et al, 1997).

De acordo com a AAMR (1992), e tal como consta no DSM-IV (1994), “a deficiência mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento actual. É caracterizada por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média associado a limitações relativas a duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação, autonomia, actividades domésticas, socialização, autonomia na comunidade, responsabilidade, saúde e segurança, habilidades académicas, lazer e trabalho. Esta de-

ficiência manifesta-se antes dos 18 anos de idade.” (Morato, 2002). Segundo este autor, esta definição introduz não só a noção da importância representada pelo envolvimento e o seu impacto no desenvolvimento humano, como também “a associação a limitações no comportamento adaptativo que permite um maior rigor no diagnóstico da deficiência (tentando eliminar os erros advindos da utilização abusiva de uma avaliação exclusivamente psicométrica).” Morato (1996) menciona ainda que “o diagnóstico correcto de uma desordem permite a conceptualização e a operacionalização mais adequada de um programa individualizado, contribuindo para a promoção da autonomia e não simplesmente a classificação para hierarquizar dificuldades.” (cit. por Morato 2002).

Etiologia da DM



O conhecimento da etiologia da DM desempenha um papel fundamental nos trabalhos de investigação, permitindo a comparação dos casos que aparecem. Apesar da sua importância, na maioria dos casos, é ainda desconhecida a etiologia desta deficiência, pelo que é um aspecto ainda central para a investigação nesta área. A codificação etiológica permite a compreensão das relações patofisiológicas entre os grupos de causas e as estratégias de investigação e consequente abordagem à deficiência. Por outro lado, a informação epidemiológica alcançada com a classificação das deficiências é imprescindível para a elaboração de programas de prevenção e para futuros trabalhos de comparação (Morato, 2002). Este autor acrescenta que a especificação da etiologia da deficiência permite aos técnicos não só um diagnóstico mais preciso, mas também uma consciencialização sobre as possíveis causas para o aparecimento da perturbação e, con-

sequentemente, determina os meios e técnicas mais adequados a aplicar, objectivando-se a minimização das dificuldades dos sujeitos.

Wescler «é de opinião que há uma multiplicidade de factores que poderão estar implicados no aparecimento da DM, como os factores biológicos, genéticos e fisiológicos, em possível associação com aspectos socioeconómicos e outros “não mensuráveis” (adaptação social, emocional e vocacional)» (cit. por Morato, 2002).

Sobre o mesmo assunto Pacheco (1993, cit. por Cuberos et al, 1997) considera que a etiologia desta deficiência é muito diversa, podendo classificar-se da seguinte forma: factores genéticos, os que actuam antes da gestação (causas do tipo endógeno) e factores extrínsecos, os que actuam antes, durante e após o nascimento.

Por sua vez, McLaren e Bryson (1987) salientam que a distinção entre as duas categorias - origem biológica vs desvantagens psicossociais - já não se verifica, pois uma grande percentagem da população com DM (mais de 50%) apresenta mais do que uma causa possível. Reforçam também a ideia de que um evento pode ser inerente a ambas as causas, mencionando o facto da deficiência mental reflectir a acumulação de factores múltiplos e interactivos (cit. por Morato, 2002).

Neste debate científico, e ainda de acordo com a AAMR, impõe-se uma abordagem multidisciplinar, multifactorial e intergeracional mais actual neste campo, distinguindo-se quatro grupos de causas diferentes, todos eles considerados ao longo do processo de classificação: factores biomédicos relacionados com os processos biológicos (nutrição, desordens genéticas), factores sociais que incluem a interacção social e familiar (responsabilidade e estimulação por parte dos adultos), factores comportamentais (por exemplo, abuso de substâncias tóxicas) e factores educacionais relativos à viabilidade dos apoios educativos que promovam o desenvolvimento do comportamento adaptativo. (Morato, 2002).

Estratégias de Intervenção - Implicações Educativas

A educação pública preconiza objectivos globais de educação e ensino para todos os alunos, independen-



temente do nível das suas capacidades intelectuais. Pretende que todos atinjam o máximo das suas potencialidades, participando de forma produtiva na sociedade, promovendo a cultura, os valores morais e tornando-os cidadãos responsáveis e activos.

No que concerne aos alunos com deficiência intelectual, os objectivos traduzem-se primordialmente em viver com qualidade de vida, funcionando da forma mais autónoma e integrada possível, ou seja, visando a dignificação do indivíduo com deficiência, preparando-o para uma participação o mais independente e funcional em todos os aspectos da sua vida.

Na educação do indivíduo com DM também não podem ser esquecidos os princípios estabelecidos por Piaget e Speck (1978, cit. por Cuberos et al, 1997), mantendo-se actuais no que diz respeito à intervenção com a deficiência intelectual, nomeadamente:

- *Princípio activo* – para que se produzam aprendizagens, o aluno tem de ser colocado numa relação directa com os objectos.

- *Princípio de estruturação*: o ensino deve ser subdividido em pequenas etapas, facilitando o sucesso individual, de forma a poder alcançar os objectivos propostos.

- *Princípio de transferência*: é necessário repetir muitas vezes uma determinada aprendizagem, combinando os objectos ou as situações em contextos reais e diversificados.

- *Associação da linguagem e da acção*: para que haja associação entre o sistema de sinais verbais e a experiência, toda a acção deve estar ligada à palavra correspondente.

- *Motivação para as aprendizagens sociais*: é preciso criar situações positivas de aprendizagem nos domínios cognitivos, sociais e afectivos.

Tendo por base estas premissas, as estratégias para a deficiência mental deverão ser ajustadas e flexíveis, de modo a permitir uma intervenção educativa eficaz e de qualidade.

A selecção, adequação e implementação dessas estratégias junto dos alunos com deficiência mental é da responsabilidade das equipas multidisciplinares,

atendendo sempre às características e necessidades de cada um. Estas estratégias deverão incidir no treino de aptidões funcionais, enquadradas em diferentes áreas ou ambientes naturais onde os mesmos estão inseridos, de forma integrada e activa, a fim de torná-los mais independentes e produtivos.

De acordo com Vieira e Pereira (2003), é necessário que as estratégias e métodos de ensino sejam adequados às finalidades. Assim, devem facilitar a generalização das aquisições e o alcance de um nível de realizações que beneficie a sua manutenção no tempo. A escola deixa, pois, de ser o local exclusivo e privilegiado do ensino, dando-se igual importância ao seio familiar, bem como à comunidade em geral.

Pelo facto do ritmo de desenvolvimento destas crianças ser mais lento do que a média, é crucial para o seu processo de aprendizagem que os serviços educacionais adequados se iniciem o mais precocemente possível, continuando disponíveis ao longo da vida.

Estratégias de Ensino

De um vasto conjunto de estratégias aplicadas à deficiência mental, seleccionámos apenas as mais significativas, estruturantes e globalizantes em termos de acção/intervenção educativa:

- Detecção precoce das dificuldades e dos problemas do aluno.
- Identificação de áreas fortes e áreas fracas: necessária à definição/implementação do Programa Educativo Individual.
- Valorização das áreas fortes como forma de promover o sucesso educativo e melhorar a auto-confiança.
- Adequação da intervenção educativa: segundo Brown (1992, cit. por Costa et al, 1996), a intervenção do professor deve atender às diferenças de realização dos alunos, compreender as razões das mesmas e planear as estratégias a utilizar. Consequentemente, deve ter em conta a reorganização dos alunos em diferentes grupos, mudar a forma de realização da tarefa, alterar a expectativa em relação à resposta do aluno, utilizar/adaptar diferentes materiais ou proporcionar uma actividade alternativa que possibilite uma maior participação/independência.
- Individualização do ensino e diferenciação curricular: segundo Costa et al (1996), este processo deve ser simultâneo, centrado no aluno, na interacção, na família e na interacção entre sistemas, com o objectivo de promover a qualidade de vida do aluno.

- Ensino directo, sistemático e abrangente oferecendo diversidade de ambientes extra-escolares.

- Ensino estruturado: implica a definição de um programa educativo personalizado, que estabeleça uma sequência de conteúdos e determine os procedimentos situados num contexto evolutivo.

- Aprendizagem cooperativa: a ajuda mútua favorece a aprendizagem, para tal, é necessário que os docentes encorajem, cooperem com os alunos e os incentivem a assumir, também eles, o papel de tutores.

- Adaptação do currículo à realidade individual e social de cada indivíduo, possibilitando a troca de experiências, integrando e valorizando a sua cultura (*background*) no sistema e cultura escolar.

- Formas de ensino/aprendizagem do tipo construtivo e interactivo.

- Definição clara e precisa de metas e objectivos observáveis, mensuráveis e operacionais.

- Segmentação de objectivos/actividades.

- Transmissão de orientações claras e concisas.

- Colaboração/articulação em equipa multidisciplinar.

- Abordagens multi-sensoriais com recurso a técnicas de manipulação e a objectos concretos.

- Recurso a situações de aprendizagem através de experiências vivenciadas e concretas.



Figura 1 - Piletti (1993)

- Adaptações curriculares e flexibilização dos currículos.

- Recurso a adaptações tecnológicas.

- Adequação de experiências e actividades à idade cronológica dos alunos, aos ambientes, aos interesses e realizações de alunos com o mesmo nível etário (no sentido de reduzir discrepâncias estigmatizadoras entre o aluno com deficiência e outros sem deficiência).

- Treino sistemático e manutenção de objectivos e competências adquiridas.

- Realização de tarefas/experiências de cariz ocupacional/formativo: que deverão ser incentivadas precocemente e desenvolvidas ao longo do percurso escolar, de modo a constituir uma actividade ocupacional e/ou formativa. Estas tarefas podem ser realizadas na própria escola/instituição, em serviços de cariz cultural, recreativo e outros (teatro, bibliotecas públicas, lojas, bancos, correios, supermercados,

etc.).

- Aprendizagem de competências funcionais: consiste no conhecimento aprofundado da situação de cada criança no seu ambiente natural, onde a partilha entre os vários agentes educativos (professores, pais e outras pessoas que convivem com a criança) representa um papel no desenvolvimento e na aprendizagem de competências úteis para o seu funcionamento.



Figura 2 - Piletti (1993)

- Ambiente e organização da sala de aula: devem ter por base o respeito mútuo, a confiança, a aceitação e a compreensão das NEE de cada aluno. Um clima de desigualdade, competição, luta e tensão produz efeitos negativos sobre a aprendizagem. O tipo de sala, a disposição das mesas de trabalho e a posição dos alunos são também aspectos importantes.

- Adaptação dos espaços físicos e materiais às NEE dos alunos com DM: devem ser amplos e livres de barreiras arquitectónicas, de forma a permitir a realização de actividades em grupo, subgrupos e/ou individualmente.

- O professor deve estabelecer uma relação positiva, estimulante e criativa com o aluno, sendo o mediador das suas experiências e aprendizagens.

- Perfil do professor: competência, sensibilidade e dedicação são algumas qualidades pessoais muito importantes para o exercício da função que é a "arte de ensinar".

- Consciencialização da responsabilidade enquanto professor, profissional e elemento da equipa multidisciplinar.

Estratégias de Envolvimento da Família:

- Construção de sentimentos de auto-estima, dignidade, responsabilidade, autonomia e competência na família (*empowerment*).

- Desenvolvimento de competências de estimulação adequada.

- Promoção de um relacionamento positivo entre todos.

- Acções de esclarecimento e sensibilização às famílias sobre a DM.

- Participação activa das famílias no processo educativo e na tomada de decisões.

- Promoção de expectativas realistas.

- Cooperação escola/família/comunidade: esta articulação constitui um factor essencial para que o processo educativo se realize de forma harmoniosa, em que todos os intervenientes se sintam implicados e responsabilizados.

- Facilitação do associativismo, grupos de inter-ajuda e outras formas de rentabilização de redes sociais de apoio (civis e públicas).

Conclusão

Dada a conjuntura político-social e económica, a escola dos dias de hoje encontra diversos desafios. No entanto, talvez o seu maior problema consista em encontrar respostas para as necessidades educativas de uma população cada vez mais heterogénea, em construir uma escola efectivamente inclusiva, que a todos aceite e trate de forma diferenciada.

Tudo isto implica uma filosofia organizacional, assente nos princípios da inclusão, integração e participação, complementada paralelamente com medidas ao nível dos vários sectores - saúde, segurança social, formação profissional e emprego. Como processo multidimensional e dinâmico que é, implica também alterações profundas no plano de organização curricular, na gestão escolar, na formação dos docentes e de outros técnicos, além de uma articulação dos serviços externos de apoio, no sentido de um encaminhamento de recursos adicionais à escola.

Esta perspectiva aponta para a construção de redes alargadas de suporte social, por forma a mobilizar a participação das famílias, da comunidade e da sociedade em geral, na promoção de atitudes positivas, em relação à inclusão das pessoas com necessidades educativas especiais.

Referências Bibliográficas:

- Costa, A. et al. (1996). *Currículos Funcionais*. Vol.1. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Cuberos M. et al. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Direcção Geral dos Ensinos Básico e Secundário (1993). *Currículo Funcional para os alunos com Deficiência Mental - Sugestões para a sua aplicação*. Lisboa: Departamento de Educação Especial.
- Kirk, S. & Gallagher, J. (1991). *Educação da Criança Excepcional*. 2.ª Edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Nielsen, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula*. Porto: Porto Editora.
- Piletti, N. (1993). *Psicologia Educacional*. São Paulo: Editora Ática.
- Santos, S. & Morato P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Vieira, F. & Pereira, M. (2003). *Se Houvera Quem me Ensinares...* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Comunicação, Linguagem e Fala

O Papel da Terapia na Interação Social

Lúisa Gouveia - CAP Câmara de Lobos Petra Alves - CAP Funchal
Susana Teixeira - Serviço Técnico de Educação para a Deficiência Intelectual

A definição de deficiência mental (DM) mais comumente empregue é criada pelos principais membros da Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR, 1992): “A Deficiência Mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitantemente com limitações em duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação, independência pessoal, actividades de vida diária, comportamento social, utilização dos recursos da comunidade, tomada de decisões, cuidados de saúde e segurança, aprendizagens escolares (funcionais), ocupação dos tempos livres e trabalho”. As crianças com DM são acentuadamente mais lentas que os seus pares da mesma idade para utilizar a memória com eficácia, associar e classificar informações, raciocinar e fazer julgamentos adequados (Vieira & Pereira, 2007).

Implicações dos Sistemas de Classificação da Deficiência Mental para o Terapeuta da Fala

O Terapeuta da Fala (TF) tem um papel fulcral na avaliação e no funcionamento comunicativo, colaborando no diagnóstico de situações de DM. Além do comportamento adaptativo, devem ser ainda consideradas outras dimensões, nomeadamente a participação, interação e papéis sociais, a saúde e os contextos de desenvolvimento do indivíduo.

Assim sendo, o TF identifica os factores que irão afectar o funcionamento da pessoa com DM e cria condições comunicativas que influenciem de forma positiva o seu desempenho nos vários contextos ecológicos.

A comunicação é o meio através do qual as pessoas se relacionam e mantêm contacto com os outros, aprendem acerca do mundo e interagem para trocar informação. A capacidade para comunicar através da linguagem e da fala é considerada como uma das realizações mais complexas no desenvolvimento da

criança, sendo fundamental para o desenvolvimento pessoal ao longo da vida.

Se aceitarmos que a comunicação é um processo de desenvolvimento de origem social e que a linguagem oral é um veículo que origina actos de comunicação, encontramos nas crianças com DM – mesmo tendo défices distintos – alterações do desenvolvimento do processo da comunicação. Estas crianças, mesmo possuindo algum potencial ao nível da linguagem oral, desconhecem muitas das vezes o seu valor como ferramenta de comunicação. A linguagem constitui, sem dúvida, um dos maiores desafios na educação da pessoa com DM. Especialistas em comunicação e linguagem têm mostrado que as suas competências linguísticas não acompanham as cognitivas. Em concreto, na área da comunicação e linguagem, estes indivíduos podem manifestar escassa reactividade e iniciativa nas interações, uso da linguagem de forma estereotipada e desadequada ao contexto, baixos níveis de comunicação e escassa utilização da linguagem para as distintas funções: instrumental (para a concretização de desejos/necessidades); reguladora (para controlar o comportamento dos outros); interaccional (para participar socialmente); pessoal (para expressar opiniões pessoais); imaginativa (para fantasiar); heurística (para obter informações) e informativa (para dar informações). A linguagem acaba por estar mais orientada para a expressão de desejos (instrumental), para a actuação sobre o meio (reguladora) e mais limitada para todas as outras funções.

O défice de comunicação na DM caracteriza-se por um desenvolvimento lento e não tanto por desviante, uma vez que segue as mesmas etapas que o da criança sem atraso, no entanto não chega a completar-se, ou seja, não é homogéneo.

A Trissomia 21 tem sido talvez o grupo mais estudado para caracterizar e ilustrar, em geral, o desenvolvimento da linguagem na DM. Comparadas com crian-

ças de desenvolvimento normal, estas apresentam um atraso considerável na linguagem, dado que a mesma está relacionada com a evolução de outras áreas de desenvolvimento, assim como com a sua capacidade e oportunidade de interacção. “A participação destas crianças na interacção social com os outros e portanto as oportunidades de aprendizagem natural da linguagem e de conceitos, é influenciada pelo facto de demorarem mais do que as outras crianças a processar e a reagir aos estímulos recebidos e também, pelo facto de apresentarem um nível de actividade tão baixo que a interacção é controlada pelos adultos” (Ryan, 1977, cit. por Tetzchner & Martinsen, 2000).



Independentemente dos agentes causadores da DM, existem algumas características que podem ajudar a traçar o perfil linguístico destas crianças.

O desenvolvimento pré-linguístico que ocorre normalmente nos primeiros 18 meses e é marcado pelo aparecimento das primeiras palavras, numa criança com DM (moderada ou severa) pode ocorrer apenas por volta dos 2 ou 3 anos (Rondal & Edwards, 1997). Durante este período, a criança aprende os princípios básicos da comunicação humana, primeiro a um nível não verbal (choro, expressão facial, contacto ocular, balbucio) e mais tarde na produção de palavras. Uma das características mais importantes dessa linguagem é a diferença existente entre a sua capacidade de compreensão e a sua capacidade de expressão. A dificuldade é frequentemente maior na produção de linguagem, ou seja, ao nível da expressão.

Na morfologia, apresentam enormes dificuldades ao nível dos morfemas gramaticais (artigos, preposições, locativas, plurais regulares e irregulares, concordância entre género e número de artigos e pronomes,

concordâncias verbais, formas adjectivais - comparativo e superlativo - e advérbios). No desenvolvimento normal da linguagem, as crianças aprendem a morfologia de maneira inconsciente ao mesmo tempo que falam, enquanto que as crianças com DM têm maiores dificuldades, porque além das suas limitações cognitivas e de abstracção na compreensão da linguagem, apresentam igualmente alterações na fala.

Outra das maiores dificuldades enfrentadas por esta população é a sintaxe, isto é, a gramática que permite organizar, segundo determinadas normas, as várias palavras dentro de uma frase, a elaboração de frases simples e complexas, o tipo de frases que podem ser construídas, a estrutura e as funções sintácticas que permitem que haja concordância entre o sujeito e o verbo, bem como a utilização dos diferentes tempos verbais. Para algumas crianças com DM, a leitura (de signos pictográficos e de palavras) poderá ser um recurso valioso para ajudá-las a interiorizar as regras da sintaxe.

No que diz respeito à pragmática, que nos possibilita utilizar a linguagem nos vários contextos práticos de interacção comunicativa, também se encontram défices. Estas crianças têm dificuldade em utilizar a linguagem para o contacto social, ou seja, cumprimentar os seus interlocutores, saber esperar pela sua vez na conversação, ser capaz de captar a atenção dos seus parceiros de comunicação através de estratégias não verbais (contacto ocular, tocar, apontar) e verbais, iniciar, manter e/ou terminar um diálogo, fazer modificações semânticas/sintácticas conforme a pessoa a quem se dirige e, finalmente, diversificar a utilização das várias funções comunicativas.

Ao nível da fala, existe uma maior incidência para os problemas articulatórios. As crianças com DM ligeira (8% a 9%) têm uma leve incidência de dificuldades articulatórias, enquanto que na DM moderada e severa (70% a 90%) surgem grandes problemas articulatórios (Rondal & Edwards, 1997).

Por exemplo, nas crianças com Trissomia 21 há uma incidência acentuada de problemas articulatórios associados também às alterações anatomo-fisiológicas, caracterizadas por uma cavidade bucal pequena, macroglossia, protrusão da língua e hipotonia nos músculos da fala, nomeadamente língua, lábios, palato mole e músculos da respiração. De acordo com

Shapiro (cit. por Rondal & Edwards, 1997), 60% apresenta igualmente prognatismo. As deformidades dentárias podem estar presentes e tudo isto poderá originar alterações na oclusão dentária e na ressonância.

Indubitavelmente, as capacidades cognitivas intervmem de forma decisiva na aquisição adequada da linguagem e acabam por afectar as crianças com DM. Estas apresentam dificuldade em fazer generalizações, a sua memória auditiva é menor a curto prazo, o processamento e compreensão do que escutam é lento, demonstram dificuldade para seleccionar uma determinada palavra do seu campo lexical e semântico e o seu pensamento abstracto é geralmente mais limitado.

Todos estes factores fazem com que as pessoas com esta problemática desenvolvam uma linguagem mais concreta quanto ao conteúdo, sendo o comprimento médio dos seus enunciados curto e de gramática simples ou incorrecta. Estas limitações acentuam-se, quando associadas à presença de alterações na componente perceptiva, sensorial e/ou física.

Práticas de Avaliação

O TF deve promover avaliações no âmbito da comunicação, da linguagem, da fala, da motricidade oro-facial, da deglutição e outras, tendo em conta os aspectos socioculturais, como também o papel das famílias e de outros parceiros comunicativos no processo avaliativo.



Neste sentido, são descritas cinco dimensões da funcionalidade do indivíduo, que incluem: capacidades intelectuais (Dimensão I); comportamento adaptativo (Dimensão II); participação, interacções e papéis sociais (Dimensão III); saúde (Dimensão IV); contex-

to/ambiente (Dimensão V). Semelhante aos níveis de funcionalidade do corpo, da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Dimensão I da AAMR exige uma avaliação da função intelectual e a determinação de uma limitação significativa. A Dimensão II é a avaliação do comportamento adaptativo, conceptualmente semelhante ao nível de actividade para a CIF, em que uma pessoa deve ser capaz de executar uma tarefa. Tal como na CIF, na Dimensão III são considerados na avaliação, a capacidade de participação, de interacção e os papéis sociais da pessoa. Na Dimensão IV, a saúde é avaliada tendo em especial atenção a análise das condições de saúde que podem afectar as dimensões acima descritas. Esta dimensão está relacionada com a compreensão do envolvimento das estruturas e funções do corpo.

A última Dimensão (V) é a influência do contexto onde o indivíduo está inserido sobre o comportamento do mesmo. Assim, a AAMR e a CIF baseiam-se em modelos de deficiência que são altamente comparáveis e permitem avaliar, planear e definir os recursos adequados para enfrentar as limitações funcionais na maioria das actividades diárias, tais como a compreensão e uso da linguagem, aprendizagem, mobilidade, autonomia, orientação e capacidade para uma vida autónoma. As equipas no planeamento da avaliação devem considerar tanto a visão global de deficiência fornecida no quadro da CIF, bem como as mais específicas, relacionadas com a deficiência mental.

Práticas de Intervenção

O TF presta serviços de avaliação e intervenção em parceria com outros profissionais. A legislação vigente e as práticas recomendadas requerem um processo de colaboração que envolve uma equipa multifacetada incluindo famílias, profissionais de saúde, de educação, entre outros. Estas equipas estabelecem e coordenam os serviços que são centrados na família, culturalmente apropriados, abrangentes e que produzem resultados significativos nas suas vidas. A abordagem em equipa é considerada a melhor prática para acompanhar a pessoa com necessidades especiais e as suas famílias. Reconhecer e atribuir o papel das famílias no desenvolvimento e na aprendizagem dos indivíduos com DM, permite ao TF prestar um apoio

terapêutico mais adequado e criar recursos que garantam oportunidades de aprendizagem significativas e de satisfação das famílias.

A prática centrada na família é um desafio, tanto para o TF como para os utentes e seus núcleos familiares. Diferenças nas filosofias e abordagens de avaliação e intervenção para pessoas com DM podem levar a impasses na selecção e implementação de estratégias práticas.

As dimensões e os conteúdos de intervenção, na área da linguagem, não podem ser definidos de forma simplista, nem estandardizada. A observação do seguinte esquema poderá ajudar a compreender um pouco a abordagem interventiva do TF:



Figura 1 - Abordagem Interventiva do Terapeuta da Fala

Assim sendo, os objectivos principais deste profissional serão:

- Ajustar os níveis de interacção comunicativa entre a criança e os pais/família, ajudando estes últimos a identificar o nível comunicativo da criança e ensinando-os a valorizar todas as iniciativas de comunicação. Ao fazer um registo audiovisual destas interacções, o TF poderá não só ajudar as famílias a identificar o potencial comunicativo da criança, mas também a saber sobreinterpretá-lo, indo ao encontro do seu nível óptimo de desenvolvimento linguístico e aumentando a sua actividade e motivação comunicativa.

- Recolher e obter informações sobre o possível diagnóstico de deficiência mental.

- Facilitar/promover as capacidades comunicativas que levem à autonomia da criança.

- Tornar a criança participante activa, no sentido dela própria ser capaz de exercer influência nos vários contextos através da comunicação, sendo a intervenção precoce um factor determinante para o sucesso da abordagem terapêutica, assumindo também um papel de prevenção.

No que concerne à prevenção, esta categoriza-se em três níveis:

Prevenção Primária – inclui informação acerca de cuidados parentais e cuidados de saúde.

Prevenção Secundária – detecção precoce e tratamento de alterações da comunicação. A detecção e o tratamento antecipado levam à eliminação ou minimização dos problemas, prevenindo dessa forma complicações a longo prazo.

Prevenção Terciária – devolver funcionalidade efectiva através da reabilitação e providenciar serviços a pessoas com deficiência mental para alcançar uma comunicação funcional óptima.

Comunicação Aumentativa e Alternativa

Para proporcionar à criança com DM uma comunicação funcional poderá não se recorrer à utilização de uma comunicação verbal oral (fala), mas à realização de gestos, símbolos e signos, através dos quais esta possa expressar as suas necessidades e estabelecer interacções sociais. A comunicação alternativa poderá ser a sua principal forma de comunicação. Aquelas que apresentam problemas de fala menos graves podem precisar da comunicação alternativa para aprender a falar ou para aumentar a sua comunicação, tornando a fala mais inteligível. A Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) implica o uso de formas não faladas como complemento ou substituto da linguagem falada, podendo assim ser relevante para este público-alvo. Alguns indivíduos pertencerão ao grupo com necessidade de um meio de expressão, outros necessitarão de uma linguagem de apoio alternativa. Neste caso, o objectivo da intervenção através da CAA é acelerar a aquisição da fala e melhorar a qualidade da interacção durante o período que a antecede. Ao mesmo tempo, assegura-se uma linguagem alternativa para as pessoas que não desenvolvem ou quase não chegam a desenvolver a fala. Não se pretende que a utilização de signos gestuais venha substituir a fala, mas sim promover a compreensão e o uso da mesma, funcionando como “trampolim” para o seu desenvolvimento.

Quando existe uma diferença significativa entre a compreensão e a expressão da linguagem, na deficiência mental, o objectivo da intervenção consistirá em proporcionar um meio de comunicação alternativo que será a sua forma de expressão, a ser utilizado em todas as situações e para o resto da vida. A compreensão poderá não ser o objectivo principal da interven-

ção, valorizando-se assim a relação entre a linguagem oral utilizada no meio onde o indivíduo está inserido e a forma alternativa que ele usa para se expressar.

De uma forma geral, pretende-se que a intervenção seja encarada como um conjunto de necessidades específicas de educação/reabilitação/habilitação, cujo início deve processar-se o mais precocemente possível.

A intervenção na comunicação está focada no contexto de interações que os indivíduos com deficiência mental se deparam nos seus ambientes naturais. Ensinar comunicação no contexto natural das crianças tem sérias vantagens. Os pares típicos servem de modelo para as competências de comunicação e têm mostrado ser bastante eficazes no ensino de estratégias aos seus colegas com deficiência mental. O TF pode tirar vantagem da alta motivação inerente, quando as crianças desejam e solicitam actividades no ambiente natural. Esta abordagem pode ser adicionada às numerosas oportunidades de ensino e aprendizagem, que ocorrem ao longo do dia, na variedade de rotinas e actividades. Os serviços de terapia da fala envolvem o ensino a todos os prestadores de cuidados, para fornecer estratégias de comunicação nos diferentes am-

bientes, onde estão integradas as famílias.

As práticas nas áreas da comunicação/ linguagem/ fala e perturbações relacionadas estão em constante desenvolvimento e evolução, pelo que é necessário aperfeiçoar conhecimentos, implementar técnicas de intervenção eficazes através da prevenção e/ou outros programas. É fundamental para o TF seguir novas orientações e acompanhar investigações na área da educação que representem respostas produtivas, com o objectivo de corresponder às necessidades da pessoa com deficiência mental e das suas famílias.

Referências Bibliográficas:

American Speech-Language-Hearing Association. (2008). *Principles for Speech-Language Pathologists Serving Persons With Mental Retardation/Developmental Disabilities*. Disponível no URL: <http://www.asha.org/docs/html/TR2005-00144.html> Acedido em 20 de Outubro de 2008.

American Speech-Language-Hearing Association. (2008). *Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists Serving Persons With Mental Retardation/Developmental Disabilities*. Disponível no URL: <http://www.asha.org/docs/html/GL2005-00061.html> Acedido em 20 de Outubro de 2008.

Carvalho, E. & Maciel, D. (2003). *Nova Conceção de Deficiência Mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: Sistema 2002*, Temas de Psicologia da SBP, 2, vol. 11. Brasília.

Rondal, J. & Edwards, S. (1997). *Language in Mental Retardation*. UK: Whurr Publishers Ltd.

Tetzchner, S. & Martisen, H. (2000). *Introdução à Comunicação Aumentativa e Alternativa*. Porto: Porto Editora.

Vieira, F. & Pereira, M. (2007). *Se houvesse quem me ensinara: a educação de pessoas com deficiência mental*. 3.ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Terapia Ocupacional

A Arte e a Ciência da Acção

A Equipa do Serviço de Diagnóstico e Terapêutica - Área da Terapia Ocupacional

Sendo a terapia ocupacional a arte e a ciência de dirigir a resposta do Homem a uma actividade seleccionada, é então através desta que as pessoas são estimuladas para a realização de tarefas que mantêm, recuperam, reorganizam ou desenvolvem as suas capacidades, motivações e estilos de vida necessários para a sua integração e inserção social.

No âmbito da actuação com a pessoa com deficiência mental, o terapeuta ocupacional direcciona a sua intervenção individualmente ou em grupo, com o objectivo de promover o bem-estar, reduzir ou prevenir disfunções, estimular e melhorar capacidades funcionais essenciais, que tornam o indivíduo mais adaptado



e inserido no seu meio social. Para tal, é necessário abordar a sua família, o seu ambiente (quer sejam os contextos naturais, como o domicílio; quer sejam os espaços de trabalho, de estudo, de lazer ou outros) e a sua rede de relações sociais.

Através da indicação, da prescrição e da confecção de adaptações funcionais facilita-se ou até mesmo possibilita-se o desempenho das actividades de vida diária (alimentação, higiene, vestuário, locomoção, comunicação), das actividades de lazer ou laborais.

O terapeuta ocupacional trabalha com a pessoa em actividade, avaliando o seu desempenho ocupacional no que se refere à habilidade para desempenhar tarefas. Desta forma, incide nos papéis ocupacionais de modo satisfatório e apropriado ao estado de desenvolvimento cultural e ambiental do indivíduo, de acordo com a dinâmica institucional.

Em relação ao atendimento de crianças com deficiência mental, o terapeuta debruça-se essencialmente sobre o treino das competências sensório-motoras, cognitivas e sociais, preconizando a sua integração no meio escolar e acompanhando o seu percurso nas várias etapas do desenvolvimento, com vista a um melhor desempenho ocupacional.

A necessidade de praticar competências sociais para pessoas com deficiência mental baseia-se na aplicação teórica do Modelo de Desempenho Ocupacional. Este modelo defende que o tratamento é contínuo e se divide em quatro fases.

Numa primeira fase, *métodos adjuvantes*, o terapeuta ocupacional prepara a pessoa para o desempenho ocupacional através da promoção de exercícios, técnicas terapêuticas, posicionamentos, selecção de tecnologias de apoio, entre outros.

Na segunda fase, *actividades capacitantes*, através da qual se realizam actividades intencionais, o terapeuta cria métodos de simulação (ex: actividades de carpintaria, enfiamentos, encaixes, actividades de mesa).

Na terceira fase, *actividades intencionais*, são incluídas actividades da vida diária, actividades educacionais, jogos, desportos, entre outras. O terapeuta ocupacional tem como objectivo avaliar, facilitar e habilitar as capacidades funcionais nos desempenhos do

dia-a-dia.

Numa quarta fase, *desempenho ocupacional dos seus papéis*, a pessoa assume todos os papéis ocupacionais nas suas rotinas diárias quer em casa, quer na comunidade. A pessoa adquire o mais alto nível de independência nos diversos contextos, pelo que a intervenção da terapia ocupacional é progressivamente diminuída.



Tendo como base a metodologia teórica, o terapeuta ocupacional avalia a acção da pessoa com deficiência mental e intervém através de programas comportamentais alternativos, tais como, competências sociais, competências da vida diária e competências de orientação educativa e laboral.

A terapia ocupacional aborda as dimensões biológicas, psicológicas e sociais da ocupação, sempre em consonância com as necessidades da pessoa, por-

que acredita que o ser integral é aquele que potencializa as suas habilidades sensório-motoras, cognitivas e psico-sociais através de experiências e actividades, que promovem o sentido da auto-realização.

O Ser Humano desenvolve a sua vida em plenitude através da acção.

(Autor desconhecido)

Referências Bibliográficas:

- Bermejo, B. & Alonso, M. (2001). *Atraso Mental*. Mc Graw Hill.
Vieira, F. & Pereira, M.; (2007). *Se Houvera Quem Me Ensinara... Educação de Pessoas com Deficiência Mental*. 3.ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
Neistadt, M. (2002). *Willard e Spackman: Terapia Ocupacional*. 9.ª Edição. Guanabara Koogan.

Alimentação Saudável na Deficiência Intelectual



A deficiência intelectual encontra-se, em muitos casos, associada a descontrolos alimentares que se caracterizam por momentos compulsivos de consumo de alimentos, apetite voraz e desequilíbrios na sensação de apetite. Muitas das crianças que têm este tipo de problemática caracterizam-se por terem excesso de peso e obesidade, sendo muitas vezes de origem hormonal, mas também de origem alimentar.

Associado a estes factores e como forma de compensar estas pessoas são-lhes dadas grandes quantidades dos seus alimentos preferidos que, frequentemente, são ricos em gordura e açúcar, não havendo uma selecção correcta dos mesmos. Por exemplo, uma das características dos indivíduos com Trissomia 21 é a macroglossia (língua aumentada) e por isso é aconselhada a ingestão de alimentos mais pastosos ou líquidos, ricos em energia e pobres nutricionalmente.

A alimentação para indivíduos com deficiência intelectual deve ser saudável, para que possam controlar o seu apetite, o seu peso e, assim, melhorar o seu estado de saúde e a qualidade de vida. É essencial seguir as regras gerais para uma alimentação equilibrada, nomeadamente, variar os alimentos, de acordo com os diversos grupos presentes na Roda dos Alimentos, e consumi-los nas proporções e quantidades correctas. Para além destas regras, é importante que esta população: tome diariamente o pequeno-almoço, constituído por pão, leite e fruta, para que possa ter um bom aporte de energia, com os principais nutrientes, como são as vitaminas, os minerais e as fibras; faça

Alexandra Bento - Associação Portuguesa dos Nutricionistas

6 refeições por dia, não estando mais de 3h30m sem comer, para não passar momentos de fome e manter a glicemia sanguínea dentro dos valores normais; evite alimentos em excesso; coma sempre sopa no início do almoço e do jantar, para obter fibras, vitaminas e minerais e, assim, controlar o apetite; acompanhe todas as refeições principais com legumes e hortaliças cozidos ou salada; ingira cerca de 1,5 litro de água por dia, atendendo ao papel fundamental da hidratação.

É imprescindível que todos os intervenientes na educação das pessoas com deficiência intelectual transmitam a importância da alimentação saudável e equilibrada. Esta não deve ser por isso vista como compensação da problemática, mas como parte integrante da melhoria do estilo de vida e do estado de saúde destes indivíduos.

*Para a gente ter saúde
E sentir-se equilibrada
É necessário que mude
Uma coisa ou outra errada.*

*Falar de alimentação
Que racional deve ser
Quer dizer, ter atenção
Ao que vamos comer.*

*Quem quer matar a fome
Como que a barriga ilúde.
Escolhendo o que se come
Podemos ter mais saúde.*

*Na criança em crescimento
Que é uma etapa especial,
Tem de ser o alimento
Coisa mais substancial.*

*Vamos então estudar
Uma dieta a preceito,
E os meninos ensinar
A comerem com proveito*

*De manhã faz bem
Um copo de leite cheio,
E pão com queijo também,
Com manteiga pelo meio.*

*Como a manhã é comprida,
Lá para as onze, onze e meia,
Uma frutinha comida
É sempre uma boa ideia*

*Nos almoços carne e peixe,
Ou um ovo tanto faz
É uma sopinha que deixe
A tripazinha capaz.*

*Lá para as cinco da tarde
Lanchar sempre leite e pão.
Não é comida que farte;
É ligeira a refeição.*

*Porque logo vem o jantar
E precisas de ter fominha.
Carne ou peixe e, a acomodár,
Arroz, batata ou massinha.*

*Não te esqueças das saladas,
Ou dos legumes cozidos.
Com as suas cores variadas,
Fazem pratos coloridos.*

*Água, beber amiúde
E doces, só quando há festa.
Para poder crescer com saúde,
Podendo, dorme a sesta.*

*Assim serás grande e forte,
Alegre, são, bem disposto.
E ajudarás a sorte
Vivendo sempre com gosto.*

**Conceição Areias (2003).
Onde meto o meu nariz?**

O Contributo da Psicomotricidade nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvementais

Ana Isabel Leitão - Divisão de Investigação em Educação Especial, Reabilitação e Sobredotação
Carina Lombo - Psicomotricista do Instituto de Terapias Globais Carmo Ferreira - Divisão de Motricidade Humana

Dificuldade Intelectual e Desenvolvemental (DID). A Mudança de Paradigma na Concepção de Deficiência Mental.

O conceito de deficiência mental tem sofrido diversas modificações, sobretudo nas últimas cinco décadas. Estas modificações reflectem o esforço que se tem verificado nesta área para implementar uma terminologia, classificação e sistemas orientados para a reabilitação, mais precisos e mais facilmente aplicáveis.

Desde a publicação do Manual de Classificação de Deficiência Mental (Grossman, 1983, cit. por Luckasson et al, 1992), assiste-se a uma mudança significativa de paradigma, no qual a deficiência mental é vista, não como um traço que resulta somente da pessoa, mas como a “expressão do impacto funcional da interacção entre a pessoa com limitações nos *skills* intelectuais e adaptativos e o envolvimento onde se insere”. Daí advêm duas grandes consequências: primeiro, as categorias referenciadas ao indivíduo, baseadas num único aspecto deste são insuficientes quer a um nível descritivo, quer a um nível preditivo; segundo, é necessária maior clareza na descrição dos *skills* adaptativos e limitações que influenciam realmente a vida quotidiana, para que se especifiquem aquelas áreas que são críticas na interacção entre o indivíduo e o meio.

Deste novo paradigma, do qual surgiu o Sistema de Classificação de 1992, da *American Association on Mental Retardation* (AAMR), surgem três elementos chave: as capacidades, os envolvimentos e a funcionalidade (Luckasson et al., 1992). Apesar do grande peso de todos eles, a funcionalidade é o elemento central, o que torna este sistema essencialmente funcional, pressupondo ainda, a determinação do perfil e intensidades dos apoios necessários, que devem ter como meta final avançar e enriquecer o sucesso

da integração. Este sistema de 1992 concentra o seu esforço em estimar as intensidades de apoio de uma pessoa (intermitente, limitada, ampla e máxima), em detrimento do nível de deficiência (ligeiro, moderado, severo e profundo), como anteriormente (Morato et al, 1996).

Em 2007, a AAMR muda a sua designação para *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) e substitui o termo “deficiência mental” por “dificuldade intelectual e desenvolvemental” (DID). Segundo Morato e Santos (2007), esta mudança deve ser compreendida no âmbito de uma análise retrospectiva de avaliação do conhecimento acerca do funcionamento intelectual, do comportamento adaptativo e, fundamentalmente, numa visão sobre o desenvolvimento humano, cada vez mais corroborada no interaccionismo.

A Psicomotricidade como Importante Área de Intervenção Junto da População com DID

Sabemos hoje que nas crianças com o tipo de problemática em estudo, o desenvolvimento psicomotor se encontra frequentemente alterado, pelo que se



torna pertinente, desde as idades mais baixas, uma atenção especial à intervenção na área da psicomotricidade, como uma das abordagens reeducativas ou terapêuticas para a promoção do seu desenvolvimento e reabilitação. A nova definição e sistema de classificação da DID vem reforçar a importância dos apoios apropriados, com vista a melhorar significativamente a funcionalidade de vida destes indivíduos.

Inicialmente encarada como prescrição da medicina psiquiátrica, a psicomotricidade começou a ganhar uma dimensão teórica e prática sobre o desenvolvimento humano (Ajuriaguerra, 1988; Wallon, 1947, cit. por Fonseca, 2001), que a torna actualmente numa intervenção preventiva, educativa, reeducativa e psicoterapêutica. A psicomotricidade constitui, assim, uma abordagem multidisciplinar do corpo e da motricidade humana que compreende um ramo de conhecimentos, onde se cruzam várias contribuições científicas: psicobiológicas, psicofisiológicas, psicológicas, psiquiátricas, psicolinguísticas, fenomenológicas e, ainda, sociológicas (Fonseca, 2001).

Segundo Martins (2002), os estatutos do Fórum Europeu de Psicomotricidade (FEP) afirmam a psicomotricidade, baseada numa visão holística do ser humano, de unidade do corpo e psiquismo, que integra as funções cognitivas, emocionais, simbólicas e corporais, na capacidade do indivíduo de ser e de agir num determinado contexto psicossocial. O FEP salienta igualmente que a partir destes dados, a psicomotricidade desenvolveu práticas específicas [profiláticas, (re)educativas e terapêuticas], que colocam em primeiro plano a especificidade da acção humana, assente na integração entre motricidade e psiquismo.

A concepção teórica e a aplicação prática da psicomotricidade têm enfoque em três abordagens fundamentais, a saber: *Multidisciplinar*, que atende a questões epistemológicas da investigação e do desenvolvimento psicomotor intrínseco do indivíduo, no sentido de procurar a significação mental e inteligível subjacente à motricidade humana, nas várias vertentes de estudo; *Multiexperimental*, em que a experiência normal ou atípica do corpo e da motricidade mediatizam as relações entre o mundo interior e o mundo exterior do indivíduo; e ainda, *Multicontextual*, ou seja, desenvolve-se como uma função que decorre das interações entre o indivíduo e os vários contextos en-

vimentais onde este se encontra inserido (Fonseca, 2001).

Particularidades do Desenvolvimento Psicomotor da Criança com DID

Lomba, em 1999, referindo-se ainda aos indivíduos com deficiência mental, salienta a existência de uma grande variedade de capacidades, incapacidades, áreas fortes e necessidades, mencionando, contudo, quatro áreas em que estas crianças podem apresentar diferenças em relação às outras. São elas a área motora, cognitiva, da comunicação e sócio-educacional.

Relativamente à área motora, se a dificuldade for ligeira, estas crianças podem não apresentar diferenças em relação aos colegas da mesma idade sem necessidades educativas especiais, podendo ainda assim demonstrar alterações na motricidade fina. Em casos mais graves, as dificuldades motoras são mais acentuadas, nomeadamente na mobilidade, falta de equilíbrio, dificuldades de locomoção, de coordenação e de manipulação. Comparativamente aos seus pares, as crianças com estas dificuldades podem começar a andar um pouco mais tarde, geralmente são de estatura mais baixa e são mais susceptíveis a doenças. Apresentam também uma maior incidência de problemas neurológicos, de visão e de audição (Kirk & Gallagher, 1996).

No que se refere às áreas cognitiva e sócio-educacional, observam-se frequentemente dificuldades na aprendizagem de conceitos abstractos, na focalização da atenção, bem como ao nível da memória (tendem a esquecer mais depressa que os seus colegas sem necessidades educativas especiais). Podem também demonstrar dificuldades na resolução de problemas e na generalização de situações novas, embora consigam generalizar situações específicas, utilizando um conjunto de regras. Podem atingir, até certo ponto, os mesmos objectivos escolares que os seus pares, embora de uma forma mais lenta (Kirk & Gallangher, 1996).

Quanto à área da comunicação, as crianças com dificuldades ao nível intelectual apresentam, muitas vezes, problemas quer ao nível da fala e da sua compreensão, quer no ajustamento social. Sabendo-se que os estímulos ambientais são fundamentais para o desenvolvimento do indivíduo (Hallahan & Kauffman,

1997), estas dificuldades poderão ser, se não a causa, um factor a considerar com grande influência no desempenho destas crianças.

Assim sendo, a discrepância entre as idades mental e cronológica provoca uma diminuição das capacidades para interagir socialmente, agravada pela frequente colocação destas crianças fora dos grupos da sua faixa etária. No entanto, sabe-se que a interacção com os seus pares permite a aprendizagem de comportamentos, valores e atitudes ajustados à idade. Nesta perspectiva, a aprendizagem de competências sociais torna-se fundamental para esta população.

Em síntese, a caracterização psicomotora das crianças com “défice cognitivo”, apesar de variada entre si, apresenta diferenças concretas em relação a outras populações. Segundo Fonseca (1996), estas crianças apresentam fundamentalmente dificuldades na generalização de padrões motores, o que interfere com a plasticidade e a flexibilidade de planificação motora e com o ajustamento e reajustamento às condições envolventais em mudança, ao qual o movimento intencional se deve adaptar normalmente.

A Importância da Intervenção Psicomotora

Pelo exposto anteriormente, as crianças com DID necessitam muito frequentemente de reeducação ou terapia psicomotora. A terapia psicomotora tem como grande objectivo melhorar a relação do indivíduo com o contexto, estimulando o seu próprio processo de maturação. A mediação corporal procura estimular o desenvolvimento da actividade perceptiva e da actividade simbólica e conceptual, através da experimentação sensorio-motora, valorizando a intencionalidade e a consciencialização da acção e explorando todas as formas possíveis de expressão: motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, etc. (Martins, 2001).

A intervenção realizada com as crianças com DID deve ter em conta que as aprendizagens se processam de uma forma mais lenta e com características próprias, pelo que devemos utilizar algumas estratégias que lhes permitam o melhor desenvolvimento do seu potencial.

Assim, no processo de intervenção há que ter em consideração alguns aspectos, dos quais destacamos: objectivos ajustados ao desenvolvimento e às características próprias do indivíduo; actividades coerentes

e com continuidade, o que exige uma planificação estruturada de cada uma das sessões; preocupação em organizar tarefas lúdicas e em proporcionar oportunidades que permitam fazer a transferência para actividades do quotidiano; tarefas realizadas num ambiente de aprendizagem que permitam a transferência para o contexto real de aplicação das mesmas; atitude do técnico directiva, exigente, sensível e empática, embora paciente e persistente; estabelecimento de regras e exigência no seu cumprimento; linguagem simples, breve e clara; tarefas complexas decompostas em tarefas mais simples; reforço utilizado com frequência intercalado com actividades motivantes e fáceis com outras mais difíceis e de menor agrado (Espadinha, 2005).

A intervenção psicomotora em meio aquático (MA) merece também uma breve referência, na medida em que este é um contexto privilegiado, cujas características particulares permitem sensações e acções únicas, promotoras do desenvolvimento psicomotor. Este facto adquire especial importância perante a população com DID. No meio aquático, os objectivos delineados para esta população devem dizer respeito à melhoria do tónus muscular, da funcionalidade do tórax, da função respiratória, da coordenação motora global e fina, bem como à socialização e adaptação do indivíduo, de acordo com a sua linguagem corporal (Duarte, 2005).



Exame e Avaliação Psicomotora

Em qualquer processo terapêutico e com vista à elaboração do diagnóstico, bem como a uma adequada planificação da intervenção, é necessário proceder a uma boa avaliação psicomotora, informal e formal, sendo que esta última deve ser realizada com base

em testes específicos da área, sempre que possível estandardizados para a população portuguesa. Para a avaliação psicomotora da criança entre os 0 e os 3 anos, destacamos as *Bayley Scales of Infant Development*. De acordo com Noack (1998), para esta faixa etária existem também, entre outras, a *Escala de Brunet-Lézine* e a *Escala de Uzgiris-Hunt*. Para as crianças entre os 3 e os 4 anos, salientamos a *Escala de Coordenação Motora de Charlop-Atwell* (Albaret & Noack, 1994), bem como alguns testes mais específicos, como a imitação de gestos de Berges e Lézine (1963) e a percepção visual de Frostig (1973). A partir dos 4 anos, a escala *Movement ABC* (Henderson & Sugden, 1992) (entre os 4 e os 12 anos) e o *Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oseretsky* (TPMBO) (entre os 4 anos e meio e os 14 anos) são dois bons instrumentos para a avaliação psicomotora. Estes dois testes apresentam características diferentes, ou seja, o primeiro avalia as dificuldades motoras, enquanto o segundo mede a proficiência motora, sendo um teste adequado, tanto para a detecção de dificuldades, como de talentos na área motora.



Existem ainda outros testes que facultam ao psicomotricista avaliações mais específicas, ao nível da escrita, da atenção, da impulsividade e das funções executivas.

A avaliação permite situar a criança ou jovem relativamente a áreas fortes e fracas, possibilitando ainda, a medição dos resultados. Esta medição facilita ao técnico a análise dos efeitos da sua própria intervenção, o que possibilita uma discussão entre pares mais fundamentada (Albaret, 2008).

Em Síntese

As práticas psicomotoras situam a actividade humana como um investimento global da personalidade, da pessoa em acção, em que as modificações tónicas, as posturas e os movimentos são significantes de toda a história pessoal do indivíduo, das suas representações, das suas vivências tónico-emocionais e do seu imaginário. A prática psicomotora é unificadora, no sentido em que veicula os laços entre o corpo e a actividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, melhorando o potencial adaptativo do sujeito, ou seja, as possibilidades de realização nas trocas com o envolvimento (Martins, 2002).

A intervenção psicomotora realizada com indivíduos com DID deve ter em atenção que o seu processo de aprendizagem é mais lento, pelo que, além da necessidade de atender a diversas estratégias para desenvolver o seu potencial, devem proporcionar-se situações de aprendizagem positivas e significativas, de forma a promover a motivação e a predisposição para aprender.

Referências Bibliográficas:

- Albaret, J. (2008). *Diagnóstico e Avaliação Psicomotora*. 27-29 de Outubro. Funchal. Madeira.
- Duarte, A. (2005). *Psicomotricidade em Meio Aquático*. In Curso de Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa. 14 de Janeiro. Lisboa.
- Espadinha, A. (2005). *Tecnologias de Apoio*. In Curso de Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa. 6 de Abril. Lisboa.
- Fonseca, V. (1996). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade - perspectivas multidisciplinares* (1ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Hallahan, D. & Kauffman, J. (1997). *Exceptional Learners: Introduction to Special Education*. 7th Edition. USA: Ed. Allyn & Bacon.
- Kirk, S. & Gallagher, J. (1996). *Educação da Criança Excepcional*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lomba, J. M. (1999). *Vamos falar de Deficiência – Definição de Deficiência Mental*. Disponível no URL: <http://deficiencia.paginas.sapo.pt>
- Luckasson, R., Coulter, D., Polloway, E., Reiss, S., Schalock, R., Snell, M., Spitalnick, D., & Stark, J. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Support*. 9th Edition. Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Morato, P. P. et al. (1996). A Mudança de Paradigma na Concepção de Deficiência Mental. In *Revista Integrar*, 9, 5-14.
- Morato & Santos (2007). Dificuldade Intelectual e Desenvolvidor. A Mudança de Paradigma na Concepção de Deficiência Mental. In *Revista de Educação Especial e Reabilitação* (4,14). Lisboa: Edições FMH.
- Noack, N. (1998). Caractéristiques Psychomotrices et Prise en Charge de L'enfant Porteur d'Une Trissomie 21 de 0 A 3 Ans. In Rivière, J. *La Prise en Charge Psychomotrice du Nourisson et du Jeune Enfant (Psicomotricité)* (51-1001). Marseille: Solal Éditeur.

As TIC nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

Fabiola Alves, Graça Faria, Sara Mota & Sílvia Silva - *Divisão de Acessibilidade e Adaptação das Tecnologias de Informação e Comunicação*

Introdução

Para que as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) contribuam para a educação de alunos com necessidades educativas especiais (NEE), torna-se imprescindível apostar na promoção da acessibilidade e numa concepção não discriminatória das TIC. A escola inclusiva, na qual o reconhecimento da diversidade é um valor e o respeito conhecedor do outro, uma regra básica, faz das TIC uma parte da solução e não do problema (Rodrigues, 1999).

É frequente que as pessoas com dificuldades intelectuais ou desenvolvimentais (DID), devido às suas limitações, agravadas pela superprotecção, ou pelas fracas expectativas associadas, cresçam interagindo de modo restrito com o meio e a realidade que as cercam. Muitas vezes, se não forem devidamente estimuladas, poderão assumir atitudes de passividade diante da

realidade e na resolução de problemas diários, pelo facto de estarem habituados à ajuda e à tomada de decisão por parte de terceiros. Atendendo às dificuldades e atrasos que apresentam no seu desenvolvimento global, é fundamental proporcionar-lhes um ambiente de aprendizagem que as ajude a abandonar a atitude passiva de receptoras de informação. Um ambiente onde sejam valorizadas e estimuladas a criatividade e iniciativa, de forma a permitir uma maior interacção com as pessoas e com o meio em que vivem, partindo não das suas limitações e dificuldades, mas do potencial de aprendizagem de cada um, confiando e apostando nas suas capacidades, motivação e expectativas de desenvolvimento e integração na comunidade (Filho, s/d).

A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

A Dificuldade Intelectual é o termo utilizado quando uma pessoa apresenta certas limitações no funcionamento cognitivo e no desempenho de tarefas, como as de comunicação, cuidado pessoal e de relacionamento social. Estas restrições provocam uma maior lentidão na aprendizagem e no desenvolvimento. A forma como percebem o mundo e os objectos reflectir-se-á na comunicação, na socialização, na autonomia, na consciência de si própria, na compreensão e na resolução de problemas. Por conseguinte, os indivíduos com este tipo de problemática têm dificuldade em perceber as informações relevantes do meio, em memorizar, em exprimir-se ou em imaginar novos conceitos. Geralmente, reconhece-se que as crianças com estas dificuldades podem necessitar de mais tempo para aprender a falar, a andar e a assimilar competências básicas para cuidar de

si, tal como vestir-se ou comer com autonomia. Como tal, é natural que enfrentem dificuldades na escola. No entanto, aprenderão, necessitando para isso de mais tempo.

Ainda que o diagnóstico seja indispensável, o mais importante é ajudar estes indivíduos na aprendizagem de competências essenciais a uma participação activa nos contextos: familiar, escolar e na comunidade em geral. As possibilidades de adaptação à realidade dependerão do ambiente em que estão inseridas, assim como do número e qualidade de experiências significativas com as quais se possam confrontar ao longo da vida (Telmo et al, 1990).

Ainda que o diagnóstico seja indispensável, o mais importante é ajudar estes indivíduos na aprendizagem de competências essenciais a uma participação activa nos contextos: familiar, escolar e na comunidade em geral. As possibilidades de adaptação à realidade dependerão do ambiente em que estão inseridas, assim como do número e qualidade de experiências significativas com as quais se possam confrontar ao longo da vida (Telmo et al, 1990).

A criança como ser humano é um ser aberto à mudança, deficiente ou não, pode modificar-se por efeitos da educação e ao mudar a sua estrutura de informação, formação e transformação de desenvolvimento pode adquirir novas possibilidades e novas capacidades.

Vitor da Fonseca

As TIC e as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

É do consenso geral que as TIC beneficiam em geral todos os alunos. No entanto, é sem dúvida na área da educação especial que estas desempenham um papel preponderante, uma vez que permitem desenvolver actividades que antes estavam vedadas a alunos com NEE (Morato, 1995).

De um modo geral, as TIC na área das NEE podem: criar maiores níveis de autonomia; ser um contributo inestimável nas áreas do desenvolvimento cognitivo, psicomotor; constituir um meio alternativo de comunicação e facilitador da realização de inúmeras tarefas; contribuir para uma mudança de estratégias que possibilitem encontrar respostas para alunos que possam estar afastados da escolarização; ser uma forma de ultrapassar barreiras físicas e socioemocionais. Mais especificamente, algumas destas barreiras referem-se à dificuldade de manipular objectos de escrita e/ou desenho, assim como à dificuldade na leitura e consequentemente em participar em actividades de literacia. O recurso ao computador e aos sistemas multimédia permite traçar percursos individualizados em que cada aluno pode progredir de acordo com o seu ritmo.

As tecnologias tornam-se facilitadoras em vários aspectos e representam no contexto das DID, um complemento no processo de ensino-aprendizagem, uma melhoria qualitativa e quantitativa das estratégias, bem como dos estilos para o desenvolvimento das suas capacidades.

O ensino que recorre ao uso das tecnologias e devidamente planeado deverá:

- a) ser baseado na pedagogia do optimismo, e por conseguinte, na psicopedagogia do sucesso;
- b) aplicar os princípios didácticos próprios do ensino individualizado, como por exemplo, a participação activa, o aumento progressivo do grau de dificuldade e a adaptação às características do indivíduo;
- c) apresentar desafios progressivos;
- d) fomentar a atenção, a motivação e a concentração, envolvendo o utilizador na actividade;
- e) adaptar-se ao ritmo e ao potencial de desenvolvimento gradual de cada um e à sua individualidade.

Todavia, o ensino auxiliado pelas tecnologias coloca dois problemas que não podem ser descurados:

- a necessidade de hardware acessível e ergonómi-

co, ou seja, a existência de equipamentos adaptados que sejam manipulados por crianças com DID;

- a insuficiência de programas que respondam às exigências da aprendizagem desta população específica (p.e., Projecto Âncora, Linguagem Logo, DOWN'S COMM).

No que diz respeito à primeira questão, é bom recordar que existem equipamentos que podem contribuir para a correcta utilização da tecnologia e conduzir consequentemente a uma aprendizagem mais rápida, atendendo às dificuldades de coordenação óculo-manual e visuoespacial que os utilizadores poderão evidenciar. Como exemplos de adaptações tecnológicas temos os periféricos de acesso ao computador: *trackball* ou rato adaptado, o *intellikeys* ou teclado de conceitos e o ecrã táctil.



No segundo caso, foram já concebidos programas que proporcionam ao utilizador um meio facilitador da aprendizagem da leitura, da escrita e do cálculo, bem como a aquisição da autonomia, tornando-se um modo de auto-aprendizagem, através da realização de jogos, estratégias, aventuras, habilidades e simulações (Fernandes cit. por Rodrigues, 1988). Como programas que promovem a literacia salientam-se: *Letras e Palavras*, *Palavra a Palavra*, *Aprender com os Números* e *De 1 a 100*. Como software indicado para construção de conteúdos, podemos indicar os programas: *IntelliPics*, *Aprender a Ver*, *Aventuras 2*, *Invento* e *Power Point*, entre outros. Os programas de leitura de texto assistida por computador proporcionam um melhor desempenho na leitura, como por exemplo, o *WordRead*.

Ainda assim, a utilização das tecnologias pode conduzir a duas reacções distintas: a pessimista e a op-

timista.

A pessimista considera as TIC um factor de exclusão que agrava, conseqüentemente, os problemas já existentes, tais como a falta de confiança ou de motivação por parte do utilizador, uma vez que poderão ser sistemas demasiado formais ou tecnologias que não estão adaptadas aos contextos culturais e sociais.

A optimista encara as TIC como algo que ajuda a superar algumas formas de exclusão, uma vez que desenvolvem novas formas de aprendizagem e podem beneficiar grupos sociais afastados do ensino tradicional. Assim sendo, os alunos pouco motivados e com menor sucesso são os que apresentam maiores melhorias com a introdução do computador e dos materiais digitais no ensino.

As tecnologias desempenham, então, um papel redistribuidor do conhecimento, ao estimularem o ritmo de aquisição de informação dos que sabem menos, aproximando-os dos níveis dos que sabem mais. Isto acontece porque as tecnologias incidem sobre dois aspectos essenciais: por um lado, a motivação, no sentido de que, por exemplo, a televisão interactiva ou a internet chegam a públicos mais resistentes às propostas formais de aprendizagem; por outro, o factor atractivo por estarem associadas ao lazer. Deste modo, passar dos jogos de computador à aprendizagem torna-se relativamente simples. Também se considera importante referir os processos de aprendizagem, pelo facto das tecnologias mobilizarem uma certa diversidade de processos cognitivos. Assim sendo, é mais fácil um sistema multimédia adaptar-se a estilos de aprendizagem especiais. Poderá favorecer uma maior variedade de alunos, promover um acesso mais homogéneo ao conhecimento, assim como permitir uma construção mental mais rica que o texto linear clássico.

Conclusão

Os aspectos positivos do uso das TIC junto das crianças com DID são em termos gerais:

- A satisfação da criança por ter um ecrã cuja imagem é comandada e dirigida por si, motivando-a e facilitando a aprendizagem de conteúdos mais exigentes;
- O desenvolvimento de maior controlo e precisão a nível da motricidade fina, atendendo que para aceder ao computador é necessário destreza manual;



- A estimulação da capacidade de atenção e memória;
- A redução do tempo de resposta;
- O facto de receber recompensas de imediato, se executar bem a tarefa, uma vez que a acção correcta implica uma resposta positiva. O programa dá sempre a mesma resposta à mesma pergunta. É um processo lógico que leva a criança a aceitar uma regra de comportamento. Assim, existem dois tipos de feedback, um transmitido aquando de uma acção errada, traduzida pelo ruído que indica erro; outro, expresso por sons alegres e estimulantes, que como forma de recompensa, entusiasma e motivam as crianças.

O uso das tecnologias adaptadas às necessidades das crianças com dificuldades intelectuais ou desenvolvimentais, em particular, pode ser considerado elemento facilitador da motivação para as actividades educativas (actividades e/ou estratégias), da interacção com o meio em que vive, da criatividade, da autoconfiança, da compreensão de conceitos e de conhecimentos teórico-práticos, da autonomia na resolução de problemas, bem como do desenvolvimento do raciocínio lógico.

Referências Bibliográficas:

- Della-Courtiade, C. (1997). *A Criança com Deficiência - do nascimento à idade escolar. Breve Guia para os Pais*. Grifo.
- Filho, T. (s/d). *Educação Especial e Novas Tecnologias: O Aluno Construindo Sua Autonomia*. Disponível no URL: <http://www.profala.com/arteducesp30.htm> Acesso em 30 de Outubro de 2008.
- Morato, P. & Santos, S. (2007). *Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. A Mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental*. In *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, n.º 1. Lisboa: Edições FMH.
- Rodrigues, D. et al (1988). *Problemática do ensino assistido por computador. Novas Tecnologias na Educação Especial*. Cruz Quebrada: UTL-ISEF.
- Rodrigues, D. (1999). *Tecnologias de Informação e Comunicação e Populações Especiais: ser parte do problema ou parte da solução?* In *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, n.º 1. Lisboa: Edições FMH.
- Telmo, I. et al, (1990). *A Criança Diferente. Manual de Apoio aos Educadores de Infância e Professores do Ensino Básico*. Lisboa: Ministério da Educação e Gabinete de Estudos e Planeamento.

A Sexualidade na Deficiência Intelectual: Atitudes de Pais e Profissionais

Marta Albuquerque - Centro de Deficientes de Santo Estêvão Susana Ramos - Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra / Instituto Superior Miguel Torga

Introdução

Na nossa cultura, a sexualidade é ainda um tema envolto em preconceitos e discriminação. Num passado ainda recente, a moral sexual dominante atribuía um valor negativo à sexualidade e ao erotismo (Frade et al, 1992). Quando esta discussão se reporta às pessoas com deficiência mental (DM), atitudes preconceituosas e discriminatórias intensificam-se e geram polémica quer com os próprios indivíduos, quer com as famílias e a sociedade.

A pessoa com deficiência é ainda, muitas vezes, olhada como um ser assexuado, sem direito a viver, em plenitude, a sua sexualidade e os seus afectos (Pereira, 1997). As atitudes sociais, moldadas pelo preconceito e pela ignorância, traduzem-se em comportamentos que negam alguns dos mais elementares direitos das pessoas com deficiência, principalmente, no que respeita ao seu aspecto afectivo e sexual (Craft, 1987; Félix & Marques, 1995; Kempton & Carapulo, 1983). O entendimento da sexualidade caracteriza-se, portanto, pelo seu contorno nebuloso contraditório.

A sexualidade de um indivíduo está intimamente relacionada com a sua personalidade, o que a caracteriza como um fenómeno complexo e multifacetado, pelo que analisar esta temática se torna uma tarefa difícil, mas necessária e pertinente. Assim, urge reflectir acerca das atitudes dos pais de jovens com DM e dos profissionais que com eles trabalham.

Atitudes face à Sexualidade

López e Fuertes (1996, cit. por Albuquerque, 1996) apontam para a existência de atitudes positivas e negativas face à presença de estereótipos sexuais: a atitude conservadora e a atitude liberal. Estes autores reforçam a ideia de que se pode falar em “duas tipologias básicas que definem a forma de sentir, pensar e viver a sexualidade” (p.35).

A problemática da sexualidade nesta população

constitui, ainda, uma área envolta em inúmeras restrições. Uma das questões mais pertinentes refere-se à negação do direito à realização sexual e afectiva.

Deparamo-nos com uma tendência social que contempla estes indivíduos como eternas crianças e, como tal, como seres assexuados.

Kempton (1983, cit. por Ramos, 2005) considera quatro possíveis atitudes face à sexualidade da pessoa com DM: eliminá-la, tolerá-la, aceitá-la e cultivá-la. Muitas vezes, as atitudes de rejeição e negação residem no desconhecimento e incompreensão relativamente a estas questões. Outro autor, Duplay (1977, cit. por Ramos, 2005) refere que “não há diferenças específicas entre a sexualidade dos deficientes mentais e dos outros seres humanos (...) não há sexualidade perfeita, nem completa, mas um caminho de personalidade sexuada para um enriquecimento das suas estruturas próprias: intelectuais e orgânicas” (p.69).

É fundamental pensarmos na pessoa com DM como um ser capaz de satisfazer as suas próprias necessidades, como qualquer outro indivíduo, sendo a sexualidade uma delas.

Atitudes de Pais e Profissionais face à Sexualidade na Deficiência Mental

Não será difícil compreender que esta população está fortemente condicionada pelo seu ambiente familiar e social, devido às suas limitações intelectuais, à sua necessidade em ser aceite pelo grupo de pares e, também, pelo seu meio envolvente excessivamente protector e paternalista.

Um estudo desenvolvido por Francês (cit. por Pan, 2003) diz-nos que 50% das famílias mantêm atitudes fechadas, para a qual a sexualidade dos filhos é um tema tabu e apenas 10% revelam atitudes mais abertas. Reiss (1967, cit. por Pan, 2003) refere também que os pais tendem a adoptar atitudes mais conservadoras relativamente à sexualidade dos seus filhos com deficiência. Deisher (1973), no seu estudo sobre compor-



tamentos sexuais, concluiu que 94% da sua amostra, constituída por educadores, considera a masturbação um comportamento normal; 39% acabaria com este comportamento caso alguém o estivesse a praticar e 12% puniria o comportamento masturbatório. Por sua vez, os profissionais manifestam, habitualmente, uma atitude mais positiva, aberta e tolerante.

Em 1998, Holmes aplicou uma “Escala de Atitudes” a uma amostra de 46 profissionais e concluiu que a maioria revelou atitudes mais liberais. No seu estudo sobre atitudes de profissionais face à sexualidade de pessoas com deficiência, Félix constata, em diversas datas, que a maioria da sua amostra revela ter atitudes liberais e cerca de 2,4% dos sujeitos demonstram atitudes conservadoras.

Amostra e Metodologia

A amostra do nosso estudo foi constituída por 88 sujeitos: 45 profissionais e 43 pais.

Para a recolha de dados utilizámos dois questionários, um para os pais e outro para os profissionais que contemplava uma Escala de Atitudes - “Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory - SMRAI”.

Resultados

No estudo que realizámos, também sobre atitudes de pais e profissionais face à sexualidade da pessoa com DM, em que pretendemos descrever e reflectir sobre estas mesmas atitudes, concluímos que 54% da nossa amostra de profissionais revelaram atitudes conservadoras e 46% atitudes liberais. Relativamente aos pais, estes consideram, na sua maioria, que os filhos têm direito a viver a sua afectividade, mas muitos têm incertezas relativamente à vivência sexual dos mesmos: 74% dos pais discordam com atitudes repressivas relativas à masturbação, 41,9% discordam, também, com a possibilidade dos filhos estabelecerem relações afectivas com o sexo oposto.

Conclusões

Falar sobre sexualidade não é fácil, continua a não ser, uma vez que nem todas as pessoas a percebem e vivenciam da mesma forma. Falar do tema torna-se ainda mais difícil no contexto da DM.

Os estudos científicos na área da sexualidade da pessoa com DM são ainda um domínio pouco abordado, talvez por ser, ainda, uma temática envolta em contradições e conflitos quer para a família, para o próprio indivíduo com deficiência, quer também para os profissionais das instituições que os acolhem. A pessoa com DM continua a ser rotulada como alguém diferente, diferente dos padrões normais que a sociedade considera. É este tipo de atitude que condiciona o modo como estas pessoas lidam com a sua condição e limitações e, conseqüentemente, influenciam a sua auto-estima, a sua auto-confiança e todo o seu desenvolvimento psico-afectivo, bem como sexual. Um dos principais objectivos deste trabalho foi alertar e sensibilizar o leitor para o facto de que a sexualidade existe nas pessoas diferentes e que também elas têm a necessidade de a satisfazer.

Pese embora, existam poucas investigações nesta área, não podemos ser negligentes. Devemos pensar na pessoa com deficiência mental como um ser digno de viver, da melhor forma possível, todos os aspectos da sua vida, incluindo a vivência da sua própria sexualidade, apesar das suas limitações.

Referências Bibliográficas:

- Albuquerque, M. C. (1996). *A criança com deficiência mental ligeira*. SNR, n.º 17.
- Craft, A. (1987). *Mental handicap and sexuality: Issues and perspectives*. Kent: Costello.
- Félix, I. (1992). *A sexualidade nos deficientes mentais*. Pais, 18, 48-50.
- Félix, I. (1995). Evolução da sexualidade ao longo da infância e da adolescência. In I. Félix, & A. Marques (Eds.), Ivone Félix: *E nós...somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental* (1ª ed.), (p.29-52). Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.
- Félix, I. (1997). *Sexualidade e educação sexual na deficiência mental*. Fenacerci, 40-43.
- Félix, I. (2003). As atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. In *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 37, 18-23.
- Félix, I. (2003/2004). Sexualidade e a deficiência mental. In *Integrar*, 21/22, 33-36.
- Félix, I. & Marques, A. (1995). *E nós...somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental* (1ª ed.). Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.
- Frade, A., Marques, M., Alverca, C. & Vilar, D. (1992). *Educação Sexual na escola*. Lisboa: Texto Editora.
- Kempton, W. & Caparulo, F. (1983). Counselling parents and staff on the sexual needs of mentally handicapped people. In Craft, A. & Craft, M. (1983). *Sex education and counselling for mentally handicapped people*. Kent: Costello.
- Pan, A. (2003). *Afectividade e sexualidade na pessoa portadora de deficiência mental*. São Paulo: Edições Loyola.
- Pereira, P. (1997). Reflexão sobre sexualidade e deficiência. In *Sonhar*, 1, 93-97.
- Ramos, M. (2005). *Sexualidade na Diversidade*. SNR n.º 22, Lisboa.

“Para uma Transição Feliz e Segura”

Projecto de Apoio à Transição do 1.º para o 2.º Ciclo do Ensino Básico

Filipa Serrão & Tânia Nascimento - CAP Câmara de Lobos



A transição de ciclo é descrita pela literatura como um acontecimento de vida que pode ter implicações no funcionamento adaptativo das crianças, por se tratar de uma “transição ecológica” que envolve múltiplos ajustamentos (Rudolph, Lambert, Clark & Kurlakowski, 2001, cit. por Pereira, Reis, Canavarro, Canavarro & Mendonça, 2005). A transição de ciclo, especialmente quando associada à mudança de escola, constitui-se num factor de risco para o desenvolvimento de problemas na aprendizagem e no desenvolvimento psicológico global. É comum constatar-se em algumas crianças e pré-adolescentes a diminuição do rendimento escolar, baixa auto-estima, diminuição da motivação e desinteresse pela aprendizagem, problemas emocionais e comportamentais (Finger & Silverman, 1996, cit. por Gomes & Carvalho, 2007).

O transitar para um ambiente escolar e social muito diferente desencadeia um sentimento de “começar de novo”, que para algumas crianças pode ser sinónimo de insegurança e até de algum stress escolar. No decorrer deste processo de transição, a criança depara-se com várias mudanças ao nível académico e relacional (quer com os professores, quer com os pares). Efectivamente, a criança encontra um maior número de professores, passa a ter uma maior carga horária (mais aulas e disciplinas, mais trabalhos de casa, mais

provas de avaliação), um horário para seguir com vários intervalos e salas, rotinas e regras diferentes para cumprir (almoço na cantina, senhas para comprar, cartão electrónico para carregar) (Gomes & Carvalho, 2007). A relação com os pares também causa alguma inquietação para quem transita de ciclo e de escola, evidencia-se o receio de não ser aceite ou ser rejeitado pela aparência física, os incidentes relacionados com a pressão para o desvio e a violência na escola, bem como as situações de incumprimento de regras na sala de aula. Outro aspecto de apreensão prende-se com os problemas da própria relação com os professores, os alunos deparam-se com uma relação que lhes exige uma maior autonomia, controlo e disciplina (Wenz-Gross et al, cit. por Pereira et al, 2005).

Estas mudanças de alguma exigência física e psicológica requerem por parte dos alunos um grande poder de organização, autonomia e iniciativa, um nível de desenvolvimento pessoal e social, bem como competências básicas de aprendizagem adequadas à sua idade e nível escolar, para que consigam superar o impacto socioemocional do processo de transição. Porém, existem muitas crianças que não têm estes pré-requisitos ao nível das competências básicas para a socialização e para a aprendizagem escolar, o que as pode intimidar, dificultando o seu processo de transição e adaptação (Pereira & Mendonça cit. por Pereira et al, 2005). Deste modo, a transição escolar merece especial atenção por parte das escolas e dos agentes educativos envolvidos, pelas implicações no domínio escolar dos alunos, nomeadamente ao nível do desempenho e do auto-conceito académico (Pereira et al, 2005).

Tendo presente estas implicações e atendendo à realidade sociocultural e escolar de alguns alunos do Concelho de Câmara de Lobos, considerou-se pertinente implementar um projecto de carácter preventivo

que proporcionasse algum suporte social e emocional no processo de transição e reduzisse simultaneamente a prevalência de perturbações emocionais, comportamentais e de aprendizagem, que se verificam com maior frequência no 5.º ano de escolaridade. As escolas abrangidas por este projecto encontram-se inseridas num meio rural, isolado e culturalmente desfavorecido, onde as dificuldades de acesso à informação e experiências condicionam o desenvolvimento global do indivíduo. Além destas desvantagens socioculturais, estes alunos ao transitarem de ciclo deparam-se com uma nova realidade social e escolar.

Neste sentido, o Projecto de Transição de Ciclo, denominado “Para uma Transição Feliz e Segura”, teve como objectivo facilitar a transição dos alunos dos 4.º anos das Escolas de 1.º Ciclo com Pré-Escolar do Curral das Freiras, do concelho de Câmara de Lobos, (EB1/PE das Casas Próximas e EB1/PE da Seara Velha) para a Escola Básica de 2.º e 3.º Ciclo de Santo António, do concelho do Funchal. O projecto decorreu entre os meses de Maio e Junho do ano lectivo 2007/2008 e foi estruturado em 6 módulos, com sessões semanais nas quais foram trabalhadas áreas como o auto-conceito, a assertividade, a tomada de decisão, a própria mudança de ciclo e o futuro contexto escolar. Com o intuito de preparar os alunos para a mudança do 4.º para o 5.º ano de escolaridade e ajudá-los a obter uma percepção mais concreta e real da futura escola, foram dinamizadas várias actividades em ambas as escolas de 1.º Ciclo, mas também na de 2.º e 3.º Ciclo, em colaboração com o Conselho Executivo da mesma. Para atingir este objectivo, procedeu-se à apresentação de um conjunto de diapositivos, de carácter informativo, acerca da EB2/3 de Santo António, tanto aos alunos, como aos encarregados de educação. Organizou-se uma sessão de esclarecimento com o intuito de sensibilizar os alunos de 4.º ano para as especificidades da futura escola e do próprio processo de mudança de ciclo. Esta sessão decorreu no Centro Cívico do Curral das Freiras e contou com a presença de um grupo de alunos do 5.º ano, uns oriundos do Concelho do Funchal, outros da Freguesia do Curral das Freiras, permitindo a partilha de experiências e de informações pertinentes ao processo de transição. A este nível, realizou-se ainda, em parceria com o Conselho Executivo da EB2/3 de

Santo António, uma visita guiada e um pedipaper para que os alunos das escolas do Curral das Freiras conhecessem os espaços físicos e contactassem com a realidade da futura escola.

Ao longo da implementação deste projecto, constataram-se olhares tímidos, receosos e inseguros perante uma experiência que iriam “abraçar” num futuro muito próximo. Mas, nesses olhares também transparecia um claro e intenso brilho que denunciava o desejo de querer saber e conhecer as especificidades dessa experiência, permitindo assim uma Transição Feliz e Segura!

Paralelamente, iniciou-se um projecto de investigação, no âmbito do processo de transição de ciclo, com vista a avaliar os níveis de distress psicológico (ansiedade e depressão) dos alunos do 4.º ano que se preparavam para uma mudança, tentando perceber o impacto tanto da mudança, como do próprio projecto de intervenção na estabilidade e ajustamento emocional dos mesmos. A 1.ª fase da investigação decorreu no início do mês de Maio, com a aplicação individual de dois questionários de avaliação (*Children Depression Inventory* e *The State-Trait Anxiety Inventory for Children*) que medem os níveis de depressão e ansiedade. A 2.ª e 3.ª fases da investigação decorrerão no 1.º e 2.º períodos do ano lectivo 2008/2009, com a aplicação dos mesmos instrumentos. A recolha dos dados, em diferentes momentos, permitirá chegar a algumas conclusões em torno dos níveis de distress psicológico e da pertinência da continuidade da implementação deste tipo de projecto no processo de transição de ciclo e de contexto escolar.

Referências Bibliográficas:

- Pereira, A. (2003). *Projecto de Investigação: Envolvimento Parental na Escola e Ajustamento Emocional e Académico na Infância - um estudo longitudinal com crianças do ensino básico* (não publicado). Financiado pelo Programa de Apoio a Projectos de Pesquisa no Domínio Educativo da Fundação Calouste Gulbenkian e pela Escola Superior de Educação João de Deus.
- Pereira, A., Reis, P., Canavarro, J., Canavarro, C. & Mendonça, D. (2005). *Stress escolar e ajustamento emocional e académico na transição de escolas do 1.º para o 2.º Ciclo do Ensino Básico*. Comunicação apresentada em formato poster. VIII Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia, Setembro. Universidade do Minho.
- Gomes, F. & Carvalho, R. (2007). “Começar bem...do 4.º para o 5.º ano!": *Experiência de um projecto de apoio à transição do 1.º para o 2.º ciclo do ensino básico*. Proposta de Comunicação apresentada à Comissão Científica do IX Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação – Educação para o Sucesso: Políticas e Actores. 26, 27 e 28 de Abril. Universidade da Madeira.
- Coelho, V. (2007). *O papel do Psicólogo nas transições de ciclo. Programa de Transição de Ciclo “Transição Positiva”*. In IV Encontro Regional de Psicólogos. 20 de Abril. Escola da APEL.

Acessibilidade à Informação para Pessoas com Deficiência Visual

O Decreto-Lei n.º 33/2008, de 22 de Julho “estabelece medidas de promoção da acessibilidade à informação sobre determinados bens de venda ao público para pessoas com deficiências e incapacidades visuais”.

Assim, fica estabelecido o regime de promoção e de garantia de acesso à informação das características dos produtos disponibilizados nos estabelecimentos de comércio misto, isto é, nos locais onde se exercem, em simultâneo, actividades de comércio alimentar e não alimentar.

Os estabelecimentos deverão dispor de serviços de acompanhamento personalizado para as pessoas com deficiência e incapacidades visuais, no acesso aos produtos que se encontrem expostos, podendo este serviço ser complementado por um sistema de informação adequado a esta população.

No acto da compra, deverá ser assegurada nos estabelecimentos, inclusive aqueles que forneçam o serviço de vendas por via electrónica, a impressão em braille, numa etiqueta por produto, com a informação tida como necessária, relativamente à denominação e características principais e à data de validade.

Para as compras realizadas por via electrónica, o sítio que fornece o serviço de vendas deve incluir a opção que garanta que os produtos adquiridos sejam entregues com a referida etiqueta em braille.

A prestação dos serviços previstos na presente lei não pode implicar qualquer custo financeiro para os seus beneficiários, constituindo contra-ordenação punível a violação da mesma.

O Governo promoverá uma avaliação da execução e eficácia das medidas previstas na presente lei após dois anos da sua entrada em vigor.

Acesso de Pessoas com Deficiência ao Processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências

O Despacho n.º 29176/2007, publicado no dia 21 de Dezembro de 2007, regula o acesso de pessoas com deficiência ou incapacidade ao processo de reconhecimento, validação e certificação de competências (RVCC) adquiridas por via formal, não formal ou informal e as ofertas de educação e formação de adultos.

No quadro da promoção de oportunidades de educação, formação e trabalho ao longo da vida, o presente normativo contém os princípios orientadores do acesso das pessoas com deficiências ou incapacidade ao processo de RVCC, conducente a uma habilitação escolar.

O Sistema de RVCC permite que os adultos com idade igual ou superior a 18 anos e habilitações escolares inferiores aos 4.º, 6.º ou 9.º ano, possam solicitar o reconhecimento, a validação e a certificação dos conhecimentos escolares, profissionais ou outros que adquiriram nos diferentes contextos da sua vida, ao nível pessoal, social e profissional.

Este processo é desenvolvido nos Centros Novas Oportunidades e a certificação abrange 4 áreas de competências: Linguagem e Comunicação, Matemática para a Vida, Tecnologias de Informação e Comunicação, Cidadania e Empregabilidade.

Em suma, para além do contributo para a emergência de uma sociedade mais justa e inclusiva, este documento jurídico-normativo desenvolve, no campo da qualificação da população adulta, os princípios consagrados nas bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação e participação da pessoa com deficiência.

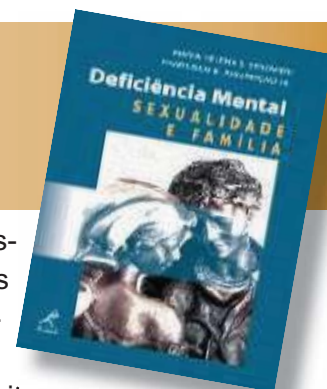
Deficiência Mental - Sexualidade e Família

Autor: Maria Helena S. Sprovieri & Francisco B. Assumpção Jr.

Editora: Manole

Ano: 2005

O desenvolvimento sexual das pessoas com deficiência mental é por vezes estigmatizado, devido às dificuldades que esta população apresenta nos mecanismos de repressão e autocrítica. Como resultado do seu défice cognitivo, as suas relações interpessoais exteriorizam-se de formas diferentes, de modo que qualquer manifestação da sua sexualidade é vista, e como tal catalogada e tratada, no âmbito dos distúrbios de conduta. No entanto, dada a sua relevância como um dos aspectos constituintes do indivíduo, a sexualidade não pode ser negligenciada, razão pela qual esta obra se debruça sobre o assunto, com clareza e sem pré-julgamentos, para auxiliar pais, familiares e profissionais.



Jogos Educativos

Autor: Sónia de Oliveira Lamas

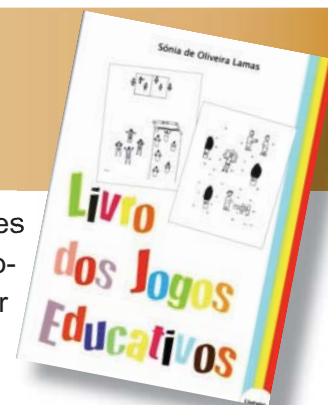
Edição: LivPsic / Legis Editora

Ano: 2008

Os jogos educativos constituem um auxiliar precioso dos educadores, professores e animadores para desenvolver competências, integrando-os dessa forma no processo educativo, sendo um instrumento que poderá ser usado desde o pré-escolar até à idade adulta.

A maior parte dos jogos apresentados visam recuperar a tradição, principalmente daqueles que eram praticados em contexto escolar, na rua, no parque e em família.

Por fazerem parte do nosso património cultural e material, que não podemos perder, este livro contribui para a protecção e transmissão de muitos desses valores aos nossos vindouros. O presente livro visa a recuperação destes jogos e sua divulgação nas mais variadas instituições e escolas, de modo a que estes façam parte essencial do nosso património comum.



Avaliação Psicológica - Instrumentos Validados para a População Portuguesa. Volume III

Autor: Leandro Almeida; Miguel Gonçalves & Mário Simões

Colecção: Avaliação Psicológica

Editora: Quarteto Editora

Ano: 2008

A avaliação psicológica é uma tarefa fundamental em diferentes áreas profissionais da Psicologia que depende muito, ainda que não exclusivamente, da qualidade dos instrumentos de medida disponíveis e com estudos consistentes.

As investigações apresentadas neste volume centram-se em instrumentos específicos e perspectivam o estado de desenvolvimento da avaliação psicológica em Portugal. A escolha e o recurso a instrumentos de avaliação são elementos indissociáveis do saber actualizado, dos seus objetivos, contextos de utilização, grupos ou populações a que se destinam. Assim, esta obra pretende assegurar a divulgação de instrumentos de referência convenientemente adaptados e aferidos para a nossa população.



Tobias, o Palhaço

O software Tobias, o Palhaço destina-se a crianças dos 4 aos 8 anos, permitindo uma aprendizagem através de actividades lúdicas, com base em cinco jogos, tornando-se assim, numa forma divertida e estimulante de entrar no mundo da informática. As actividades propostas são interactivas e têm vários níveis de dificuldade, animações e mensagens faladas. Todas as actividades propostas, Caras Divertidas, Carteiro, Gelados, Blocos de Construção e Jardim de Morangos, apresentam uma explicação oral e uma exemplificação de cada nível. As suas actividades pressupõem um crescimento gradual, do concreto para o mais abstracto e estimulam a aprendizagem das cores, das formas e padrões.



Comercialização: Cnotinfor - Urbanização Panorama, lote 2, loja 2 - Monte Formoso - 3000-446 Coimbra - Tel: 239 499 230 - Fax: 239 499 239 - E-mail: info@cnotinfor.pt - Página Web: <http://www.cnotinfor.pt>

Compact+



A Compact+ é uma telulupa de bolso que funciona com grande ampliação (até 10 vezes) e com um amplo campo de visão, destinada a pessoas com baixa visão ou dificuldades em ler. Este acessório possui um ecrã TFT de 10 cm, de alto contraste, que permite ver melhor em qualquer situação, bem como uma pega destacável, que facilita o manuseamento e imita o modo de utilização das lupas ópticas. Possui igualmente 5 modos de imagem: cores naturais / preto&branco / branco&preto / azul&amarelo / preto&amarelo, de forma a permitir uma melhor leitura de ecrãs iluminados.

Comercialização: Electrosertec, Lda - Rua Combatentes da Grande Guerra, 51-B Moscavide - Tel. 219435183 - Fax. 219435184 - E-mail: info@electrosertec.pt - Página Web: <http://www.electrosertec.pt>

1, 2, 3

O 1, 2, 3 é um software educativo e apelativo apropriado para o ensino dos números e da matemática no ensino pré-escolar. Este oferece 10 actividades para praticar e reforçar as noções e conceitos da utilização dos números até 20. O utilizador pode praticar as operações de adição e subtração com a ajuda de um feedback positivo, com animações e música. As definições do programa podem ser alteradas para cada aluno, consoante as suas necessidades e pode ser acedido através de rato, teclado, 1 ou 2 manípulos.



Comercialização: Anditec, Tecnologias de Reabilitação, Lda. - Alameda Roentgen, 9 C - 1600-757 Lisboa - Tel: 21 711 01 70 Fax: 21 711 01 79 - E-mail: anditec@mail.telepac.pt - Página Web <http://www.anditec.pt>

WordRead



O WordRead é um programa que utiliza a síntese de voz para transformar um texto em fala e que permite a leitura dos mesmos em tempo real, através de um sintetizador em Português europeu (voz RealSpeak Madalena), bem como guardá-los em formato de som (WAV). Permite ler qualquer documento da Microsoft Word e textos provenientes de outros processadores de texto, como programas de correio electrónico, certos ficheiros PDF e programas de navegação na Internet. Pode ser utilizado como ferramenta de apoio à aprendizagem da leitura e escrita, ou como tecnologia de apoio à comunicação para indivíduos com dificuldade em comunicar através da voz, permitindo às pessoas com deficiência visual a acessibilidade à informação .

Comercialização: Anditec, Tecnologias de Reabilitação, Lda. - Alameda Roentgen, 9 C - 1600-757 Lisboa - Tel: 21 711 01 70 Fax: 21 711 01 79 - E-mail: anditec@mail.telepac.pt - Página Web <http://www.anditec.pt>

Formação

Nos passados dias 23 e 24 de Outubro realizaram-se, no Auditório do Arquivo Regional da Madeira, as 1^{as} Jornadas da Terapia da Fala, sob o tema *Vinte e Cinco Anos, Um Percurso, Novos Rumos...*, numa organização conjunta entre a Terapia da Fala do Serviço de Saúde da RAM e da Direcção Regional Educação Especial e Reabilitação. Esta acção teve como objectivos abordar áreas científicas multidisciplinares; partilhar experiências e reflectir sobre conhecimentos actuais, gerados quer pelas experiências vividas, quer pela investigação, no intuito de contribuir para o conhecimento, dinamismo e evolução desta área. Com esta finalidade, os conteúdos programáticos incidiram sobre as diferentes áreas de intervenção da Terapêutica da Fala no âmbito da linguagem, fala, voz, motricidade orofacial, deglutição e comunicação, bem como sobre os aspectos relacionados com a profissão no seu contexto regional e nacional. As jornadas foram dirigidas a profissionais de saúde, de educação e a famílias.



Entre 27 e 29 de Outubro, decorreu, na sala de formação dos Ilhéus, a formação *Diagnóstico e Avaliação Psicomotora**, sob a orientação do Dr. Jean-Michel Albarret. A acção de

formação teve a duração de 18 horas e contou com a presença de 17 técnicos superiores de educação especial e reabilitação.

Teve lugar nos dias 6 e 7 de Novembro, a formação *Problemas de Comportamento**, no auditório da Escola Básica dos 2.º e 3.º Ciclos Dr. Horácio Bento de Gouveia, com a duração de 9 horas. A mesma foi dinamizada pela Prof. Doutora Celeste Simões e perfez um total de 153 formandos, entre eles: docentes, técnicos superiores e técnicos de diagnóstico e terapêutica.



Decorreu, nos dias 3, 7, 8, 11, 12 e 13 de Novembro, a acção de formação *Primeiros Socorros**. Esta formação, com a duração de 24 horas, foi dinamizada pela Enfermeira Débora Calafatinho e teve como destinatários pessoal auxiliar, pessoal técnico profissional de educação especial e pessoal técnico de informática, num total de 20 participantes



A formação sobre *Tecnologias de Apoio e Reabilitação** decorreu de 19 a 21 de Novembro, dinamizada pela Engenheira Julianna Arva. A acção

teve a duração de 18 horas e foi destinada a docentes, técnicos superiores e técnicos de diagnóstico e terapêutica.



Decorreu, de 17 a 19 de Novembro, na sala de formação dos Ilhéus, a formação *Ocupação de Tempos Livres**, dinamizada pela Dra. Ana Mendes. A acção, com a duração de 12 horas, contou com a participação de 20 técnicos profissionais de educação especial.

* Formação co-financiada pelo FSE ao abrigo do Programa RUMOS



Os Melhores RUMOS para os Cidadãos da Região

XX Aniversário do Centro de Formação Profissional de Deficientes



Elma Barreiro - Serviço Técnico de Integração e Formação Profissional e Emprego Protegido de Deficientes

O Serviço Técnico de Integração e Formação Profissional e Emprego Protegido de Deficientes (STIFPEPD) celebrou o seu XX aniversário no passado dia 26 de Setembro. Para assinalar essa data, organizou-se uma semana de actividades dentro e fora da Instituição, envolvendo formandos, colaboradores e familiares.

Realizaram-se diversas actividades, nomeadamente: sessões de ténis de mesa, uma feira de bolos caseiros, uma tarde culinária, um workshop sobre “Saúde e Desporto” e uma demonstração de busca e salvamento pela equipa cinotécnica da GNR. O programa contemplou ainda um passeio de teleférico, uma visita aos Jardins do Imperador (Monte), um pedipaper e uma sessão de jogos tradicionais na Promenade do Lido, onde participaram, para além dos formandos, os utentes do Centro de Actividades Ocupacionais do Funchal e os idosos do Centro Cultural e Desportivo de São José. Durante essa semana, esteve aberta ao público uma exposição retrospectiva das actividades desenvolvidas pelo STIFPEPD.

No dia do aniversário, teve lugar uma cerimónia oficial no Ginásio da Quinta do Leme, com a presença do Secretário Regional de Educação e Cultura, da Directora Regional de Educação Especial e Reabilitação, bem como de outras entidades públicas e privadas. A celebração culminou com a entrega dos certificados de formação profissional a 50 formandos, que concluíram os seus cursos em Dezembro de 2007, e do Prémio de Mérito à entidade que se destacou na integração profissional de pessoas com deficiência.

Ao longo dos últimos 20 anos, este serviço tem acompanhado a construção do projecto de vida de cada formando, adequando programas, estratégias e metodologias para que se tornem cidadãos activos e de plenos direitos. E como se pretende continuar a fazer mais e melhor, com a noção de que o trabalho não depende só da equipa técnica para concretizar os objectivos, agradecemos e esperamos contar sempre com o envolvimento e colaboração de vários parceiros, famílias e principalmente dos formandos.



Jogos Todos a Mexer

A Equipa do Serviço Técnico Sócio-Educativo de Apoio à Deficiência Profunda

Decorreu no passado dia 9 de Outubro, no Campo Desportivo de S. Roque, mais uma edição dos “Jogos Todos a Mexer”, organizada pelo Serviço Técnico Sócio-Educativo de Apoio à Deficiência Profunda.

Estes jogos constituíram um momento de convívio e animação, tendo como elemento central, associado a este evento, o movimento.

É de destacar, nesta IV edição, o enorme entusiasmo e alegria de todos os presentes na actividade de espuma, gentilmente cedida pe-

los Bombeiros Municipais do Funchal. Entre os 75 convidados estiveram: CAO Funchal, CAO P3, CAO Tabua, Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família, Casa de Saúde S. João de Deus, EB1/PE do Lombo Segundo e algumas famílias. Esta actividade culminou com um lanche convívio.



CAO Câmara de Lobos galardoado com a Bandeira Verde

David Atouguia & Micaela Baltazar - CAO de
Câmara de Lobos

O Centro de Actividades Ocupacionais de Câmara de Lobos (CAO CL) obteve o título de Eco-Escola em reconhecimento do trabalho desenvolvido, no ano lectivo 2007/2008, em benefício do ambiente.

A atribuição deste galardão teve lugar no dia 10 de Outubro, na Praça da Autonomia em Câmara de Lobos, numa cerimónia que iniciou com o hastear da bandeira verde, atribuída às 21 instituições educativas premiadas deste Concelho.

O programa Eco-Escolas é um projecto de âmbito internacional, que visa encorajar o trabalho de qualidade desenvolvido pelas escolas na área da Educação Ambiental.

O CAO CL, a convite da Autarquia local, participou pela primeira vez neste projecto, para o qual foi necessária a realização de um diagnóstico face às lacunas de funcionamento do Centro, tendo em conta o

impacto ambiental. De acordo com as tarefas que nos propusemos realizar, num plano de acção estruturado e dinâmico, verificámos que formulámos estratégias, atingimos metas, mudámos atitudes e sensibilizámos os utentes e a equipa do CAO CL para a problemática da Educação Ambiental. Este conhecimento de índole ecológica, foi fortalecido através de acções de sensibilização, exposições, visitas de estudo, concursos e trabalho de campo.

Dada a aceitação por parte dos utentes, da equipa, dos encarregados de educação e de toda a comunidade envolvente, este programa contará com uma nova edição no ano lectivo 2008/2009, à qual já nos candidatámos.

O Planeta é de todos nós. O mesmo se quer vivo e acessível a todos. É preservando o presente que se garante o futuro!

Escola de Referência para a Educação Bilingue

Desde o início do presente ano lectivo, a Escola Básica do 1.º Ciclo com Pré-Escolar Professor Eleutério de Aguiar constitui uma escola de referência para a educação bilingue de alunos surdos. Trata-se de um projecto inovador, no qual os alunos surdos têm oportunidade de aprender a Língua Gestual Portuguesa (LGP), como primeira língua, e de participar com as crianças ouvintes em actividades desenvolvidas na comunidade escolar.

A criação de escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos possibilita a aquisição e desenvolvimento da LGP, bem como o domínio do português escrito e, eventualmente, falado, como segunda língua. Esta medida permite, ainda, a concentração de meios humanos e materiais que oferecem uma resposta educativa de qualidade, assim como a aplicação de metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares, adequadas a estes alunos.





No passado dia 20 de Outubro, o antigo Colégio Esperança, agora denominado Centro de Actividades Ocupacionais Esperança, reabriu com uma imagem “renovada” e com nova direcção, estando agora sob a coordenação da Dra. Dina Aveiro.

A cerimónia de abertura contou com a presença da Directora Regional de Educação Especial e Reabilitação, do Director de Serviços de Reabilitação Psicossocial e Profissional de Deficientes, da Directora do Serviço Técnico de Actividades Ocupacionais, da equipa do CAO, dos jovens e seus familiares.

Este Centro, com capacidade para apoiar cerca de

Abertura do CAO Esperança e do CAP e CAO das Terças

Dina Aveiro - Coordenadora do CAO Esperança

30 utentes, atende 26 jovens com necessidades especiais (NE), com idades superiores a 16 anos, na sua maioria, residentes no Concelho do Funchal.

Ainda no decorrer do mês de Outubro, mais especificamente no dia 28, decorreu a inauguração do novo Centro de Apoio Psicopedagógico e do Centro de Actividades Ocupacionais das Terças, na Ponta do Sol, evento que contou também com a presença do Presidente do Governo Regional e do Secretário Regional da Educação e Cultura.

Os referidos Centros, coordenados pela Dra. Ondina Marques, vêm oferecer à população do Concelho da Ponta do Sol, estruturas de apoio às famílias, às escolas e aos restantes serviços da comunidade, no despiste, observação, avaliação, acompanhamento e respectivo encaminhamento da população com NE.

3.º Aniversário dos CAO's P3 e Machico

No dia 3 de Outubro, os Centros de Actividades Ocupacionais P3 e Machico comemoraram o seu 3.º aniversário. O CAO P3 realizou uma pequena e simbólica comemoração, que contou com a presença dos utentes, familiares e equipa, iniciada com uma apresentação dinamizada pela psicóloga Chantal Belo. Os pais e familiares tiveram a oportunidade de conhecer os projectos desenvolvidos, as actividades propostas para o presente ano lectivo e a actual equipa técnica. Posteriormente, assistiram a um pequeno vídeo dos jovens nas mais diversas actividades e participaram numa gincana. Após os jogos, realizou-se um lanche que reuniu todos os presentes. Durante este evento cantaram-se os parabéns ao CAO P3, com os votos de um bom ano de trabalho.

O aniversário do CAO Machico foi preenchido por actividades que procuraram, acima de tudo, interagir com a população do concelho e sensibilizá-la para as problemáticas associadas à deficiência, contribuindo para uma sociedade melhor e respeitadora da participação de todos os seus cidadãos. Ainda no âmbito deste aniversário, nos dias 1 e 2 de Outubro, foi realizada uma mostra dos trabalhos dos utentes, como forma de celebrar mais um ano no caminho de inclusão.



Os Motores da Inclusão



Fabiana Abreu - Divisão de Investigação em Educação Especial, Reabilitação e Sobredotação

A Direcção Regional de Educação Especial e Reabilitação, a Secção de Desportos Motorizados do Clube Desportivo Nacional e alguns pilotos deram as mãos pela inclusão, numa iniciativa conjunta que se realizou no passado dia 25 de Outubro.

Numa manhã de emoções, nos arruamentos adjacentes ao Estádio da Madeira (Choupana), os utentes do Serviço Técnico de Actividades Ocupacionais (STAO), nomeadamente do Centro de Actividades Ocupacionais (CAO) de Câmara de Lobos puderam experimentar a adrenalina de andar numa viatura de competição.

Segundo Ana Mendes (Directora Técnica do STAO), “a ideia partiu da técnica Otilia Melim, do CAO de Câmara de Lobos, que é fã deste desporto”, sendo uma “excelente oportunidade para os nossos jovens saírem do centro e participarem em novas actividades, de cariz mais radical”.

O desafio da inclusão esteve subjacente a toda a acção, conforme sublinhou Micaela Baltazar (Coordenadora do CAO): “a população com necessidades especiais não tem tantas oportunidades de assistir aos ralis e de participar em iniciativas desta natureza. Este foi um momento privilegiado para, mais uma vez, estes jovens mostrarem que são capazes e que vivem a adrenalina do automobilismo como todos os outros”.

Muitos foram os pilotos que aderiram à iniciativa, fazendo as delícias dos jovens e do público com as suas “aceleradelas” e peões, a saber: Joana Fernandes (Citroën Saxo); Aurélio Rodrigues e André Silva (Toyota Yaris), Roberto Cró (Ford Sierra); Vasco Nóbrega (Toyota Carina); Miguel Andrade (Mini Cooper); Vítor Freitas (Renault 5 Turbo) e Rui Nunes (Ford Escort). Os veículos de todo-o-terreno do Joel Reboques também marcaram presença, ajudando a animar esta

festa.

Testemunhos muito emotivos dos utentes do CAO confirmam as sensações vividas:

- “Quero andar mais uma vez! No vermelhinho, porque é aquele que faz mais barulho!!!” (Cristiano Santos, invisual)

- “Foi uma das melhores sensações... Nunca mais vou esquecer, vai ficar para o resto da vida!” (Cristina Barros, invisual)

- “Gostei muito, mas foi pouco!!!” (Cátia Oliveira)

É de salientar a grande afluência de pais / encarregados de educação, famílias, amigos, técnicos e, igualmente, de muitas caras já conhecidas do meio automobilístico regional que, de forma informal, vieram apoiar a iniciativa, beneficiando também de uma “voltinha” nas viaturas de competição.

O STAO / CAO de Câmara de Lobos endereça os seus mais sinceros agradecimentos ao Clube Desportivo Nacional (em especial ao Sr. José Canha, que disponibilizou todos os meios ao seu alcance), aos pilotos e ao Joel Reboques (que amavelmente trouxeram as suas viaturas à Choupana e foram incansáveis e exímios animadores), à Fabrica do Mel-de-Cana do Ribeiro Sêco (que solidariamente ofereceu o lanche e reforçou o espírito de convívio) e, ainda, à Autarquia de Câmara de Lobos e à própria equipa técnica (que proporcionaram o transporte dos utentes).

Dado o sucesso da iniciativa, a organização pondera conjugar esforços no sentido de repetir este tipo de actividades, dando a oportunidade a outros jovens com necessidades especiais de experimentar as emoções dos ralis.

Porque o automobilismo é também sinónimo de convívio, amizade, solidariedade e... Inclusão!



"DESAFIA-ME E EU IREI MAIS LONGE!"

SEMANA REGIONAL

DA **PESSOA** COM
NECESSIDADES

02 a 09
Dezembro

ESPECIAIS

REVISTA *DIVERSIDADES* COM O APOIO DE:

