

Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em
Domínio Cognitivo-Motor

**A importância da Musicoterapia na Paralisia
Cerebral: perceção da equipa multiprofissional**

Nome do(a) aluno(a):

Emanuela Aurora Nunes Ribeiro

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de
Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da
Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio
Cognitivo e Motor sob a orientação do(a)

Professor(a) Dr. Horácio Saraiva

Lisboa, março de 2013

A música é um meio valioso que permite à criança com paralisia cerebral exteriorizar-se de modo criativo, ainda que sua deficiência possa ser tal que a impeça de tomar parte ativa na produção musical. (Pomeroy, 1964)

Abreviaturas

Cf- conforme

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde

NEE – Necessidades Educativas Especiais

NEEcp – Necessidades Educativas Especiais de caráter permanente

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEI – Programa Educativo Individual

PIT – Plano Individual de Transição

Índice

Abreviaturas	IV
Resumo.....	9
Abstract	11
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	15
1.1 – <i>Perspetiva Histórica da Paralisia Cerebral</i>	15
1.2 <i>Definição de Paralisia Cerebral</i>	17
1.3 <i>Etiologia</i>	18
1.4.1. <i>Possíveis Deficiências Associadas nas Crianças com Paralisia Cerebral</i>	23
1.4.1.1 <i>Perturbações da Linguagem</i>	23
1.4.1.2 <i>Problemas Auditivos</i>	24
1.4.1.3 <i>Problemas Visuais</i>	24
1.4.1.4 <i>Problemas de Desenvolvimento Intelectual</i>	25
1.4.1.5 <i>Problemas de Personalidade</i>	25
1.4.1.6 <i>Problemas de Atenção</i>	26
1.4.1.7 <i>Problemas de Percepção</i>	26
2. Inclusão dos alunos com NEE no ensino regular- relações sociais.....	37
2.1 Resposta educativa em Portugal	40
Capítulo 2 – A Musicoterapia.....	46
1.1 - <i>Perspetiva histórica</i>	46
1.2. - <i>Definição de Musicoterapia</i>	47
1.3 - <i>A Expressão Musical e a Paralisia Cerebral</i>	48
1.4. <i>Processo Terapêutico da Musicoterapia na Paralisia Cerebral</i>	50
Capítulo 3 – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	52
1. <i>Metodologia de Investigação</i>	52
1.1 <i>Pertinência do tema</i>	52
1.2 <i>Objetivos</i>	52
1.3 <i>Questão de investigação</i>	53
1.4 <i>Hipóteses</i>	53
1.5 <i>Amostra</i>	54
1.6 <i>Instrumento de recolha de dados</i>	55
1.7 <i>Procedimentos</i>	55

Capítulo 4- Apresentação e Discussão de Resultados	56
<i>Limitações de Estudo</i>	886
<i>Linhas Futuras de Investigação</i>	886
<i>Reflexões Finais</i>	886
<i>Referências Bibliográficas</i>	88
Anexos	93

Índice de Gráficos

Gráfico 1	47
Gráfico 2.....	47
Gráfico 3.....	48
Gráfico 4	48
Gráfico 5	49
Gráfico 6	49
Gráfico 7	50
Gráfico 8	50
Gráfico 9	51
Gráfico 10.....	51
Gráfico 11.....	52
Gráfico 12.....	52
Gráfico 13.....	53
Gráfico 14.....	53
Gráfico 15.....	54
Gráfico 16.....	54
Gráfico 17.....	55
Gráfico 18.....	55
Gráfico 19.....	56
Gráfico 20.....	57
Gráfico 21.....	58
Gráfico 22.....	58
Gráfico 23.....	59
Gráfico 24.....	60
Gráfico 25.....	60

Gráfico 26.....	61
Gráfico 27.....	63
Gráfico 28.....	63
Gráfico 29.....	64
Gráfico 30.....	65
Gráfico 31.....	65
Gráfico 32.....	67
Gráfico 33.....	68
Gráfico 34.....	69
Gráfico 35.....	70
Gráfico 36.....	71
Gráfico 37.....	71
Gráfico 38.....	72
Gráfico 39.....	72

Índice de Imagens

Figura 1	22
----------------	----

Índice de Quadros

Quadro 01.....	59
Quadro 02.....	62
Quadro 03.....	66
Quadro 04.....	67
Quadro 05.....	69
Quadro 06.....	70

Resumo

Esta dissertação foca quais os benefícios que uma criança com Paralisia Cerebral pode alcançar ao frequentar a Musicoterapia. Neste sentido, a temática-alvo em análise é a paralisia cerebral, debruçando-se no contributo da área da Música no desenvolvimento cognitivo de uma criança com Paralisia Cerebral segundo vários autores e segundo uma equipa multiprofissional.

O indivíduo com paralisia cerebral pode ter os seus movimentos afetados bem como a postura que pode ser causada por uma lesão fixa não progressiva que ocorre antes, durante ou depois do nascimento. O dano cerebral numa paralisia não é reversível, produzindo incapacidade física para o resto da vida.

A classificação clínica refere a existência de vários tipos de Paralisia Cerebral, tais como: espástica onde o movimento é difícil, atetósica em que o movimento é descontrolado e involuntário e atáxica onde o equilíbrio e a sensibilidade profunda são anormais.

Os sintomas variam consoante a área de extensão da lesão, podendo incluir: tiques; perturbação da marcha; espasmos; convulsões e fraco tónus muscular. Para além da motricidade, a Paralisia Cerebral também pode afectar a visão, a audição, a inteligência e a fala.

A necessidade de um diagnóstico precoce presenteia-se com o facto de dar início à terapia o mais cedo possível. Em caso de suspeita, deve-se consultar um neurologista pediátrico a fim de determinar a extensão e localização da lesão cerebral, de forma a colocar de parte outras doenças.

O tratamento deve circundar uma equipa de profissionais ao nível da saúde: Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Neurologistas, entre outros.

A Paralisia Cerebral não tem cura e o objetivo do tratamento médico é ajudar a criança a conseguir uma maior independência possível. Para além disso, este trabalho refere que através da Musicoterapia o indivíduo com paralisia cerebral pode obter uma melhor qualidade de vida. A musicoterapia é uma ciência paramédica que usa a música e todos os seus elementos constituintes com objetivos terapêuticos. O seu objetivo é possibilitar aos pacientes a abertura de canais de comunicação e/ou reabilitação de necessidades emocionais, mentais, sociais, físicas e cognitivas.

A musicoterapia trabalha o conjunto de sons de forma a produzir efeitos biológicos e eliminar patologias ou dificuldades. O uso da música e dos seus elementos (melodia, som, ritmo e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado,

consegue promover mudanças positivas físicas, mentais, sociais e cognitivas numa pessoa, ou num grupo de pessoas, com problemas de saúde ou de comportamento.

O musicoterapeuta avalia o estado cognitivo, emocional, físico, comportamental, comunicativo através de respostas dadas pela música. As sessões individuais/grupo, dependem das necessidades de cada indivíduo, abrangendo a improvisação musical, a criatividade, a audição, a composição, a discussão, a imaginação e o desempenho através da música. O indivíduo não precisa ter nenhuma habilidade musical para que o seu tratamento seja beneficiado, uma vez que não existe um estilo particular de música que é mais ou menos eficaz que outro. Trata-se da relação e combinação duma terapia (musicoterapia) com a paralisia cerebral com o intuito de melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

Abstract

A Paralisia Cerebral é uma perturbação do controlo da postura e movimento, consequente de uma lesão cerebral que atinge o cérebro num período de desenvolvimento. Algumas crianças têm perturbações ligeiras, quase imperceptíveis mas outras são gravemente afectadas sendo dependentes nas atividades da sua vida diária.

O uso da música como processo terapêutico não significa uma recuperação total, mas sim uma melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens com paralisia cerebral. A Musicoterapia tem demonstrado cada vez mais organização, quer na sua teoria, quer na prática, auxiliando o indivíduo com paralisia cerebral, contribuindo assim para uma melhor actuação e aproximação com o indivíduo. A intervenção na Paralisia Cerebral deve consistir numa equipa multidisciplinar e multiprofissional, onde o enfoque central de cada um é melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

O estudo estatístico reforça a ideia da importância que esta terapia pode representar na vida destes indivíduos com paralisia cerebral.

Palavras – chaves: Paralisia Cerebral, Musicoterapia, Equipa Multidisciplinar.

Abstract

Cerebral Palsy is a disorder of posture and movement control, resulting from a brain injury that affects the brain in a period of development. Some children have disturbances, almost imperceptible but others are seriously affected being dependent in activities of daily life.

The use of music as a therapy doesn't mean a full recovery, but a better quality of life of children and young people with cerebral palsy. Music Therapy has proven increasingly organization, both in its theory and in practice, assisting with cerebral palsy, thus contributing to a better performance and approach to the patient. The intervention in cerebral palsy should include a multidisciplinary team and multiprofessional, where the central focus of each is to improve the quality of life of these patients.

The statistical study reinforces the idea of the importance that this therapy may represent the life of these patients with cerebral palsy.

Key - words: Cerebral Palsy, MusicTherapy, Multidisciplinary Team.

Introdução

Esta dissertação de mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor assentam na temática da importância da Musicoterapia para os indivíduos com Paralisia Cerebral.

É de nosso conhecimento que o Ensino Especial tem vindo gradualmente a conquistar a sociedade, verificando-se cada vez mais interesse por parte dos intervenientes na educação das crianças com NEE, nomeadamente professores, pais/encarregados de educação e a comunidade envolvente. Se antes os indivíduos com NEE eram encarados como algo de sobrenatural que deveria ser escondido, posto à margem da sociedade (Jiménez, 1997), hoje a preocupação insere-se na inclusão dos jovens em estabelecimentos de ensino regular, com currículos adaptados (Correia, 1999). São pessoas que se tiverem as oportunidades necessárias e no momento certo, serão úteis à sociedade para a qual todos trabalhamos. Neste sentido, há cada vez mais a necessidade e a importância de tornar o indivíduo com NEE, num ser independente e autónomo com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e bem-estar físico, psíquico e social.

A necessidade e curiosidade de conhecer as vantagens que a musicoterapia pode proporcionar para os portadores de Paralisia Cerebral na perspectiva de uma equipa multiprofissional foram fulcrais para a escolha do tema.

À procura de eventuais respostas, esta dissertação visa compreender se a Musicoterapia beneficiará positivamente ou negativamente o desenvolvimento de um indivíduo com Paralisia Cerebral. Muitos autores consideram que os sons acompanham o indivíduo desde o período pré-natal até à última etapa do desenvolvimento humano. Assim sendo e considerando que a música é um conjunto de sons, verifica-se que está presente em todo o meio envolvente onde o indivíduo se insere e segundo Riccardi (2005), os efeitos das aprendizagens musicais nas crianças com NEE são excecionais, ajudando-as no seu desenvolvimento global.

O objetivo geral desta dissertação é verificar se a musicoterapia conjuntamente com a intervenção de uma equipa diferenciada podem influenciar o comportamento dos indivíduos com paralisia cerebral. Os objetivos específicos consistem em identificar se a existência da musicoterapia será um processo facilitador para os cuidados com o indivíduo com paralisia cerebral, se os comportamentos destas pessoas são influenciáveis e modificados e reconhecer também a importância e significado da musicoterapia nesta realidade.

No primeiro capítulo, é abordado a temática da Paralisia Cerebral, ou seja, a contextualização desta deficiência, através de uma breve perspectiva histórica, diferentes classificações, a etiologia e a prevalência. Será ainda apresentado o quadro clínico da Paralisia Cerebral, as possíveis deficiências associadas e algumas formas de intervenção, abordando de uma forma superficial a intervenção terapêutica, fazendo referência do trabalho de equipas multidisciplinares e multiprofissionais. Também se apresenta quais as respostas educativas que Portugal tem para os seus alunos NEE e opiniões de que a rejeição na sala de aula por parte dos colegas é um obstáculo para uma inclusão bem-sucedida de alunos com NEE

No segundo capítulo, dedicamos importância à perspectiva histórica da musicoterapia, a sua definição, bem como da sua importância e do processo terapêutico na vida dos portadores de paralisia cerebral.

O terceiro capítulo constitui-se na explicitação da pertinência do tema escolhido, dos objetivos traçados, das hipóteses criadas, da forma de tratamento dos dados e dos resultados da amostra e respetiva discussão.

Sabemos que é impossível dar resposta a todos os casos, porque como diz a velha máxima “cada caso é um caso”, mas tentamos que a nossa investigação incidisse no sentido de amargar ferramentas capazes de dar respostas a este problema.

No final deste trabalho, são apresentadas as considerações finais articulando-se os conhecimentos teóricos da Paralisia Cerebral com os benefícios da Musicoterapia no desenvolvimento global do indivíduo.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

1.1 – Perspetiva Histórica da Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral (PC) foi identificada, pela primeira, vez em 1843, pelo médico ortopedista Inglês William John Little. Em 1862, Little publicou o primeiro artigo referente a um estudo sobre Paralisia Cerebral, onde esta designação surgiu só em 1893 por Sigmund Freud, até esta data era denominada como encefalopatia infantil e esclerose cerebral infantil.

A expressão Paralisia Cerebral foi usada durante muitas décadas, na actualidade considerado, por vários autores, desadequado devido ao facto de os quadros clínicos analisados não apresentarem uma total ausência da função motora e psicológica, contrariamente ao que define a expressão “*Paralisia Cerebral*”; por outro lado, esta designação não é aceite totalmente pela maioria das pessoas com esta doença e seus familiares (Ferreira et al, 1999).

Hagberg e seus colaboradores (cit. por Ferreira et al, 1999), num encontro internacional em 1990, na Jugoslávia, defenderam a ideia que Paralisia Cerebral era um conceito vasto demonstrado pela grande evidência de Heterogeneidade, descoberta pelos estudos neurofisiológicos nesta área. Para tornar o termo mais concreto estes autores defendiam que as doenças progressivas não deviam ser incluídas apesar dessa afirmação, os autores consentem que a incapacidade neuromotora sofre alterações no decurso da vida.

Durante a 2ª metade do século XIX, muitos médicos estiveram interessados em crianças com Paralisias associadas a patologias intracranianas. Houve muita especulação acerca da etiologia do problema e das manifestações muito variadas a nível físico. O termo Paralisia Cerebral recebeu aceitação profissional quando em 1947, um grupo de médicos fundou a Academia Americana para Paralisia Cerebral. O reconhecimento público do termo Paralisia Cerebral cresce através das actividades da Associação Unida de Paralisia Cerebral.

Em termos semânticos e segundo Cahuzac, citado por França (2000), devemos considerar Paralisia Cerebral como “...*uma desordem permanente e não imutável da postura e do movimento, devido a um disfuncionamento do cérebro, antes do seu crescimento e do seu desenvolvimento estarem completos.*”

Cahuzac (1977) citado em Rodrigues (1987), afirma que a literatura francesa prefere o termo “Infirmité Motrice d’ Origine Cérébrale”, pois enfatiza que o problema é predominantemente motor. No entanto, para Rodrigues (1987), a designação mais adequada seria a de “Disfunção Motora de Origem Intracraniana Precoce”, já que, segundo o autor, esta designação situa-se no âmbito mais alargado de disfunção a deficiência motora originada, ressalta o carácter e origem obrigatoriamente intracraniano da lesão e frisa a circunstância de ser adquirida entre a vida intra-uterina e os primeiros anos de vida.

1.2 *Definição de Paralisia Cerebral*

A paralisia cerebral não é uma doença, nem condição patológica ou etiológica, e o uso desse termo não sugere causa ou gravidade. Ao contrário, esse termo denota uma série heterogênea de síndromes clínicas caracterizadas por ações motoras e mecanismos posturais anormais (Miller, 2002).

Estas síndromes originam-se por anormalidades neuropatológicas não progressivas do cérebro em desenvolvimento. Embora o aparecimento de lesões neuropatológicas e suas expressões clínicas possam alterar-se à medida que o cérebro se torna maduro, não existe doença ativa. Um bebê de três meses de idade é logicamente diferente de uma criança de três anos de idade mas para o entendimento e a conduta de crianças com paralisia cerebral, o mais importante é que as interações exageradas ou ruins prejudicam ainda mais a evolução adequada do sistema nervoso dessas crianças (Miller, 2002). Embora as síndromes de paralisia cerebral sejam associadas a outras associações de disfunção cerebral estática, o diagnóstico é crucial porque envolve programas de tratamento e prognósticos específicos e desencadeia busca por várias outras deficiências (Levine, 1980, cit. por Miller, 2002).

1.3 Etiologia

A diversidade das manifestações clínicas na paralisia cerebral está subordinada quer na etiologia como também depende da topografia da lesão, da sua maior ou menor extensão e gravidade, bem como da fase etária, precoce ou tardia, em que se constatou o distúrbio na evolução do Sistema Nervoso Central. Estes diferentes fatores condicionarão o grande número de variantes clínicas, mais ou menos graves e conseqüentemente, oferecerão menores ou maiores possibilidades terapêuticas (Leitão, 1983).

O que pode levar a uma lesão mais ou menos importante no Sistema Nervoso Central é primordial por diversos motivos, por permitir uma ação preventiva que consiste em evitar as causas das lesões cerebrais e permite-nos saber qual o risco que o feto e o recém-nascido correm.

Os fatores que provocam uma lesão cerebral precoce e não evolutiva são diversos e podem localizar-se no tempo, consoante o tipo de lesão durante a gestação (**pré-natais**), durante o parto (**péri-natais**) ou após o nascimento (**pós-natais**). Sabe-se que a origem genética não se verifica nesta problemática, pelo que não existe a transmissão de pais para filhos.

Miller (2002) e Jiménez (1997), apresentam os seguintes fatores para ocorrência da Paralisia Cerebral:

a) Fatores pré-natais

- hipoxia (falta de oxigénio);
- infeções intra-uterinas, rubéola / sífilis /toxicoplasmose;
- intoxicações por agentes tóxicos, medicamentos;
- exposição a radiações;
- toxemias ;
- diabetes;
- anoxia (ausência de oxigénio);
- incompatibilidade sanguínea;
- tensão alta;
- causas desconhecidas.

b) Fatores pré-natais

- separação da placenta ou placenta prévia;
- prematuridade;
- hemorragia intraventricular;
- hipoxia ou anoxia;
- traumatismos mecânicos do parto;
- trabalho de parto demorado.

c) Fatores pós-natais

- icterícia do recém-nascido devido a incompatibilidade sanguínea;
- traumatismos cranianos;
- lesões expansivas: tumores, hematomas;
- problemas metabólicos;
- enfermidades infecciosas;
- acidentes cardiovasculares;
- meningite;
- encefalite;
- traumatismo cranioencefálicos;
- ingestão de substâncias tóxicas.

Perante as causas do **período pré-natal** (desde a concepção até ao início do trabalho de parto) evidenciam-se as doenças infecciosas da mãe, como a rubéola, o sarampo, a sífilis, o herpes, a hepatite epidémica que dão origem a mal formações cerebrais na criança. As infeções intra-uterinas em especial as virais e as intoxicações por via de agentes tóxicos ou medicamentos, a exposição a radiações e as toxemias também se apresentam como uma das principais causas da lesão cerebral neste período. (Jiménez, 1993).

No **período pré-natal** interessa destacar as causas relacionadas com a hipoxia ou anoxia, a prematuridade associada à hemorragia intraventricular, os traumatismos mecânicos de parto e a placenta prévia.

A prematuridade é também um fator de grande risco, uma vez que está associada a problemas respiratórios. O prematuro é uma criança imatura e quando nasce, o seu sistema nervoso não está organizado adequadamente para enfrentar o momento do parto e maior serão as sequelas.

Por fim, as causas mais frequentes que ocorrem no **período pós-natal** é a incompatibilidade sanguínea, a encefalite, a meningite, os problemas metabólicos crânio-encefálicos e a ingestão de substâncias tóxicas. (Miller e Clark, 2002).

As desidratações, quaisquer que sejam os seus motivos, bem como os acidentes de viação e as quedas são também responsáveis pelas lesões pós-natais (Andrada, 1989 cit. por França, 2000).

Ao ter-se informações da origem das causas da Paralisia Cerebral isso permite que os médicos e os próprios indivíduos adotem uma série de medidas preventivas. Assim, quando existe a desconfiança da sua possível existência, a criança deve ser submetida a uma maior vigilância externa e a uma estimulação precoce de caráter preventivo. O tratamento da paralisia cerebral deve iniciar-se o mais cedo possível.

É fundamental ter consciência que as causas das lesões cerebrais não se incidem apenas nestes períodos, uma vez que podem ocorrer em qualquer momento da vida de um indivíduo. Este pode perder total ou parcialmente a capacidade motora, provocada por acidentes muito diversos, desde os acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e negligência médica. Smith (1993), refere ainda outras causas como “acidentes provocados por mergulhos de águas baixas, esclerose múltipla, tumores, estreitamento progressivo do canal espinal”.

Mediante a variedade de causas das lesões cerebrais é essencial adotar-se medidas de prevenção, medidas médicas e sociais que minimizem os efeitos da doença, impedindo a sua progressão e facilitando a reabilitação e inserção social.

1.4 – Quadro Clínico da Paralisia Cerebral

O quadro clínico não constitui um conjunto estático de sinais e sintomas. A lesão, ao afetar um sistema nervoso em desenvolvimento, vai dar origem a um quadro clínico complexo. Este quadro vai tornar difícil o diagnóstico e também a relação existente entre o tipo clínico e a lesão precisa do sistema nervoso central, o que é comum quando se trata de lesões nervosas centrais.

A classificação clínica atribuída aos tipos de paralisia cerebral varia por vezes, mas classicamente descrevem-se três tipos de síndromas:

- **Espástico;**
- **Atetósico;**
- **Atáxico.**

O tipo **espástico** resulta de uma lesão no sistema nervoso piramidal que se caracteriza por hipertonia permanente dos músculos e rigidez nos movimentos.

É importante referir, que estes indivíduos têm perda dos movimentos voluntários, uma exagerada contração dos músculos quando estão em extensão, ocorrência de espasmos musculares quando querem realizar uma ação involuntária e observa-se ocorrência de um esforço excessivo para realizar um movimento. Assim sendo, eles executam movimentos rígidos, lentos e bruscos. A hipertonocidade pode provocar "...posturas incorretas que, embora com caráter mutável, podem evoluir no tempo até se converterem em deformidades fixas..." (Jiménez, 1997).

Quanto **ao tipo atetósico**, a lesão ocorre no sistema extra-piramidal que se caracteriza por movimentos lentos, incontroláveis e imprevisíveis. Estas manifestações podem desaparecer na altura do repouso, sonolência, febre e em determinadas posturas mas podem aumentar nos momentos de excitação, insegurança, posição dorsal ou de pé. A flutuação do tônus muscular oscila entre o excesso de tônus (hipertonia) e baixa/ausência de tônus (hipotonia). Este tipo de lesão pode afetar o controlo da cabeça e do tronco e a linguagem pode, ainda, ser afetada parcialmente ou totalmente.

O **tipo ataxia**, caracteriza-se por perturbações no equilíbrio, descoordenação motora tanto ao nível da motricidade fina como global e tremor nos movimentos intencionais, devido a uma lesão no cerebelo. A linguagem verbal apresenta imprecisões na coordenação fonoarticulatória e de ritmo (Levitt, 2001).

Nas paralisias cerebrais atetóides e atáxica, todas as partes do corpo em geral são afetadas. Mas na paralisia cerebral espática, diferentes partes do corpo podem ser envolvidas (Figura I).

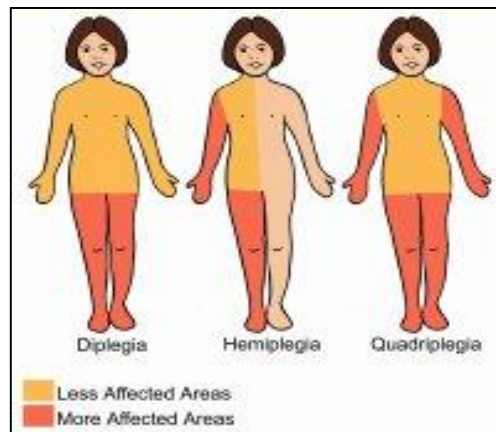


Figura I – PC Espática

Assim temos:

- Paralisia Cerebral Monoplegia ou Monoparésia

Neste tipo de PC só os membros superiores são afetados.

- Paralisia Cerebral Hemiplegia ou Hemiparésia

Os membros superiores e inferiores do mesmo lado estão envolvidos, mas os superiores normalmente são os mais afetados.

- Paralisia Cerebral Paraplegia ou Paraparésia
Estão afetados os dois membros inferiores.

- Paralisia Cerebral Tetraplegia ou Tetraparésia
Estão afetados severamente os quatro membros.

1.4.1. Possíveis Deficiências Associadas nas Crianças com Paralisia Cerebral

O cérebro possui uma multiplicidade de funções que se relacionam entre si. Assim, uma lesão cerebral pode afetar uma ou várias funções, pelo que é frequente que as perturbações motoras possam estar acompanhadas por alterações de outras funções como a **linguagem, audição, visão, desenvolvimento mental, personalidade/emocionais, epilepsia e/ou transtornos perceptivos.**

1.4.1.1 Perturbações da Linguagem

É frequente a paralisia cerebral ter repercussões sobre a área da linguagem, afectando outras formas de expressão: a mímica, o gesto e as palavras, já que todas elas se baseiam em movimentos finos, coordenados.

Desde o nascimento podemos observar, nestas crianças, uma evolução anormal da motricidade dos órgãos intervenientes na alimentação, que posteriormente irão intervir na produção da linguagem. Assim, os reflexos de sucção, deglutição, mastigação e vômito podem ser insuficientes para realizar a função que lhes compete, serem exagerados ou, inclusive, estarem ausentes. Como consequência da lesão cerebral estes reflexos podem persistir, prejudicando o desenvolvimento das etapas seguintes; beber, engolir, mastigar/balbuciar, etc. .

As dificuldades de linguagem expressiva são provocadas por espasmos dos órgãos respiratórios e fonadores. A fala é mais lenta, existem modificações de voz e, até, ausência da mesma. Podemos encontrar, também, dificuldades na produção de palavras: a fala é produzida aos saltos, com pausas respiratórias inadequadas; e alguns problemas no ritmo.

Os atrasos de desenvolvimento da linguagem, nalguns casos, compreensivos são muito significativos, podendo ser originados por perturbações auditivas, lesões suplementares das vias nervosas, falta de estimulação ou de modelos linguísticos adequados. Às vezes, a linguagem verbal que a criança produz é pouca ou nula, a criança não se ouve a si própria e tem grande dificuldade em aumentar o seu vocabulário.

1.4.1.2 Problemas Auditivos

A incidência de problemas auditivos na paralisia cerebral é maior do que na população em geral, devido a icterícia neonatal, virose no sistema nervoso central, sequelas de meningoencefalite e/ ou encefalopatias pós – rubéola materna.

Os problemas auditivos são de natureza múltipla. As perdas auditivas distinguem-se por dificuldades na transmissão do som, na percepção do mesmo ou pela combinação de ambas.

A criança terá dificuldade em ouvir os fonemas sibilantes, como o *s*, *çh*, *z*, ou outros, distorcendo as palavras. Omitirá os sons que não percebe, substituindo-os, ou pronunciando-os de forma incorreta.

É frequente a criança reagir aos sons, o que faz com que os pais estejam convencidos que o seu filho ouve bem. Em caso de dúvida é fundamental fazer o mais cedo possível uma avaliação auditiva, o que é difícil nas crianças com paralisia cerebral, pois aos problemas de audiometria juntam-se as perturbações motoras dos membros superiores, o mau controlo da cabeça e a presença de movimentos desajustados. Por este motivo, as técnicas de exploração da audição devem adaptar-se às características de cada indivíduo, para não alterar os resultados.

Esta avaliação vai repercutir-se, positivamente, no processo de aprendizagem e desenvolvimento da criança.

1.4.1.3 Problemas Visuais

Nalguns casos podemos observar uma "patologia visual", sendo os problemas óculo – motores os mais frequentes.

Poderíamos agrupar estes problemas visuais da seguinte forma:

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

É frequente estar alterada a coordenação dos músculos do olho, existindo uma coordenação insuficiente em ambos os olhos e dupla imagem. Assim, na maioria dos casos, a criança utiliza praticamente, um só olho, o que se traduz numa perda da noção de relevo.

1.4.1.4 Problemas de Desenvolvimento Intelectual

Nem sempre uma lesão cerebral afeta a inteligência. Entre as crianças com paralisia cerebral ligeira ou gravemente afetadas, encontramos casos com inteligência normal e outros em que o nível intelectual é muito baixo. Desde que se começou a fazer uma intervenção precoce, tem havido menos casos de paralisia cerebral associada a défice cognitivo.

1.4.1.5 Problemas de Personalidade

As crianças com paralisia cerebral, sob o ponto de vista afetivo, são muito sensíveis, observando-se que o controlo emocional é menor quando há deficiência mental associada (mudanças frequentes de humor, risos e choros injustificados,...).

As crianças espásticas manifestam falta de vontade, sobretudo quando se trata de realizar atividades que exigem esforço. A intervenção precoce permite à criança que se habitue, progressivamente, às tarefas que lhe exigem algum esforço.

1.4.1.6 Problemas de Atenção

Observam-se em alguns casos uma grande dificuldade para manter a atenção, com tendência para se dispersarem e distraírem perante estímulos insignificantes.

1.4.1.7 Problemas de Percepção

Os défices sensoriais (problemas de visão e audição) e os motores vão condicionar a percepção.

O primeiro *handicap* da criança com paralisia cerebral situa-se na primeira etapa do desenvolvimento (sensório-motora), pelas suas dificuldades de manipulação, coordenação e exploração do que a rodeia. Esta situação vai influenciar, em grande parte, o desenvolvimento das etapas seguintes.

Estas crianças apresentam dificuldades na elaboração dos esquemas perceptivos: esquema corporal, orientação e estruturação espaço-temporal/lateralidade. Assim, a criança com paralisia cerebral, embora possua uma inteligência normal, tem dificuldade em nos jogos construtivos, puzzles, na representação gráfica (um boneco, cara, casa, etc.), bem como tem dificuldades em se situar no tempo e no espaço.

Os movimentos lentos e a falta de coordenação presentes nestas crianças refletem-se numa lentidão de ação e da aprendizagem motora.

Estas crianças, para além das dificuldades nomeadas, recebem frequentemente uma estimulação diferente, por vezes menor, do que as outras crianças. Os pais, por vezes, não deixam os filhos explorar o meio que os rodeia: O medo de quedas, ou que qualquer objeto possa cair, provoca na criança uma insegurança em si mesma, levando-a a inibir o desejo de explorar.

1.5 – Prevalência

A prevalência é designada como um número de casos de uma doença que ocorre durante um certo tempo ou período (Alberman, 1984, cit. por França, 2000). A mesma autora considera que o termo incidência é inadequado nos estudos sobre paralisia cerebral, uma vez que há uma grande heterogeneidade etiológica que surge em diversas fases do desenvolvimento fetal e infantil.

Em Portugal, a paralisia cerebral é uma das deficiências mais usuais na infância. Embora a sua incidência real seja de difícil determinação, pensa-se existirem no nosso país cerca de 100.000 indivíduos atingidos (Borges, 1987).

Em 1975, a International Society of Prothesis and Orthosis apresentou um estudo efectuado por 33 países sobre a incidência de crianças deficientes em que a paralisia cerebral estava incluída. Neste estudo, estima-se que devem existir cerca de 3.000 casos de paralisia cerebral em cada 1 milhão de habitantes (Leitão, 1983).

Em Portugal, pelo contrário, continua-se a observar crianças vítimas de paralisia cerebral nascidas em partos domiciliários (18% dos casos) ou em Hospitais Distritais e Concelhios (49%) (Borges, 1987). Estes números correspondem, com uma aproximação relativa, aos dados obtidos pelos técnicos do centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra, num estudo de 1981, com 27% dos casos nascidos no domicílio e 48% em instituições hospitalares.

A prevalência das formas tetraplégicas na nossa casuística, contrasta com as estatísticas de outros países, como da Suécia, que aponta para uma percentagem de apenas 4,1%, enquanto que em Portugal os estudos dão resultados na ordem de 43% em 1981 e de 39,8% em 1987 (Borges, 1987).

Para além da deficiência motora são importantes as deficiências associadas e sua prevalência nas crianças com paralisia cerebral, salientando-se a deficiência mental.

O autor Val do Rio (1972) focaliza um atraso acentuado das crianças com microcefalia e dupla hemiparésia. Num grupo de 200 crianças com paralisia cerebral constatou que 15% das diplégias apresentava um Q.I. inferior a 30 e 53% um QI inferior a 70%, nos atáxicos 8% tinham um QI inferior a 30, enquanto as hemiparésias que davam este valor eram da ordem dos 5%.

Num estudo realizado em 1990 pelos técnicos do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral de Coimbra sobre o Grande Incapacitado, ou seja, sobre os casos de paralisia cerebral dependentes na marcha e nas atividades da vida

diária, os resultados indicavam ser as tetraparésias as formas de paralisia cerebral onde se encontrava o maior número de casos sem atraso mental ou com debilidade ligeira (88%) e, paralelamente serem também as que possuíam maior número de atrasos mentais graves (73%) em relação às outras formas de paralisia cerebral com grandes incapacidades motoras. Por sua vez, a disfunção perceptivo-motora que se observa nas crianças é por vezes difícil de despistar devido à existência de deficiências motoras e outras associadas que prejudicam a sua avaliação.

Andrada (1972) verificou existirem em 77,6% dos casos com paralisia cerebral, deficiências de percepção visual e auditiva, astereognosia, perturbações do esquema corporal e estruturação espácio-temporal, problemas de lateralidade, apraxia ou dispraxia, dislexia, disgrafia ou discalculia.

Por fim, cada país deve elaborar uma política pré e peri natal que compreenda, no mínimo exames regulares durante a gravidez e unidades de cuidados intensivos bem equipados.

1.6 - *Intervenção*

A intervenção na Paralisia Cerebral deve consistir numa equipa multidisciplinar e multiprofissional, pois nenhum especialista possui conhecimento amplo o suficiente para atender a todas as necessidades do paciente. Desta forma, destaco as algumas intervenções:

- a) - Neuropediatria
- b) - Terapia da Fala
- c) - Fisioterapia/ Estimulação Precoce
- d) - Terapia Ocupacional
- e) – Intervenção Cirúrgica
- f) – Uso de medicação
- g) - Musicoterapia
- h) - Tecnologias/Informática

1.5.1 – *Neuropediatria*

A Neuropediatria (também denominada Neurologia Pediátrica ou Neurologia Infantil) constitui uma especialidade ou sub-especialidade médica dedicada às doenças ou disfunções do sistema nervoso e do sistema muscular que se manifestam na criança ou na adolescência. A sua autonomia é justificada, por um lado, pela alta prevalência global das doenças neurológicas e pela ocorrência de patologias específicas neste grupo etário. O Neuropediatra, como sucede noutras especialidades médicas, tem como função essencial o diagnóstico, prognóstico, orientação terapêutica e aconselhamento dos problemas neurológicos que afetam a criança ou o adolescente mas a sua atividade clínica exige frequentemente um contacto estreito com outros especialistas não só da pediatria ou da neurologia mas ainda da genética, bioquímica, neuroradiologia, neurofisiologia, neuropatologia, neurocirurgia, psiquiatria infantil e reabilitação (Leitão, s/d). Alguns Neuropediatras tendem já a diferenciar-se ou a exercer predominantemente a sua atividade clínica em determinados grupos etários (por exemplo neurologia fetal, neurologia neo-natal) ou grupos nosológicos (por exemplo epilepsia, doenças neurometabólicas, doenças musculares, paralisia cerebral, transtornos da aprendizagem e do comportamento, etc.).

Os programas de neuroreabilitação para pacientes afetados por paralisia cerebral devem enfatizar a maximização da função, sem perder de vista os limites já conhecidos do paciente (Miller, 2010).

1.6.2 - Terapia da Fala

O Terapeuta da Fala preocupa-se com o diagnóstico e tratamento da estimulação sensório motora oral que atua na alimentação, produção da fala, desenvolvimento da linguagem e comunicação. Concretamente, trabalham com a comunicação ampliada e verbal da criança para obterem um nível satisfatório de comunicação.

O tratamento pode orientar a vocalização através da articulação, fonação e formação de palavras, alimentação, função de deglutição e controlo eficaz da baba (Greis, cit. por Miller, 2010).

As formas de comunicação ampliada envolvem linguagem de sinais, quadros de comunicação simples, onde as crianças apontam para os símbolos e expressem os seus desejos ou sistemas computadorizados que permitam uma comunicação não-verbal mais sofisticada. O terapeuta também avalia a capacidade de comunicação através de uma linguagem receptiva não-verbal, analisa os pré-requisitos necessários para o desenvolvimento da capacidade motora, como o uso de um olhar expressivo e capacidade de apontar objetos para determinar o tipo de recurso tecnológico mais apropriado.

O uso de tecnologias para o suprimento das falhas na comunicação numa criança que não fala, exige também o conhecimento de um terapeuta ocupacional para avaliar as capacidades motoras, de forma a selecionar o equipamento computadorizado que melhor corresponda às suas necessidades. Existem vários tipos de equipamento disponíveis no mercado que podem ser operados através de um simples movimento de mão ou cabeça, através do olhar fixo ou do controlo da respiração.

Em suma, esta terapia desenvolve atividades no sentido da prevenção, avaliação e tratamento de:

- Perturbações de Linguagem (Atraso de desenvolvimento da linguagem, Perturbações específicas da linguagem, Afasia);
- Perturbações da Interação e Comunicação (em indivíduos com necessidade de um meio alternativo e/ou aumentativo de comunicação, intervenção precoce);
- Perturbações da Fala (Disartria, Perturbação articulatória, Disfonias e Laringectomias, Gaguez);

- Perturbações da Leitura e Escrita (Dislexia, Disortografia);
- Alterações da Motricidade e Sensibilidade oro-facial (doenças degenerativas, tratamentos pós-traumáticos e pós-cirúrgicos);
- Perturbações da Alimentação (Disfagias, Distúrbios da deglutição).

1.6.3 - Fisioterapia/ Estimulação Precoce

Os fisioterapeutas trabalham as capacidades motoras globais das crianças, como gatinhar, ficar de pé, rolar e caminhar. Ele é um especialista no desenvolvimento típico e atípico, podendo efectuar avaliações padronizadas para identificar qualquer tipo de retardamento ou aberrações, documentar progressos alcançados e assistir no planeamento. Também avalia os padrões de postura e movimento e desenvolve actividades que promovam movimentos eficazes. Nas crianças com paralisia cerebral, esse procedimento é especialmente benéfico durante a marcha.

O fisioterapeuta pode estar envolvido na análise computadorizada da marcha ou usar métodos de tecnologia simples, como a videografia ou análise da impressão do pé, que o ajudarão a descobrir formas optimizadas de tornar uma marcha eficiente (Greis, cit. por Miller, 2010).

Para além da análise de movimento, a eficiência cardiopulmonar e a resistência muscular podem ser avaliadas e intensificadas através de programas de exercícios baseados em jogos apropriados para a idade e individualizados. As limitações da amplitude de movimento também podem restringir a capacidade da criança se movimentar bem. Os terapeutas são especializados em técnicas que aumentam a amplitude de movimento, como alongamento passivo ou activo e equipamentos de posicionamento ou de splinting (Greis, cit. por Miller, 2010).

Outra actividade que pode ser desenvolvida é avaliar o sistema sensorial da criança para determinar se há ou não deficiência sensorial primária ou se a criança se encontra em dificuldade de processar informações sensoriais (Greis, cit. por Miller, 2010).

Estes profissionais podem ajudar as famílias para a selecção e ajustamento de equipamentos de adaptação, incluindo cadeiras de rodas e outros sistemas de cadeiras especializadas, colocando dispositivos de auxílio como barra para

se levantar e aparelhos que ajudem a criança a tornar-se independente durante o banho, como cadeiras para banho ou barras fixadas no banheiro para se levantar. Outros aparelhos que também dão auxílio a deambulações são os andadores e órteses para as extremidades inferiores, o que também beneficia estas crianças com paralisia cerebral (Greis, cit. por Miller, 2010).

As modificações efectuadas no ambiente do paciente podem ser úteis no caso de crianças mais velhas com paralisia cerebral que estão afectadas mais fisicamente e se confrontam frequentemente com desafios significativos. Nesta situação, o fisioterapeuta poderá apoiá-los através de conselhos sobre transporte ou alterações arquitectónicas em diversos locais como a habitação, escola ou playground. As modificações aconselhadas poderão ser simples, como por exemplo a colocação de barras de apoio na casa de banho ou a colocação de uma rampa na entrada do local ou então mais complexas e dispendiosas, como por exemplo, cumprir as exigências em relação ao espaço e altura, de forma a que indivíduos de cadeiras de rodas possam ter acesso e fazerem manobras dentro da sua casa.

1.6.4 - Terapia Ocupacional

Os terapeutas ocupacionais concentram-se nas capacidades motoras e perceptivas finas, processamento sensorial e atividades que levam à independência da criança. Este profissional pode efetuar avaliações padronizadas de desenvolvimento, avaliar padrões de movimento com o objetivo de desenvolver estratégias que promovam a eficácia. Pode também avaliar as capacidades manuais necessárias para a execução de atividades escolares como escrever ou então capacidades para se vestir ou alimentar sem apoio de terceiros. Assim, a sua função será promover atividades direcionadas às limitações físicas que entravam uma dada função ou aconselhar equipamentos de adaptação que simplifiquem uma tarefa considerada difícil.

Este terapeuta tem um vasto conhecimento sobre equipamentos que podem mudar a vida de uma criança que depende de ajuda para efetuar tarefas tão simples como alimentar-se, vestir-se, arrumar-se. Pode também ajudar na seleção da cadeira de rodas e na realização de adaptações do meio ambiente, tendo conhecimento sobre seleção e fabricação de órteses para extremidades superiores. Essas órteses podem ser utilizadas para posicionar a

mão de modo ideal para a função ou para aumentar ou manter a amplitude de movimento (Greis, cit. por Miller, 2010)

O terapeuta ocupacional é treinado para avaliar também o sistema sensorial da criança quanto a uma possível deficiência primária ou analisar a presença de dificuldades no processamento de informações sensoriais. A expressão integração sensorial refere a capacidade de avaliar a importância relativa de todos os inputs sensoriais que agem sobre o corpo, baseando-se na atual postura da criança, experiências prévias de movimentos e expectativas de movimento (Bradley, 1994, cit. por Miller, 2010). Uma criança afetada com paralisia cerebral pode vivenciar uma disfunção da integração sensorial, derivado de uma lesão ao sistema nervoso central, ou essa disfunção pode ser secundária às experiências sensoriais limitadas que essas crianças apresentam em consequência de suas limitadas capacidades motoras (Foltz, 1994, cit. por Miller 2010). Essa disfunção na integração sensorial pode se manifestar na forma de coordenação motora insatisfatória. Assim, o tratamento de qualquer tipo de disfunção na integração sensorial é direcionado para facilitar a organização e o processamento de informações proprioceptivas e táteis de maneira a estimular respostas posturais apropriadas, consciência do meio ambiente e melhoria no planejamento motor (Olney, 1994 cit. por Miller, 2010).

1.6.5 – Intervenção Cirúrgica

A intervenção cirúrgica com a rizotomia seletiva envolve a remoção de aproximadamente 50% das raízes dorsais, diminuindo o tônus muscular nas extremidades inferiores. Dessa forma, o desconforto ou dor serão aliviados e a aquisição da posição sentada ou da marcha será melhorada. O candidato ideal é a criança que tem força normal ou quase normal nas extremidades inferiores e que ainda não desenvolveu contraturas físicas para que a alteração do tônus melhore (Abbot, 1996, cit. por Miller, 2010).

Porém, existem complicações a curto prazo provocadas por uma rizotomia que são as infecções, a fraqueza excessiva, sendo factores que podem provocar um efeito adverso sobre a função.

1.6.6 - Uso de medicação

A toxina botulínica é uma medicação que inibe a liberação da acetilcolina do sítio pré-sináptico na junção nervo-muscular. Este tipo de intervenção é usado quando as deformidades são provocadas por um número limitado de músculos. Pode também ser utilizado para uma deformidade da extremidade superior secundária a um tônus muscular e crescimento ósseo anormais.

1.6.7 - Musicoterapia

A musicoterapia apresenta-se muito eficaz no tratamento dos indivíduos com paralisia cerebral. A paralisia cerebral é uma patologia ou grupo de distúrbios caracterizado por reduzida habilidade para se fazer uso voluntário dos músculos, podendo ocorrer ou não variável atraso cognitivo.

O uso da música tem demonstrado melhorias na atenção, motivação, relaxamento e vocalização do portador de paralisia, na presença de recursos musicais. Esta terapia utiliza tanto o som, o silêncio, o ritmo, o timbre, a melodia e outros elementos da música, quanto à própria música para alcançar os propósitos terapêuticos.

1.6.8 – Tecnologias/Informática

De acordo com as limitações de coordenação motoras e/ou de comunicação oral, as pessoas com Paralisia Cerebral são muitas vezes excluídas do convívio social. No intuito de melhorar a qualidade de vida destas pessoas, tornando-as mais participativas na sociedade, estão sendo criadas e aperfeiçoadas as Tecnologias Assistivas, que se constituem como: toda e qualquer ferramenta ou recurso utilizado com a finalidade de proporcionar uma maior independência e autonomia à pessoa com deficiência, das quais destaco:

Mão Biónica - É como uma mão dita “normal”, tem motores nos dedos para que o indivíduo possa movimentar os dedos normalmente, e a mão possui um sensor de pressão que percebe quando os dedos já pegaram no objecto.

Bastão de Boca - Para quem não pode utilizar as mãos, serve para escrever.

Varinhas de Cabeça - Serve também para escrever, como o Bastão de Boca, e para fazer pesquisas na Internet.

Teclado Adaptados - Nos casos em que uma pessoa não tem controlo confiável ou precisão dos movimentos na musculatura das mãos, uma adaptação do teclado pode ser útil.

Cadeira de roda especiais - São utilizadas para que uma pessoa que não consiga se movimentar das pernas, possa ter uma vida “normal” e movimentar-se como quiser. Há muitos tipos de cadeiras, com várias afinidades. Aqui ficam alguns exemplos.

Carros adaptados - Este veículo adaptado está disponível no Reino Unido, são muito amigos do ambiente, para o conduzir basta apenas a carta de scooter, visto que é classificado como uma scooter, é muito seguro, pois o Kenguru não liga enquanto a cadeira de rodas não estiver devidamente posicionada.

Tics - Sistemas auxiliares ou próteses para a comunicação: forma pela qual diversas pessoas podem dialogar com o mundo exterior, podendo explicar os seus desejos e os seus pensamentos;

Controlo do ambiente: o indivíduo com comprometimento motor possa comandar remotamente aparelhos eletrodomésticos, apagar/acender luzes, abrir/fechar portas, ter um maior controlo e independência nas atividades diárias;

Meio de inserção no mundo do trabalho profissional: pessoas com um grave comprometimento motor podem tornar-se cidadãs ativas e produtivas;

Recursos de acessibilidade:

Adaptações físicas ou próteses: são os aparelhos ou adaptações afixadas e utilizadas no corpo do indivíduo.

Adaptações de hardware: são os aparelhos ou adaptações presentes nos componentes físicos do computador.

Softwares especiais de acessibilidade: são os programas especiais do computador que facilitam a interação do indivíduo portador de deficiência com a máquina.

Categorias de Tecnologias Assistivas:

Auxílio para a vida diária e vida prática: são os materiais/produtos que auxiliam o desempenho autónomo e independente em tarefas rotineiras ou ajudam o cuidado de pessoas em situação de dependência de auxílio.

Recursos de acessibilidade ao computador: conjunto de hardware e software especialmente planeado para tornar o computador acessível, no sentido de que possa ser utilizado por pessoas com abstenções sensoriais e motoras.

Projetos arquitetónicos para a acessibilidade: são adaptações estruturais e reformas na casa e/ou ambiente de trabalho, através de rampas, elevadores, adaptações em casas de banho, que desviam ou reduzem as barreiras físicas, facilitando a deslocação da pessoa com deficiência.

Próteses e órteses: as próteses são as peças artificiais que substituem partes ausentes do corpo e as órteses são colocadas junto a um segmento do corpo, garantindo-lhe um melhor posicionamento e estabilização.

Auxílios de mobilidade: o uso de bengalas, muletas, carrinhos, cadeiras de rodas manuais ou eletrónicas, scooters e qualquer outro veículo ou equipamento ou estratégia utilizada ajuda na melhoria da acessibilidade pessoal.

Adaptações em veículos: são os acessórios e adaptações que possibilitam uma pessoa com deficiência física conduzir um automóvel, são facilitadores de embarque e desembarque como elevadores e rampas para cadeiras de rodas.

2. *Inclusão dos alunos com NEE no ensino regular- relações sociais*

Falar da problemática do indivíduo “diferente” não é sem dúvida inovador, mas os vários conceitos que a ela se ligam têm sido uma fonte de estudos em permanente construção. Cada época é representada por uma cultura que é dinâmica, evoluindo de acordo com paradigmas que a regem, políticas socioeconómicas que adota e também na forma como promove o bem-estar dos seus cidadãos (Louro, 2001), fomentando a construção de novos valores e conceitos que, segundo Sanches (1997, p. 47), tem a ver “com o sistema de ideias e estrutura social em que estão inseridos”.

No dizer de Fonseca (1995), em termos antropológicos, ser “diferente”, representou em vários períodos históricos e representa ainda hoje para muitas sociedades, uma condição de ser inferior no que diz respeito a direitos e de funções sociais, verificando-se frequentemente serem vítimas de abusos de poder, o mesmo se passando outras minorias.

Segundo Silva (2009), o que tem determinado o modo como se tem olhado a diferença são as características económicas, sociais e culturais de cada época. O caminho até à inclusão tem sido penoso e há ainda muito para fazer. De acordo com Baptista (2011, p. 9), “fenómeno da exclusão escolar é uma calamidade que assola ainda o mundo inteiro”. No parecer de Camacho (2004), o mundo tem feito progressos em relação à educação especial e ao caminho para a inclusão procurando encontrar métodos e formas de intervenção que ajudem de forma positiva “no crescimento individual e social de todos os seres humanos” (p.13).

É obvio que a rejeição na sala de aula por parte dos colegas é um obstáculo à inclusão bem-sucedida de alunos com NEE. Assim, uma das formas de intervenção envolve a organização da sala de aula forma que os alunos com NEE tenham oportunidade de interagir com os companheiros socialmente responsivos. Uma segunda abordagem é concebida para influenciar as atitudes dos alunos que têm colegas com NEE incluídos na sua turma em relação aos companheiros com NEE (Odom, 2007).

Assim sendo, há a necessidade de se adequarem as práticas educativas ao ponto de vista do desenvolvimento e inclusão de alunos com NEE no ensino regular. Quando envolvidos em contextos com companheiros sem NEE, alguns alunos com NEE tornam-se parte integrante do grupo. Sugerem ideias, representam papéis, partilham materiais e fazem mais algumas coisas necessárias para integrar a cultura de pares. Para estes alunos, a sua mera colocação em contextos de ensino adequados do ponto de vista do desenvolvimento com um grupo de companheiros que

respondam às solicitações sociais é suficiente para apoiar a sua aceitação e participação ativa na cultura de pares (Odom, 2007). No entanto, há outros alunos que necessitam de mais apoio e, conseqüentemente, em alguns casos, de abordagens mais individualizadas.

Correia e Cabral (1999) defendem que a aplicabilidade da *Public Law* 94-142 produziu efeitos de longo alcance pois implicava que fosse garantido que os serviços de educação especial fossem disponibilizados para todas as crianças que deles necessitassem. O referido diploma legal, define a criação de equipas multidisciplinares que são responsáveis pela identificação, elegibilidade e a implementação de um plano individualizado de intervenção na criança com necessidades educativas especiais. Consagra uma definição abrangente capaz de incluir todas as crianças, mas propõe um conjunto de definições para as crianças com deficiência. Os pais devem ser formalmente informados antes de a escola iniciar qualquer avaliação que possa resultar em propostas de educação especial e devem ser ouvidos antes de serem tomadas decisões psicopedagógicas que impliquem mudanças ambientais (Correia e Cabral, 1999).

Este processo de integração privilegia as práticas educacionais em detrimento da prática clínica, com vista a proporcionar um melhor ambiente de aprendizagem. Esta alteração legislativa vai obrigar os sistemas educativos de todo o mundo a melhorar substancialmente os seus serviços de educação, obrigando-os a criar estruturas, de modo a que todas as crianças tenham as mesmas oportunidades educacionais.

A integração tem sido sobretudo promovida pelos legisladores, mas na prática dos professores surgem muitas lacunas resultantes da sua falta de formação que permita ao professor responder às necessidades destes alunos da forma mais adequada, a necessidade de conciliar a implementação de estratégias/atividades de ensino individualizado à criança com deficiência e a capacidade de manter um programa eficaz com o resto da turma exigem grandes responsabilidades ao professor do ensino regular (Correia e Cabral, 1999).

O professor do ensino regular assume muitas vezes que a integração é positiva para a criança com deficiência, devido aos ganhos sociais e autoconceitos mais positivos, mas tem uma visão mais pessimista perante os ganhos académicos devido à sensação de falta de serviços de apoio e à falta de formação adequada (Correia e Cabral, 1999).

Falasse de incluir porque já não basta que os alunos com NEE estejam integrados, torna-se necessário que estejam juntos com os demais alunos para

poderem evoluir numa escola que deve ser de todos e para todos. Montero (2000, p, 55) reforça esta ideia quando afirma “ não basta que os alunos estejam na escola regulares, eles devem participar na vida académica e social da escola”. São princípios como estes que levam a que a integração comece a diluir-se e surja um termo mais abrangente - inclusão- que significa inserir, envolver, fazer parte de, partilhar, aceitar as diferenças, valorizar a diversidade; incluir está muito para além da mera inserção de alunos com NEE na escola regular, implica sentido de pertença a um grupo, ter direito a coabitar nos diversos espaços sociais e interagir com todos (Serrano e Miranda, 2005).

Correia (2003) refere que a inclusão é mais do que um juízo de valor; é uma forma de melhorar a qualidade de vida, onde a educação pode desempenhar um papel fundamental ao oferecer as mesmas oportunidades e idêntica qualidade de meios a todo aquele que chega de novo. Trata-se de dar opções, de dar lugar, de oferecer recursos e de melhorar a oferta educativa em função das necessidades de cada indivíduo, sem permitir a exclusão e oferecer como segunda oportunidade a integração escolar. Segundo Fernandes (1999, p. 28), “O princípio da inclusão só pode ter sucesso se, em primeiro lugar, os cidadãos o compreenderem e o aceitarem como um princípio cujas vantagens que a todos beneficia”.

Correia (2003) refere que a inclusão é mais do que um juízo de valor; é uma forma de melhorar a qualidade de vida, onde a educação pode desempenhar um papel fundamental ao oferecer as mesmas oportunidades e idêntica qualidade de meios a todo aquele que chega de novo. Trata-se de dar opções, de dar lugar, de oferecer recursos e de melhorar a oferta educativa em função das necessidades de cada indivíduo, sem permitir a exclusão e oferecer como segunda oportunidade a integração escolar. Segundo Fernandes (1999, p. 28), “O princípio da inclusão só pode ter sucesso se, em primeiro lugar, os cidadãos o compreenderem e o aceitarem como um princípio cujas vantagens que a todos beneficia”.

Para Capucha (2008), uma escola inclusiva deve organizar-se a não deixar ninguém de fora, tanto no aspeto educativo, como social ou físico. Este autor considera que todas as crianças devem ser membros ativos, e todas disponham de oportunidades educacionais e sociais, baseando-se em acolher todos, comprometendo-se a fazer qualquer coisa que seja necessária para proporcionar a cada aluno da comunidade e a cada cidadão de uma democracia, o direito inalienável de pertença a um grupo, a não ser excluído.

O direito à inclusão sucede como um princípio fundamental intrínseco ao exercício da cidadania, promovendo a coesão e o desenvolvimento da sociedade

(Reis e André, 2004). Para fomentar os processos de inclusão serão necessárias formações, espaços a transformar, recursos a adquirir, vontades a mobilizar e o estabelecimento de parcerias.

A Declaração de Salamanca (1994) menciona que é nas escolas que se estabelecem os meios mais eficazes para combater as atitudes discriminatórias, formando comunidades abertas e solidárias. A inclusão não traduz tratamento igual para todos, anulando as diferenças, mas sim o atender às características de cada um, porque o esforço de normalizar uma criança pode ser tão ou mais violento que a exclusão (Lima, 2007). O ensino inclusivo “faz sentido, é um direito básico, não é algo que alguém tenha que conquistar” (Stainback, 2008, p.26).

Ainda, segundo Stainback (2008, p.27), “quando as escolas incluem os alunos a igualdade são respeitada e promovida como um valor na sociedade, com os resultados visíveis da paz social e da cooperação”.

A criança deve ser vista como um todo, não apenas ao nível do seu desempenho académico, o princípio da inclusão apela a uma escola que perspetive a criança-todo e não só a criança-aluno, ou seja, que respeite os três níveis de desenvolvimento essenciais: académico, sócio emocional e pessoal (Correia, 2003).

2.1 *Resposta educativa em Portugal*

Com a publicação do Decreto-Lei 319/91 clarificou-se o conceito de NEE, reformulou-se a definição descentrando-a do foro clínico, ao mesmo tempo que se acentua a responsabilidade da escola e se pede à família um papel mais responsabilizado e ativo, na orientação educativa dos seus educandos. Este Decreto-Lei, veio definir a integração de alunos com NEE nas classes regulares, disponibilizando as escolas orientações para a organização dos apoios a prestar a estes alunos. Consagra-se a individualização da intervenção educativa através da elaboração do Plano Educativo Individual e do Programa Educativo. Contemplou-se a medida de regime educativo especial, possibilitando aos alunos que não acompanhassem o currículo comum, usufruírem de um currículo alternativo.

A inovação das práticas da educação especial, a reflexão feita sobre os seus processos e resultados e os produtos da investigação, preparam e fundamentam a abertura dos caminhos para uma nova fase na escolarização em Portugal, das crianças com NEE. Estavam, conseqüentemente, criadas as condições necessárias para a emergência da chamada escola inclusiva.

O Decreto-Lei 319/91 é então revogado e surge o Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro. Este Decreto-Lei apresenta a definição de NEE de carácter permanente, definindo o grupo alvo da educação especial, que enquadra no grupo a que Simeonsson refere de baixa-intensidade e alta-frequência que, segundo Pereira (2004), é constituído por crianças e jovens possuidores de uma etiologia biológica, inata ou congénita e que foram ou deviam ser detetados precocemente, exigindo um tratamento significativo e serviços de reabilitação como a cegueira e a surdez, o autismo, a paralisia cerebral, o síndrome de Down, entre outros.

O art.º 2.º deste Decreto-Lei refere que a educação especial tem por objetivos a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, e a estabilidade emocional e define também o prosseguimento de estudos e uma adequada preparação para a vida profissional e para uma transição da escola para o emprego (DGIDC, 2008).

De acordo com Serra (2008), este Decreto-lei rompe com o paradigma do atendimento a que a educação especial respondia, permitindo somente a elegibilidade dos casos muito graves, com sério comprometimento da aprendizagem, sendo estes os que irão ter apoio por professores especializados e usufruir de medidas educativas especiais.

Esta legislação, na opinião de Correia (2008), parece estar a pôr em arrisco o princípio da inclusão, excluindo alunos considerados casos graves, da classe do ensino regular para frequentarem escolas de referência. Segundo Serra (2008) estas escolas respondem a alunos englobados nas áreas da cegueira e baixa visão e da surdez. Foram também criadas unidades de apoio especializado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo ou alunos com multideficiência.

De acordo com Serra (2008), as NEE, como, atraso de desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, défice cónico e motor e a dislexia que não sejam englobadas na categoria de baixa-frequência e alta-intensidade poderão não ter apoios especializados pois não pertencem ao grupo de NEE de carácter permanente, cabendo aos docentes do ensino regular fazer a referência e a diferenciação pedagógica. Esta autora refere que os professores do ensino regular precisam de formação especializada para poder prestar estes apoios e criar estratégias de intervenção educativa. Também este Decreto-Lei n.º 3/08, de 7 de Janeiro diz que os alunos devem ser obrigatoriamente avaliados por referência à CIF/CIF-CJ.

No enquadramento da educação especial, aplicação do Decreto-Lei acima referido, podemos ler, que sempre que um aluno apresente as NEEcp o impeçam de adquirir as aprendizagens e competências definidas no currículo comum, deve ser

elaborado um Currículo Específico Individual (CEI). É o nível de funcionalidade do aluno que vai determinar o tipo de modificações a realizar no currículo. Estas devem corresponder às necessidades mais específicas do aluno. Este tipo de currículos, assente numa perspetiva curricular funcional, tem por objetivo facilitar o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e a autonomia do aluno, aspetos essenciais à sua participação numa variedade de contextos de vida assim as atividades devem estar adequadas à idade cronológica e representar uma mais-valia para a vida pós escolar (DGIDC, 2008).

Contextualizando a aplicação deste modelo de avaliação, a (CIF) publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) surge no contexto educativo como um documento a ser adotado para que possibilite uma maior inclusão das crianças e jovens com NEEcp a ser abrangidos pela educação especial. É então um instrumento de referenciação dos alunos com NEEcp a fim de posteriormente lhe serem aplicadas as medidas educativas apropriadas.

Segundo Louro (2005), a CIF, quadro de referência da OMS para a saúde e incapacidade, introduz uma mudança radical de paradigma: “do modelo puramente médico para um modelo biopsicossocial e integrado da funcionalidade e incapacidade humana. A sua armadura conceptual assente num modelo interativo pessoa-meio ambiente”. A introdução da classificação dos fatores ambientais; a linguagem comum que proporciona ao clarificar e uniformizar conceitos e terminologias são aspetos cruciais que fazem com que a CIF se constitua como uma ferramenta preciosa com múltiplas finalidades e seja suscetível de uma vasta gama de utilizações. A mesma autora salienta o papel determinante do novo modelo para a avaliação, medida e intervenção relacionada com o estatuto funcional da pessoa, mas, sobretudo, para a definição, planeamento, medida e avaliação das políticas, serviços e recursos, não apenas no sector da saúde, mas sim em diferentes domínios sectoriais visando políticas sociais abrangentes, direta ou indiretamente, relacionadas com a funcionalidade e a incapacidade humana.

Segundo Mcanany (2007, p. 92), a CIF possui “um conjunto de características que fazem dela um quadro de referência ideal para apoiar o desenvolvimento e implementação de uma avaliação abrangente no processo de NEE em educação”.

A CIF é um sistema de classificação que permite enquadrar a recolha de informação relevante para a descrição da natureza e extensão das limitações funcionais da pessoa, bem como das características do meio circundante. Permite ainda organizar essa informação de maneira integrada e facilmente acessível, a sua aplicação como quadro de referência para a avaliação de NEE, pressupõe a utilização

de instrumentos de avaliação direcionados para a avaliação funcional dos alunos, com especial enfoque nas atividades e nos fatores ambientais (Mcanany 2007).

O âmbito da CIF pressupõe a compreensão e avaliação das NEE em domínios, definindo e analisando a problemáticas ao nível das funções e estruturas do corpo, da atividade, participação e fatores contextuais com os componentes fatores ambientais e pessoais. Em relação a estes últimos não se encontram ainda definidos devido á grande variação social e cultural associada (Capucha, 2009).

A avaliação pela CIF em contexto educativo, devera contemplar sempre equipas pluridisciplinares, envolvendo neste procedimento todos os intervenientes no processo do aluno, levando a que os diferentes domínios possam ser classificados para que se possa dar uma resposta justa a cada um dos casos.

A utilização do referencial da CIF-CJ veio facilitar a distinção entre os alunos elegíveis para a Educação Especial e para outras medidas de apoio à aprendizagem. O recurso a este referencial permitiu um conhecimento mais aprofundado das necessidades educativas dos alunos utilizando um modelo de funcionalidade e incapacidade defende que as pessoas não devem ser reduzidas ou caracterizadas pelas suas deficiências, limitações de atividade ou restrições na participação que permite uma maior adequação das respostas educativas, apresenta-se como de classificação que permite ser usado de forma transversal em diferentes áreas disciplinares e sectores, o que se traduz numa vantagem pois utiliza uma linguagem uniformizada (OMS, 2001; 2004).

A sua utilização, segundo Correia (1999), integra uma equipa pluridisciplinar reforçando a responsabilização e o envolvimento dos docentes, dos diretores de turma, dos técnicos, dos psicólogos e dos terapeutas no processo de avaliação e de intervenção no percurso escolar dos alunos com necessidades educativas especiais. Esta medida contribuiu também para promover uma maior participação dos pais no planeamento da avaliação e na elaboração do PEI dos alunos.

Palha (2008) contesta a aplicação da CIF na área da educação considerando mesmo ser um equívoco. Alega que este instrumento é útil em crianças e adolescentes com deficiência cognitiva, ou perturbações similares, não se adaptando as perturbações específicas do desenvolvimento, pois é geral e não se baseia na teoria e métodos do desenvolvimento infantil.

Correia e Lavrador (2010) questionam a utilidade pouco clarificada da CIF na educação de alunos com NEEcp, igualmente a forma como ela é percebida, tratada e usada, por aqueles que a estão a utilizar, pondo em causa, a utilidade da CIF para

determinar a elegibilidade de um aluno com NEEcp para os serviços de Educação Especial e consequente elaboração do PEI.

Serra (2008) acrescenta mais alguns aspetos positivos dos quais as crianças e jovens com NEE podem usufruir com a aplicação do Decreto-Lei nº3/2008 de 7 de janeiro. Acrescenta o alargamento das fontes de referência, a sua avaliação compreensiva e caracterização, a elaboração de um PEI, a definição das medidas educativas adaptadas à especificidade de cada aluno, através de equipamentos especiais facilitadores do acesso ao currículo e adaptação curricular, às condições especiais de avaliação, aos recursos humanos, técnicos e materiais e a elaboração de um PIT. A referência consiste na comunicação/formalização de situações que possam indicar a existência de NEE. De acordo com a legislação em vigor compete aos encarregados de educação, serviços de intervenção precoce, docentes ou serviços da comunidade tais como: serviços de saúde, segurança social, educação ou outros que devem fazer esta referência, o mais precocemente possível, que confirmando-se essa NEE de carácter permanente será do órgão de gestão a reunir uma equipa pluridisciplinar para proceder à avaliação que terá a CIF como quadro de referência (DGIDC, 2008).

Está-se, então, em processo de avaliação, cada elemento da equipa reúne a informação obtida que será compilada no relatório técnico pedagógico, servindo este, de apoio, à elaboração de um Programa Educativo Individual (PEI). Este documento contém o perfil de funcionalidade do aluno (de acordo com a CIF) e refere os motivos que determinam as NEEcp (doença ou incapacidade) especificando as respostas e medidas educativas a adotar. Nas crianças e jovens com NEEcp, o PEI reveste de uma importância vital do desenvolvimento do processo escolar do aluno. Este documento deve ser revisto sempre que seja necessário.

O PIT terá que ser visto numa perspetiva de um processo dinâmico a curto médio e longo prazo com objetivo de promover a capacitação de aquisição de competências à inclusão destes jovens na comunidade, promovendo a sua transição para a vida pós-escolar. Costa et al. (1996) enumeram algumas considerações importantes na intervenção destes jovens, como deteção precoce das dificuldades e dos problemas do aluno, identificação de áreas fortes e áreas fracas, necessárias à definição, elaboração e implementação do PEI. A valorização das áreas fortes têm como objetivo promover o sucesso educativo e melhorar a autoconfiança; individualização do ensino e diferenciação curricular, consequentemente promover a qualidade de vida do aluno; Ensino direto, sistemático e abrangente, oferecendo diversidade de ambientes extra escolares e ensino estruturado, que implica a definição

de um PEI personalizado, que estabeleça uma sequência de conteúdos e determine os procedimentos situados num contexto evolutivo. Quando o aluno com NEEcp não acompanha o currículo comum, se encontra a três anos do limite de escolaridade obrigatória, e apresenta como resposta educativa um Currículo Específico Individual (CEI) deve ser o PEI complementado com um Plano Individual de Transição (PIT).

Capítulo 2 – A Musicoterapia

1.1 - *Perspetiva histórica*

Desde há muito tempo que o som tem acompanhado o homem na sua viagem pela história.

A utilização da música como um agente terapêutico não é novidade. Na Suméria e Babilónia utilizavam instrumentos de sopro nos rituais de cura e nas celebrações no templo. Na Babilónia, os assobios e as flautas eram usados pelos sacerdotes músicos para estímulo da cura dos doentes mentais. No Egito, começou a emergir um modo mais racional do uso da música como agente curativo. A finalidade era o restabelecimento e a reabilitação de problemas físicos, psíquicos ou emocionais. A música foi usada como terapia nos programas de tratamento hospitalar do Egito para curar o corpo, acalmar a mente e purificar o espírito. O povo Hebreu usava a música em problemas físicos e mentais mas foi na antiga Grécia que encontraram os fundamentos científicos da Musicoterapia.

Pitágoras desenvolveu conceitos matemáticos para explicar a harmonia na música, no universo e na alma humana. A doença mental era o resultado de uma desordem harmónica dentro da alma e à música era reconhecido o poder de recuperar esta harmonia perdida.

Aristóteles foi o autor que teorizou a influência importante da música sobre os seres humanos. A ele agradece-se a Teoria dos “Ethos” da música (a música provocadora de estados de ânimo). Esta é baseada na ideia de que existe uma relação entre os movimentos físicos do ser humano e os da música. Esta conexão torna possível que a música exerça uma influência determinada sobre o carácter do homem, não só sobre as suas emoções. Para tal, cada melodia era constituída com a finalidade definida de criar um estado de ânimo ou “ethos”.

A musicoterapia só começou a ser considerada viável como fator terapêutico no final dos anos 70. Foram os EUA que tiveram a primeira associação para impulsionar este ramo da ciência com a “National Society for Musical Therapeutics”, fundada pela pioneira da musicoterapia, Eva Augusta Vescelius.

Atualmente, existem mais de 66 associações de profissionais musicoterapeutas. Uma designada “World Federation for Music Therapy que agrupa todas as associações existentes. A “International Society for Music in Medicine” (Alemanha – EUA) que agrupa musicoterapeutas e médicos. Na Europa foi fundada a European Music Therapy Confederation, que desde o ano de 2004 é a única associação europeia reconhecida pela União Europeia para trabalhar sobre o

reconhecimento e desenvolvimento dos musicoterapeutas europeus. É de referir que em Portugal existe uma associação fundada em Janeiro de 1996, designada por “Associação Portuguesa de Musicoterapia”.

1.2. - Definição de Musicoterapia

A música é arte e ciência, dois elementos que correspondem a um processo evolutivo do ser humano. Segundo a definição da Federação Mundial de Musicoterapia (WFMT):

"Musicoterapia é o uso profissional da música e dos seus elementos como intervenção em contextos médicos, educativos e sociais, com indivíduos, grupos, famílias e comunidades, que procuram melhorar o seu bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual, espiritual e a sua qualidade de vida. A investigação, a prática, a educação e a formação clínica em musicoterapia são baseadas em critérios profissionais estruturados conforme os contextos políticos, sociais e culturais (2011)".

Para a National Association for Music Therapy, designa-se como o “uso da música na obtenção de objectivos terapêuticos: a restauração, manutenção e aumento da saúde física e mental. É também a aplicação científica da música, dirigida pelo terapeuta num contexto terapêutico para provocar mudanças no comportamento. Essas mudanças ajudam ao tratamento que deve receber a fim de que possa compreender-se melhor a si mesma e ao seu mundo para poder a ajustar-se melhor e mais adequadamente à sociedade”(1997).

Na musicoterapia há métodos e procedimentos, originados de investigações científicas no âmbito musical (antropológico, sociólogo, psicológico, histórico, folclórico), terapêutico (biológico, neurofisiológico, médico, psiquiátrico, de educação especial) ou musicoterapêutico (efeitos da música sobre o ser humano, efetividade da musicoterapia nos distintos quadros clínicos, entre outros).

É uma ciência paramédica que usa a música e todos os seus elementos constituintes com objetivos terapêuticos. O seu objetivo é possibilitar aos pacientes a abertura de canais de comunicação e/ou reabilitação de necessidades emocionais, mentais, sociais, físicas e cognitivas.

1.3 - A Expressão Musical e a Paralisia Cerebral

A música é mais do que um aglomerado de sons e o efeito que ela nos provoca vai além daquele provocado por cada sonoridade (Pocinho, 1999).

Desde a sua criação e desenvolvimento, a criança é auxiliada por sons que a rodeiam, estando estes presentes nas suas primeiras experiências.

A música assume o papel de importância pelo apelo à expressão, à emoção e à promoção do desenvolvimento criativo. Uma das intervenções aplicadas nas crianças com paralisia cerebral é suscitar-lhes vivências com o meio circundante e com a música. Dessa forma, a criança tem a hipótese de ouvir e explorar diversos sons, assim como cantar, dançar, tocar para que se situe e participe no mundo que a rodeia. Trata-se de um apelo à aprendizagem e estes hábitos irão beneficiar o desenvolvimento da memória da criança, assim como discriminar sons, melodias, ritmos e palavras. Consequentemente, a música ao ser ouvida e/ou praticada em conjunto, permite que as crianças aprendam a socializar.

Segundo Sousa (2003), é importante a prática de uma educação pela música, uma vez que o objetivo, não é centrar-se na aquisição de conhecimentos musicais mas no desenvolvimento da percepção, atenção, memória, das emoções, da cognição e da socialização. É através dos jogos musicais que estas competências se podem desenvolver, jogos que promovam o raciocínio lógico tanto a nível dedutivo como indutivo. O raciocínio dedutivo deve ser estimulado com o cantar de uma canção, acompanhando-a com instrumentos rítmicos. Quanto ao raciocínio indutivo, as atividades podem consistir em criar uma célula rítmica, torná-la melódica e depois associar-lhe outros instrumentos, tornando-a polifónica e harmónica” (Sousa, 2003). Também se pode desenvolver a memória auditiva através de atividades de memorização de sons que se acabaram de ouvir ou que já tenham sido ouvidos há algum tempo.

A estimulação da memória a longo prazo é essencial para apelar para a imitação de diversos sons já conhecidos pela criança. A descoberta de ruídos e sons do meio circundante, são atividades que promovem o desenvolvimento das capacidades auditivas. Estas promovem a percepção e a memória auditiva bem como o raciocínio lógico auxiliando o desenvolvimento cognitivo das crianças.

A música tem bastante utilidade na educação especial, na medida em que se trabalha essencialmente ao nível da socialização, a nível motor e constitui um suporte para ajudar as aprendizagens como a leitura e a escrita. Através da música, os alunos

aprendem diversos tipos de linguagem, seja ela uma expressão corporal, dramática, instrumental ou verbal (Riccardi, 2005).

Segundo Riccardi (2005), a “Educación Musical Especial, como área de especialización de la Educación Musical, centra su trabajo en el proceso de aprendizaje musical dirigido a personas com necesidades educativas especiales” (Riccardi, 2005: 129).

De acordo com diversos estudos referidos por Riccardi, na área cognitiva, a criança com NEE, pode melhorar a sua capacidade de atenção, observação, compreensão e concentração. Contribui também de forma positiva para o desenvolvimento da percepção e memória, melhora a linguagem, a vocalização e pronúncia, impulsionando a estimulação da criatividade.

Andrade (1998:84) menciona que a música num aluno com Paralisia Cerebral “...pode ajudar a criança no controlo da motricidade, na sua organização espaço-temporal e na expressão oral dando-lhe ao mesmo tempo oportunidade de expressão livre e prazer evitando bloqueios emocionais. Refere ainda que os aspectos lúdicos que a música proporciona à criança no seu equilíbrio emocional e na sua maturação e integração social e por outro lado desenvolvem a sua capacidade de manter a atenção.

Por fim, a educação musical é uma área que apresenta muitas vantagens para todos os alunos com NEE, inclusive os alunos com paralisia cerebral. Trata-se de uma área de enriquecimento curricular leccionada aos alunos com NEE e que permite facilitar a aprendizagem de outros conteúdos curriculares, descobrir novas formas de comunicação, desenvolver a capacidade de expressão, a capacidade de organização espaço-temporal, promove a socialização através das actividades propostas e colabora tanto ao nível da organização bem como da estruturação do pensamento lógico (Riccardi, 2005).

Constata-se, assim, que todas estas ideias defendidas pelo autor Riccardi (2005), vão de encontro às opiniões dos autores Sousa (2003) e Pocinho (1999), já supracitadas anteriormente. Todos eles referem que a música é um instrumento valioso para o desenvolvimento das crianças em diferentes níveis.

Rett e Seidler (1996:256) reforçam a ideia de que as crianças com lesões cerebrais provocam deficiências mais ou menos acentuada na fala e por vezes “...apenas a música mantém aberto o caminho da reacção...”. É através deste caminho que se consegue oferecer estímulos não verbais que promovam o raciocínio da criança.

1.4. Processo Terapêutico da Musicoterapia na Paralisia Cerebral

A intervenção envolve atividades musicais que podem ser efetuadas em grupo ou individualmente, ao longo de um processo bem planificado e continuado no tempo, orientado por profissionais com formação específica. A título informativo, referimos um link que exemplifica resumidamente um pouco este trabalho (www.youtube.com/watch?v=uwCJQY2DUOQ; www.youtube.com/watch?v=rHR1twWJmQk – The Berklee College of Music “The Art & of Music Therapy”).

A Musicoterapia como já foi mencionado, destina-se especialmente a indivíduos com problemáticas a nível de relacionamento, comunicação, comportamento e integração social, podendo também ser aplicada a idosos, adultos, adolescentes e crianças em instituições de saúde física e mental, educação, intervenção comunitária e reabilitação.

Existem vários métodos, o **método recetivo** em que o terapeuta toca as músicas para o paciente, e o **método ativo**, que é usado na maior parte dos casos onde o paciente toma parte ativamente do processo, tocando instrumentos, cantando, dançando, realizando atividades interagindo com o terapeuta. O paciente pode criar, improvisar, imaginar, interpretar e compor juntamente com o terapeuta.

No início da terapia, o terapeuta faz um retrato sonoro, uma biografia sonora do paciente, através de uma anamnese (entrevista) e assim esboça os objetivos e métodos da terapia, sendo usada para trabalhar as necessidades individuais de cada paciente. Por sua vez, este não necessita de formação musical para fazer o tratamento, porque o que importa é a expressão e não o resultado estético. A musicoterapia visa, assim como a arte terapia, o processo e não o resultado final. Basta haver participação, não sendo necessário conhecimento musical por parte do paciente.

Os musicoterapeutas realizam o seu trabalho com diversos pacientes, tais como: pessoas com dificuldades motoras, dificuldades emocionais, autistas, pessoas com dificuldades motoras, pacientes psiquiátricos, idosos, entre outros.

O trabalho é mais enriquecedor se for integrado numa equipa de saúde multidisciplinar, conjuntamente com professores, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisioterapeutas. A interação do musicoterapeuta depende dos objetivos e métodos que ele usa. Nalgumas situações, as sessões são gravadas e o terapeuta pratica improvisações ou composições acerca dos temas apresentados pelo paciente.

O objetivo da produção durante as sessões de musicoterapia são não-musicais, não sendo necessário que o paciente possua nenhuma qualificação musical

para que participe no tratamento. O musicoterapeuta, por outro lado, devido às habilidades necessárias para a condução do processo terapêutico, necessita de experiência e conhecimento em diversificados instrumentos musicais, tais como: piano, guitarra e instrumentos de percussão. Também faz parte da sua formação ter conhecimentos de anatomia e fisiologia humana, psicologia, filosofia e noções de expressão artística, expressão corporal, dinâmicas de grupo, dança e métodos de educação musical.

Por fim, a musicoterapia deve e pode unir-se à expressão corporal, fruto da terapia alternativa, marcado como um recurso terapêutico natural. A expressão corporal tem como objetivo promover a consciência corporal, fazendo com que o paciente conheça melhor as limitações do seu corpo e os possa ampliar, levando ao autoconhecimento e permitindo até as transformações emocionais.

Capítulo 3 – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

1. *Metodologia de Investigação*

1.1 *Pertinência do tema*

Se a musicoterapia é um meio de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com paralisia cerebral como diversos autores e musicoterapeutas defendem, torna-se interessante perceber e entender de que forma isso pode suceder.

Os profissionais de educação, familiares, amigos e toda a equipa de profissionais de diversas áreas que constituem no processo de vida dos indivíduos com paralisia cerebral têm um papel relevante para o seu sucesso, uma vez que as concepções, ideias e conhecimentos acerca da problemática são da maior importância. A falta de informação e/ou desinteresse de um professor em relação a esta problemática pode muitas vezes resultar numa má abordagem com o aluno, que o irá marcar negativamente ao longo do seu processo ensino-aprendizagem e posteriormente na sua vida pós escolar. Por isso mesmo a realização deste estudo, surge da necessidade de comparar as opiniões entre os docentes (Educadores de Infância/professores do 1º Ciclo do Ensino Básico) e os profissionais de outras áreas (psicólogos, médicos, musicoterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais...) sobre os conhecimentos que têm sobre esta realidade.

1.2 *Objetivos*

Na presente dissertação, colocamos hipóteses relativamente ao tema: "A importância da Musicoterapia na Paralisia Cerebral: perceção da equipa multiprofissional". Esta questão surge da necessidade de conhecer melhor esta realidade.

Tendo em conta que a investigação em Pedagogia tem por objetivo promover a Educação ajudando-a na realização do seu fim, que é o desenvolvimento holístico da pessoa, esta dissertação de mestrado desenvolvida, pretende contribuir para uma melhor reflexão, por parte dos educadores/professores do 1º ciclo e de outros profissionais. Referimo-nos ao seu próprio conhecimento acerca da relação existente entre a musicoterapia e a paralisia cerebral e os benefícios possíveis a obter com esta relação, uma vez que segundo alguns autores, os sons ativarão o Sistema Nervoso

Central e produzirão respostas motoras. Perceber se distinguem os sinais de alerta, se reconhecem características que levam à sinalização destes alunos, se dominam o tipo de estratégias e terapia (s) a referenciar aos pais e a utilizar em contexto sala de aula.

O objetivo geral desta dissertação é verificar segundo a opinião de diversos profissionais como a musicoterapia e toda a intervenção de uma equipa diferenciada pode influenciar o comportamento e a vida dos indivíduos com paralisia cerebral. Os objetivos específicos consistem em identificar se a existência da musicoterapia será um processo facilitador para ajudar os indivíduos com paralisia cerebral, se os comportamentos destes indivíduos são influenciáveis e modificados e reconhecer a importância e significado da musicoterapia nesta realidade assim como das outras áreas de intervenção.

Será que as conceções e discursos da amostra se adequam ao conhecimento científico que possuem, ou existem distorções a este nível?

1.3 *Questão de investigação*

A questão de investigação deve ser, pertinente, clara, e exequível.

Mediante o exposto, formula-se a seguinte questão de investigação:

Qual a importância atribuída pelos docentes e pela equipa multiprofissional à Musicoterapia na Paralisia Cerebral?

Para a observação de uma ou mais conclusões foram definidas várias hipóteses.

1.4 *Hipóteses*

As hipóteses assumiram-se como uma linha orientadora para a presente investigação.

Após alguma reflexão e ponderação, as hipóteses que foram delineadas são as seguintes:

H₁ - Os sujeitos da amostra (professores e equipa multiprofissional) consideram que a musicoterapia contribui para uma melhor qualidade de vida dos alunos com paralisia cerebral.

Variável dependente: importância da Musicoterapia na Paralisia Cerebral

Variável independente: funções que exerce (professor, médico, terapeuta da fala, psicólogo....)

H₂ – Os sujeitos da amostra (professores e equipa multiprofissional) concordam com a inclusão de alunos com NEE nas escolas do ensino regular.

Variável dependente: concordância da inclusão de alunos NEE no ensino regular

Variável independente: funções que exerce (professor, médico, terapeuta da fala, psicólogo....)

1.5 Amostra

Sendo assim, a nossa amostra irá incidir-se numa equipa profissional diversificada que trabalham ou não com indivíduos com paralisia cerebral. Participaram neste estudo, profissionais de educação: Educadores de Infância e professores do 1º Ciclo do Ensino Básico (questionário I -anexo A) e uma equipa multiprofissional constituída por musicoterapeutas, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, médicos, entre outros. (questionário II - anexo B).

No que respeita à distribuição da amostra da equipa de docentes – questionário I - em função da idade, esta corresponde a 66% as idades compreendidas entre os 20-30 anos, seguindo-se os que se situam na faixa etária dos 31 aos 40 anos com 19%. Os professores com idades entre os 41 e os 50 anos representam 13% da amostra e com mais de 50 anos estão representados 6% da amostra. Quanto às habilitações literárias, verifica-se que quase a totalidade da amostra (92%) é licenciada. Apenas 6% dos professores possui o mestrado e 2% o doutoramento.

No questionário II, no que respeita à faixa etária, a maioria dos sujeitos da amostra (55%) possui idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, seguindo-se os que se encontram na faixa etária dos 31 aos 40 anos (35%) e os que têm entre os

41 e os 50 anos. Quanto às habilitações literárias, 49% dos sujeitos da amostra são licenciados, 48% possuem o mestrado e 3% são doutorados.

1.6 *Instrumento de recolha de dados*

Como instrumentos de recolha, recorreu-se a dois questionários um com questões fechadas (anexo A) para o grupo de docentes e um questionário com questões abertas e fechadas para um grupo de vários profissionais (anexo B). É de referir que o questionário I foi elaborado no trabalho da pós-graduação e o questionário II foi criado agora para a dissertação do mestrado, dando continuidade ao anterior mas alterado com a introdução de questões abertas, sendo estes elaborados no programa «Google docs». As questões fechadas apresentavam respostas como concordo, discordo, nem concordo nem discordo ou respostas com algumas definições de algum conceito, onde o inquirido teria de seleccionar a resposta que considerava correta. Nas questões abertas, o inquirido expressa a sua opinião, quer seja uma crítica, um elogio ou sugestão. Este tipo de questões são de difícil análise porque as respostas obtidas são amplas e diferem entre si mas ao mesmo tempo enriquece o trabalho através das diversas opiniões e conteúdos nelas patentes. A combinação da análise quantitativa e qualitativa, tornará este trabalho mais forte, uma vez que se alarga as informações obtidas mas também se obtém dados sobre um conjunto alargado de pessoas relativo a um certo número de questões pré-determinadas.

1.7 *Procedimentos*

Os questionários foram enviados via correio electrónico e a análise estatística das questões fechadas foi feita através do *Microsoft Office Excel 2007*. Para as questões abertas, recorreu-se à análise de conteúdo que pode ser realizada de duas formas, segundo um sistema de categorias existente ou segundo um sistema de categorias que emerge “da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2004, p. 119) ou ainda, como referem Carmo e Ferreira (1998, p. 225), “a definição das categorias, pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*”. Delineou-se nesta fase metodológica uma abordagem exploratória, elencada numa categorização *a posteriori*. Aquando do processo de categorização, as categorias e subcategorias foram subdivididas, fundidas, eliminadas ou ajustadas consoante as imposições dos dados, apresentados em quadros.

Capítulo 4- Apresentação e Discussão de Resultados

Nesta parte do trabalho procede-se à apresentação dos resultados obtidos dos questionários aplicados aos professores e ao grupo da equipa multiprofissional. Os dados das questões fechadas são apresentados em gráficos e os resultantes das questões abertas são apresentados em quadro, com as respetivas categorias e subcategorias, antecédidos da sua leitura, como forma de facilitar a compreensão dos mesmos.

Salienta-se que se apresentam, em primeiro lugar, os resultados relativos à amostra dos docentes, seguindo-se os obtidos na amostra da equipa multiprofissional.

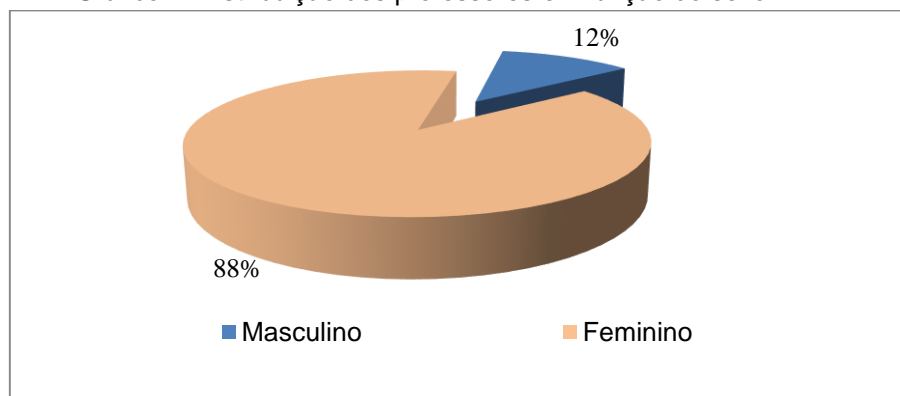
Após a apresentação dos resultados faz-se a sua discussão à luz da revisão bibliográfica efetuada na primeira parte deste trabalho.

1. Resultados da amostra de docentes

1.1 Dados sociodemográficos e profissionais

Os resultados do Gráfico 1 mostram que a amostra de professores é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (88%).

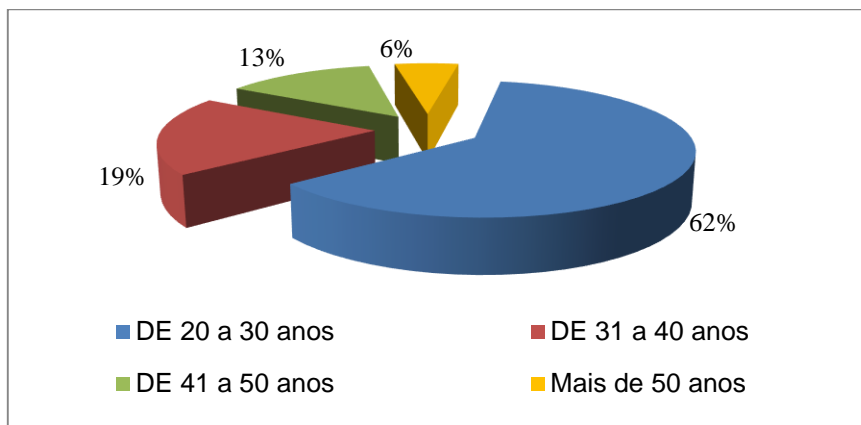
Gráfico 1: Distribuição dos professores em função do sexo



Em conformidade com os dados expostos no Gráfico 2, pode dizer-se que a maioria dos professores (62%) possui idades compreendidas entre os 20 aos 30 anos; seguindo-se os que se situam na faixa etária dos 31 aos 40 anos. Os professores com

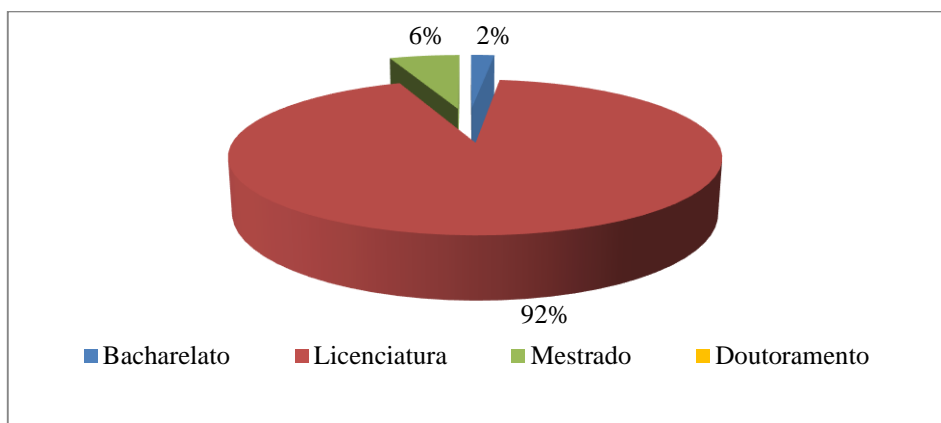
idades entre os 41 e os 50 anos representam 13% da amostra e com mais de 50 anos estão representados 6% da amostra.

Gráfico 2: Distribuição dos professores em função da idade



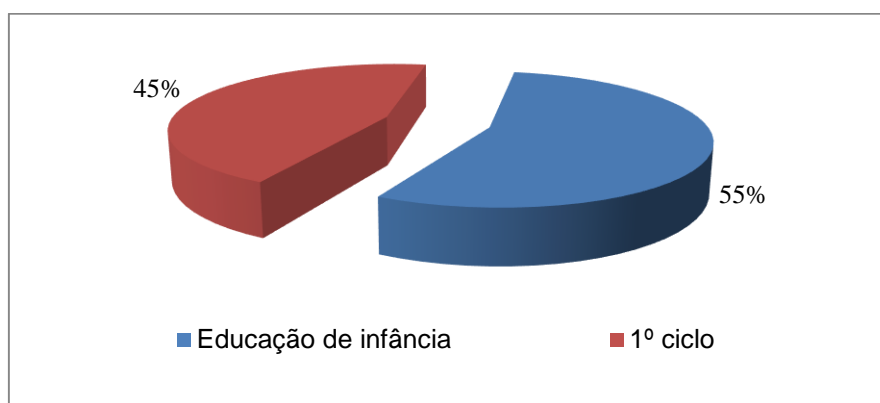
Quanto às habilitações literárias, verifica-se que quase a totalidade da amostra (92%) é licenciada. Apenas 6% dos professores possui o mestrado e 2% o doutoramento (cf. Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribuição dos professores em função das habilitações literárias



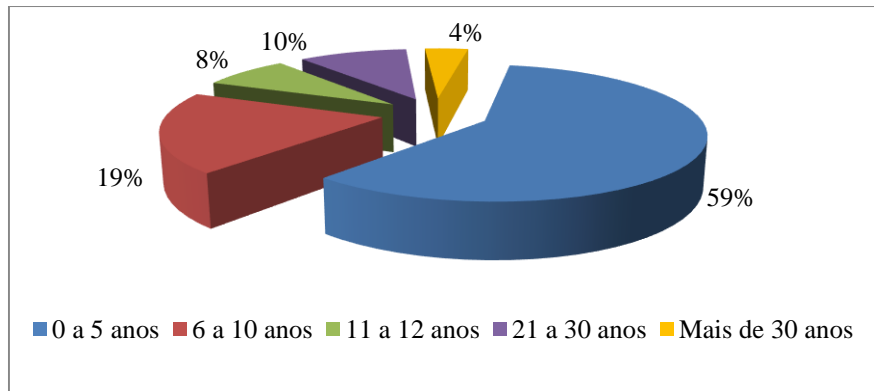
Constata-se que a maioria dos professores (55%) leciona no 1º Ciclo do Ensino Básico, enquanto 45% leciona ano Pré-Escolar (cf. Gráfico 4).

Gráfico 4: Distribuição dos professores em função do nível de ensino que leciona



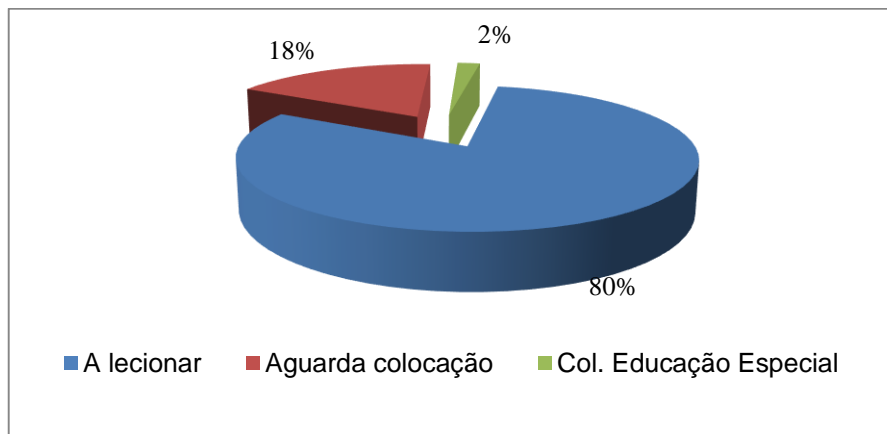
Relativamente aos anos de serviço, pode dizer-se que mais de metade da amostra dos professores (59%) exerce funções entre os 0 e os 5 anos. Seguem-se, em termos de valores percentuais, os professores que exercem funções entre os 6 e os 10 anos (19%), os que têm entre os 21 e os 30 anos de serviço (10%), 8% dos docentes possuem entre 11 a 12 anos de serviço e 4% exerce funções docentes há mais de 30 anos (cf. Gráfico 5).

Gráfico 5: Distribuição dos professores em função dos anos de serviço



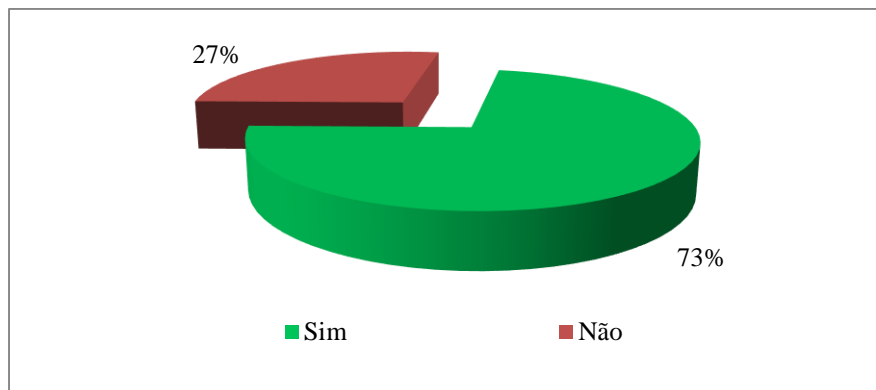
Os dados expostos no Gráfico 6 mostram que 80% dos professores encontra-se a lecionar; 18% aguarda colocação e 2% exercem funções na Educação Especial.

Gráfico 6: Distribuição dos professores em função da situação profissional



A análise dos resultados expostos no Gráfico 7 mostra que a maioria dos professores (73%) confirmou que teve a disciplina de NEE na sua formação académica inicial, contrariamente aos 27% que não teve a referida disciplina.

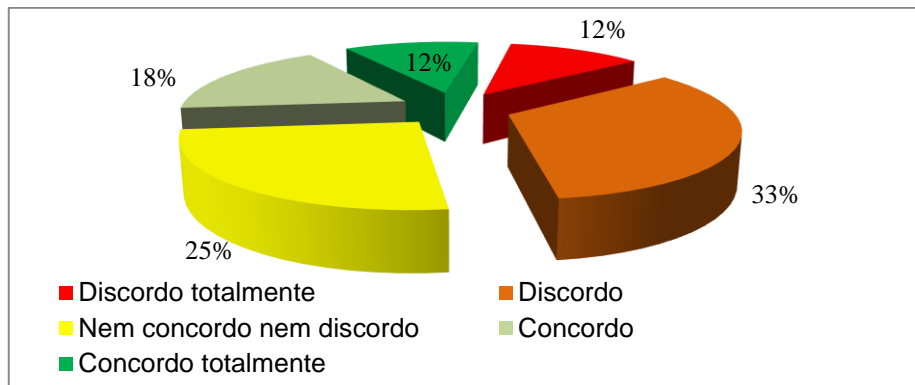
Gráfico 7: Possuir a disciplina de NEE na formação académica



1.2 Dados relativos à paralisia cerebral

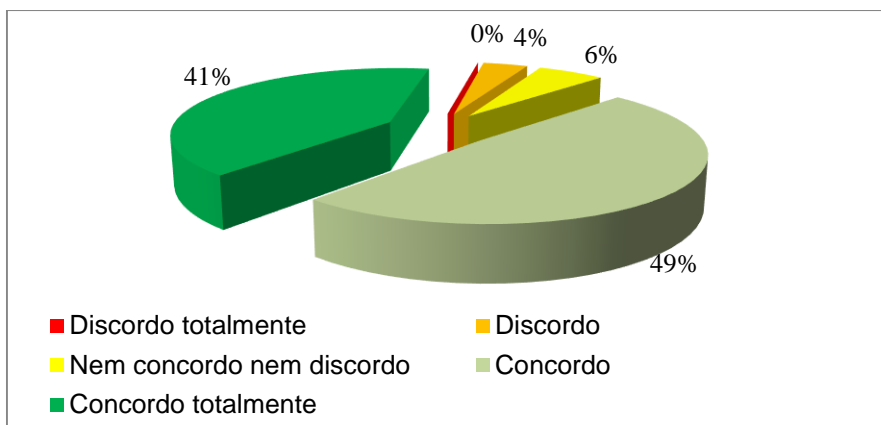
No que se refere à afirmação “a paralisia cerebral pode ser uma doença”, constatou-se que a maioria dos professores (33%) discorda; 25% da amostra referiu que nem concorda nem discorda; 18% dos professores mostrou-se concordante com a afirmação e, com o mesmo valor percentual (12%, respetivamente), estão as opiniões dos professores que discordam e discordam totalmente com o facto de a paralisia cerebral poder ser uma doença (cf. Gráfico 8).

Gráfico 8: A paralisia cerebral pode ser uma doença



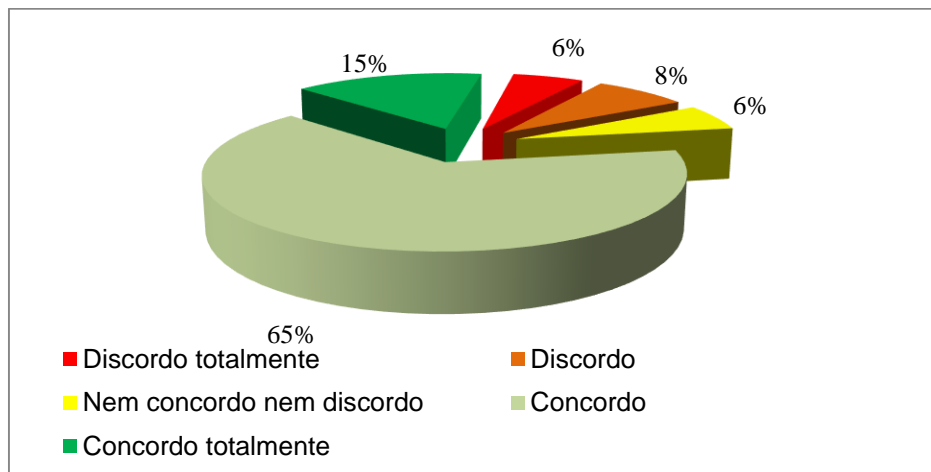
Verificou-se que 49% dos professores concordam com a afirmação de que “uma criança com deficiência não deve ser um colete de forças”; 41% dos docentes concorda totalmente com a afirmação, enquanto 6% da amostra nem concorda nem discorda e 4% discorda (cf. Gráfico 9).

Gráfico 9: Uma criança com deficiência não deve ser um colete-de-forças



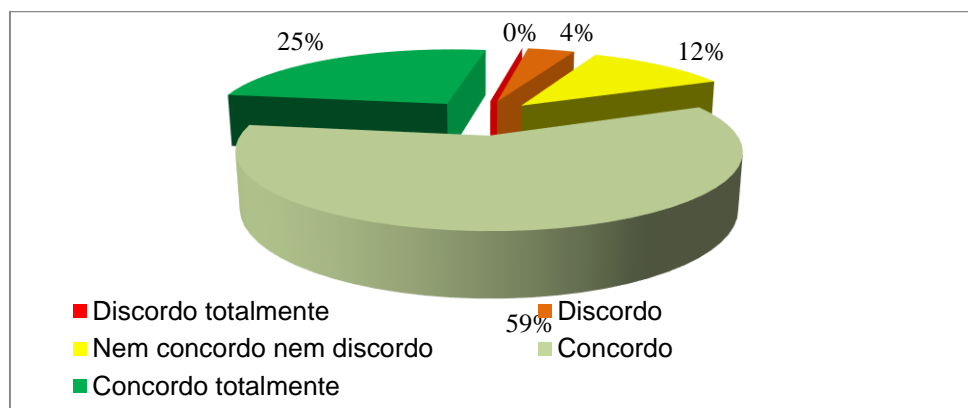
A análise do Gráfico 10 mostra que a maioria dos sujeitos da amostra (65%) concorda com a integração de crianças com paralisia cerebral no ensino regular, 15% dos docentes concorda totalmente, contrariamente aos sujeitos da amostra que revelaram graus de discordância (6% discordam totalmente; 8% discordam). Salienta-se que 6% dos sujeitos da amostra nem concordam nem discordam.

Gráfico 10: As crianças com paralisia cerebral serem integradas no ensino regular



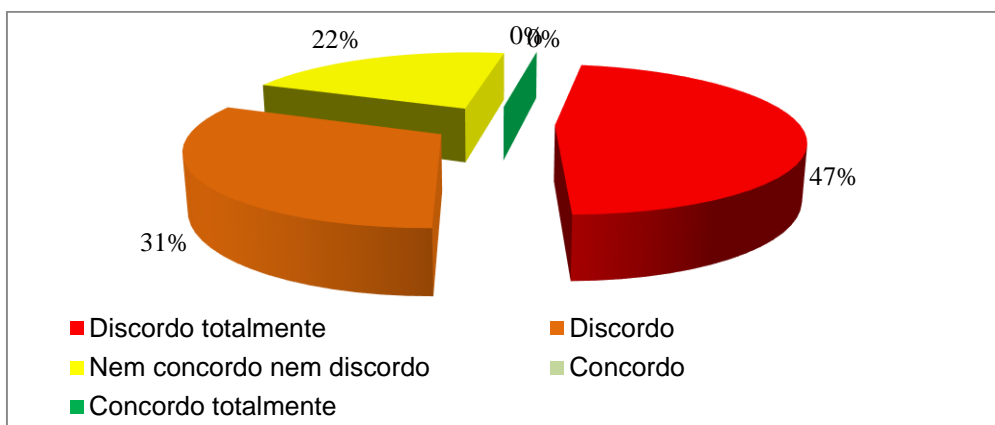
No que concerne à afirmação “A criança com paralisia cerebral pode ter inteligência normal ou acima do normal, mas poderá ter um atraso intelectual, não só devido às lesões cerebrais, mas também pela ausência de experiência resultante das suas deficiências”, de acordo com os dados apurados, pode dizer-se que a maioria dos sujeitos da mostra demonstrou uma opinião favorável em relação à mesma, ou seja, 59% concorda e 25% concorda totalmente, enquanto 4% da amostra discorda e 12% nem concorda nem discorda (cf. Gráfico 11).

Gráfico 11: A criança com paralisia cerebral pode ter inteligência normal ou acima do normal, mas poderá ter um atraso intelectual, não só devido às lesões cerebrais, mas também pela ausência de experiência resultante das suas deficiências



A análise dos dados expostos no Gráfico 12 mostra que a maioria dos sujeitos da amostra não se manifestou concordante com o facto de uma das causas da paralisia cerebral poder ser a hereditariedade, pois 47% discorda totalmente e 31% discorda. Refira-se que 22% dos sujeitos não concorda nem discorda.

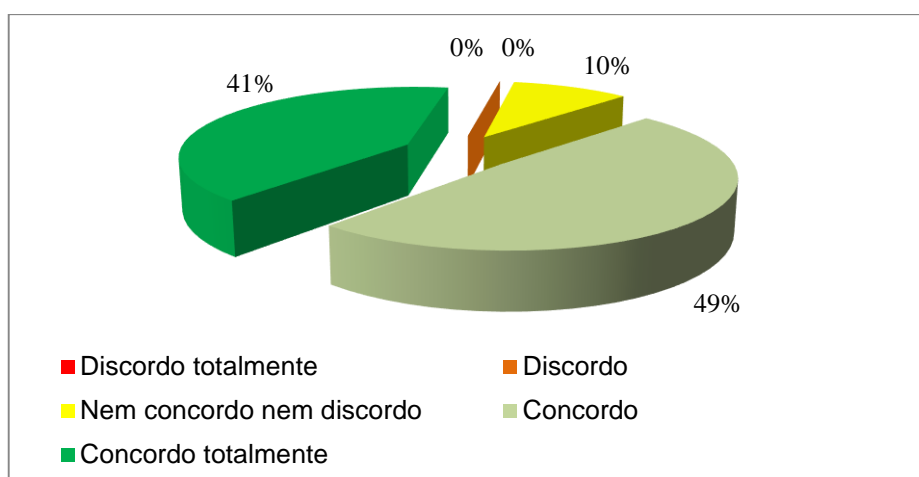
Gráfico 12: Uma das causas da paralisia cerebral é hereditária



1.3. Dados relativos à musicoterapia

No que se refere à afirmação “A música é um fator motivador e facilitador para a comunicação com o aluno com paralisia cerebral”, em conformidade com os dados apurados, verificou-se que a maioria dos sujeitos da amostra revelou-se concordante com a afirmação (49% concordam; 41% concordam totalmente). Verificou-se que 10% dos sujeitos da amostra nem concordam nem discordam (cf. Gráfico 13).

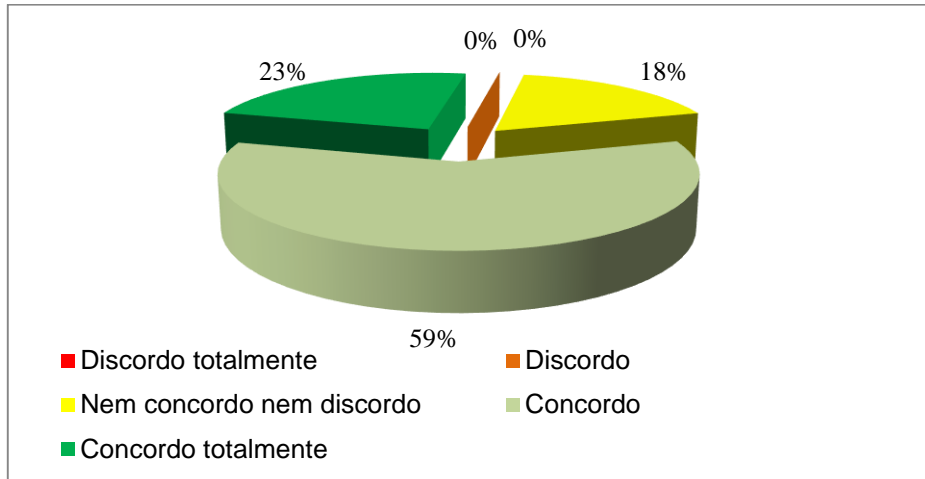
Gráfico 13: A música é um fator motivador e facilitador para a comunicação com o aluno com paralisia cerebral



Constatou-se que a maioria dos sujeitos da amostra revelaram opiniões concordantes com a afirmação de que a música poder ser usada para modificar o

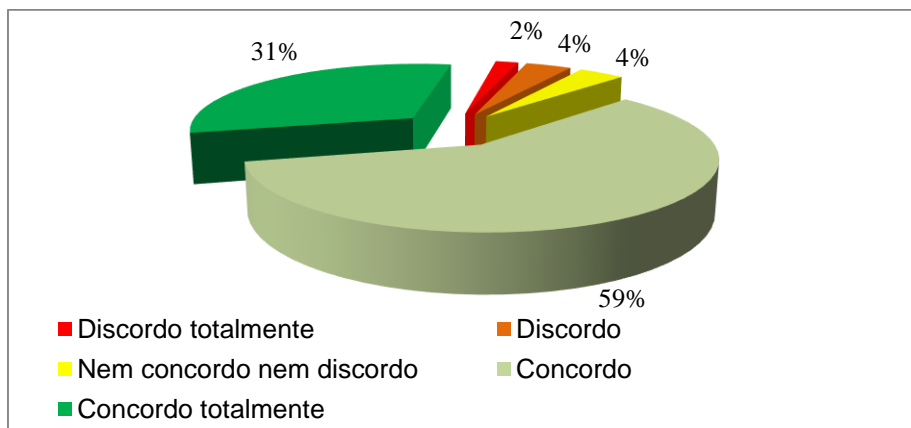
comportamento do aluno com paralisia cerebral (59% concordam; 23% concordam totalmente). Confirmou-se que 18% dos sujeitos da amostra não concordam nem discordam (cf. Gráfico 14).

Gráfico 14: A música poder ser usada para modificar o comportamento do aluno com paralisia cerebral



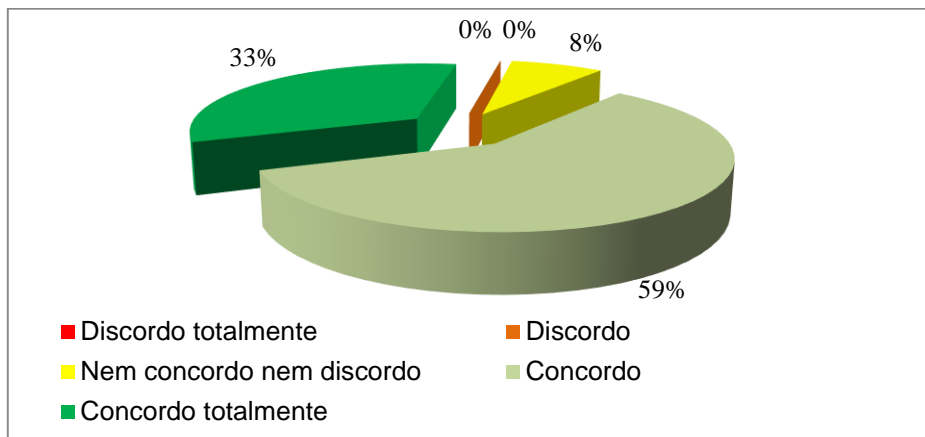
Quanto ao facto de a música poder ser a alegria de não permanecer em desespero e para as crianças poderem ter uma linguagem estimulante e confortadora, em conformidade com os dados apurados, uma vez mais se verificou que a maioria dos sujeitos da amostra revela opiniões concordantes com esta afirmação (59% concordam; 31% concordam totalmente). Numa posição contrária, estão os sujeitos da amostra que discordam totalmente (2%) e discordam (4%) com esta afirmação. Constatou-se também que 4% dos sujeitos da amostra não concordam nem discordam (cf. Gráfico 15).

Gráfico 15: A música é a alegria de não permanecer em desespero e para as crianças poderem ter uma linguagem estimulante e confortadora



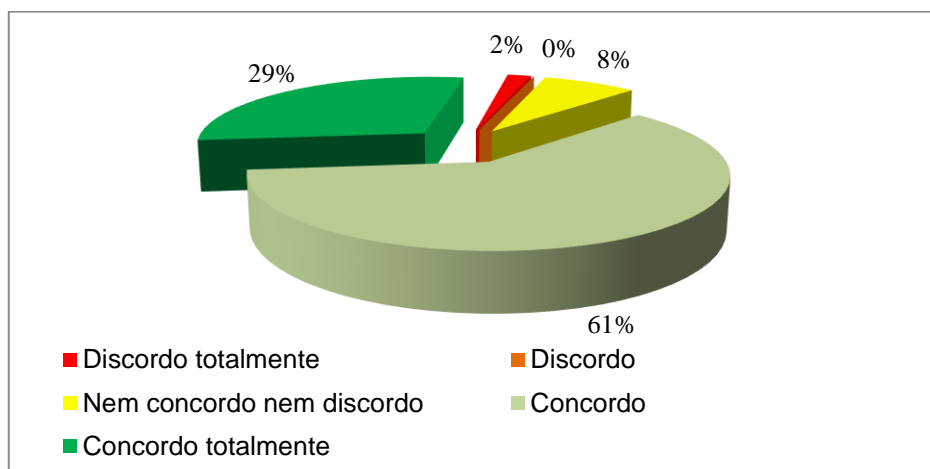
Os dados apurados demonstram que sobressai a opinião favorável dos sujeitos da amostra em relação à afirmação “A musicoterapia melhora a qualidade de vida nas crianças com paralisia cerebral”, dado que mais de metade da amostra (59%) concordam com esta afirmação e 33% concordam totalmente. Verificou-se ainda que 8% da amostra não concorda nem discorda (cf. Gráfico 16).

Gráfico 16: A musicoterapia melhora a qualidade de vida nas crianças com paralisia cerebral



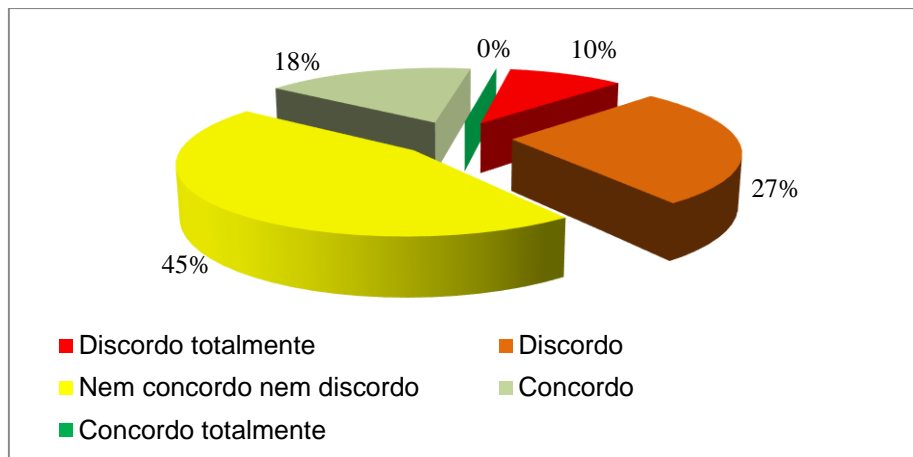
Constatou-se que a musicoterapia é uma fonte capaz de criara meios de ouvir. Compreender, sentir, interiorizar e estabelecer ligações, que proporcionam mudanças nos docentes, no seu trabalho, indo ao encontro da integração total no contexto vivencial.

Gráfico 17: A musicoterapia é uma fonte capaz de criara meios de ouvir. Compreender, sentir, interiorizar e estabelecer ligações, que proporcionam mudanças nos docentes, no seu trabalho, indo ao encontro da integração total no contexto vivencial



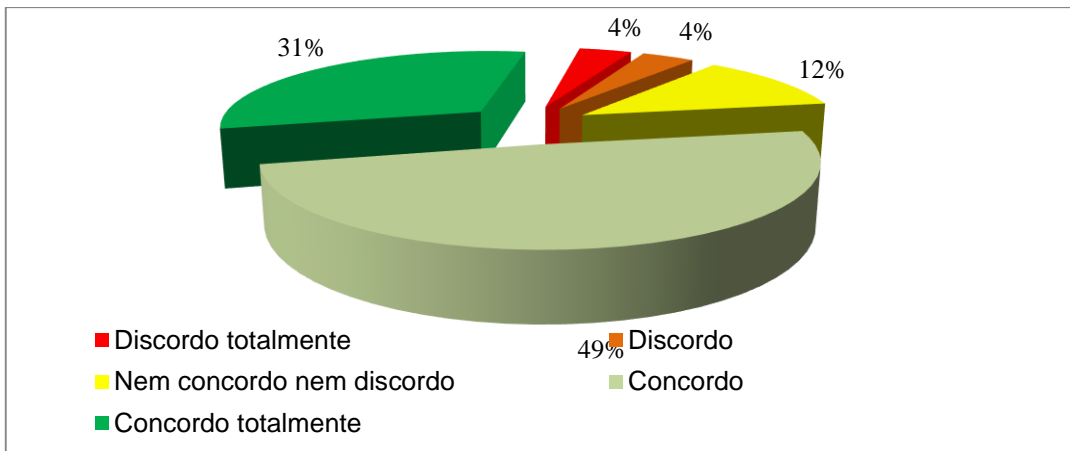
Constatou-se que a maioria dos sujeitos da mostra (45%) não concorda nem discorda com a afirmação “Importância do aluno com paralisia cerebral apresentar grande cultura musical”. Por sua vez, 27% dos sujeitos da amostra discordou com a referida afirmação e 10% manifestou-se completamente discordantes. Por fim, salienta-se que 18% da amostra concordam com a supramencionada afirmação (cf. Gráfico 18).

Gráfico 18: Importância do aluno com paralisia cerebral apresentar grande cultura musical



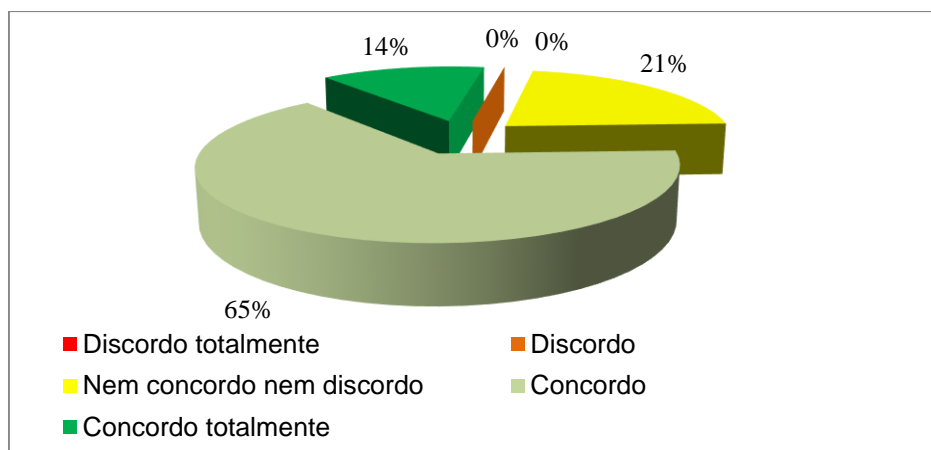
No que se refere à afirmação “A musicoterapia é um instrumento de intervenção abrangente a vários tipos de população, desde pessoas com deficiência (motora mental) a crianças com dificuldades específicas de aprendizagem”, constatou-se que a maioria dos sujeitos da amostra revelou opiniões concordantes com a mesma (49% concordaram; 31% concordaram totalmente). Contudo, verificou-se que há sujeitos que não têm a mesma opinião face à referida afirmação (4% discordaram; 4% discordaram totalmente). Há a salientar que 12% da amostra não concordam nem discordam (cf. Gráfico 19).

Gráfico 19: A musicoterapia é um instrumento de intervenção abrangente a vários tipos de população, desde pessoas com deficiência (motora mental) a crianças com dificuldades específicas de aprendizagem



Outro resultado a que se chegou tem a ver com o grau de concordância em relação à afirmação “A criança com paralisia cerebral, que não se mexe, consegue novos movimentos, estimulados pela produção de sons”. Assim, verificou-se que mais de metade da amostra revelou-se concordante (65% concordam; 14% concordam totalmente). Refere-se que 21% dos sujeitos da amostra não concordam nem discordam (cf. Gráfico 20).

Gráfico 20: A criança com paralisia cerebral, que não se mexe, consegue novos movimentos, estimulados pela produção de sons

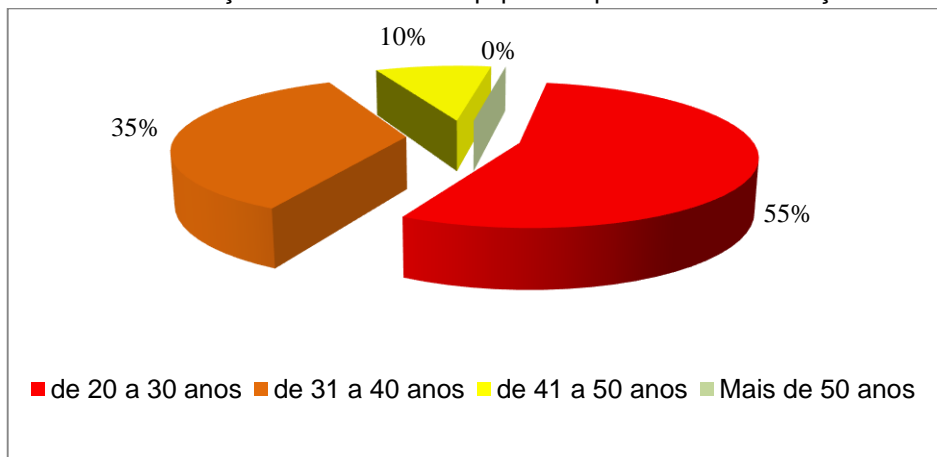


2. Resultados da amostra da equipa multiprofissional

2.1. Dados sociodemográficos e profissionais

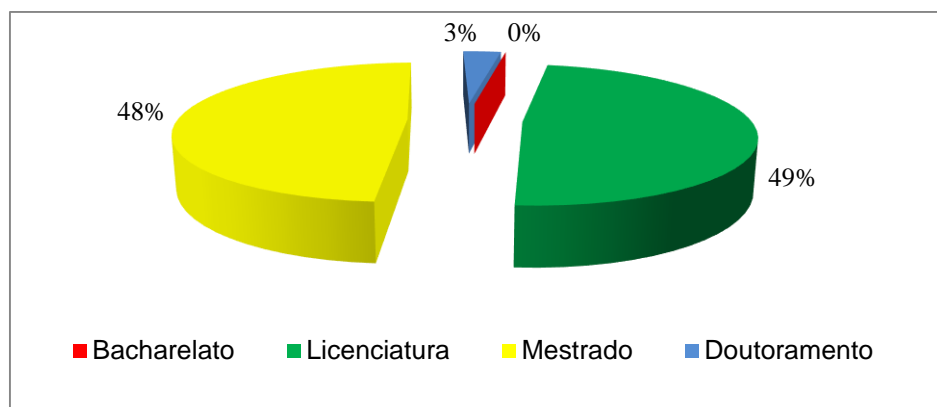
Apurou-se que a maioria dos sujeitos da amostra (55%) possui idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, seguindo-se os que se encontram na faixa etária dos 31 aos 40 anos (35%) e os que têm entre os 41 e os 50 anos (cf. Gráfico 21).

Gráfico 21: Distribuição da amostra da equipa multiprofissional em função da idade



Os dados expostos no Gráfico 22 mostram que 49% dos sujeitos da amostra são licenciados, 48% possuem o mestrado e 3% são doutorados.

Gráfico 22: Distribuição da amostra da equipa multiprofissional em função das habilitações literárias



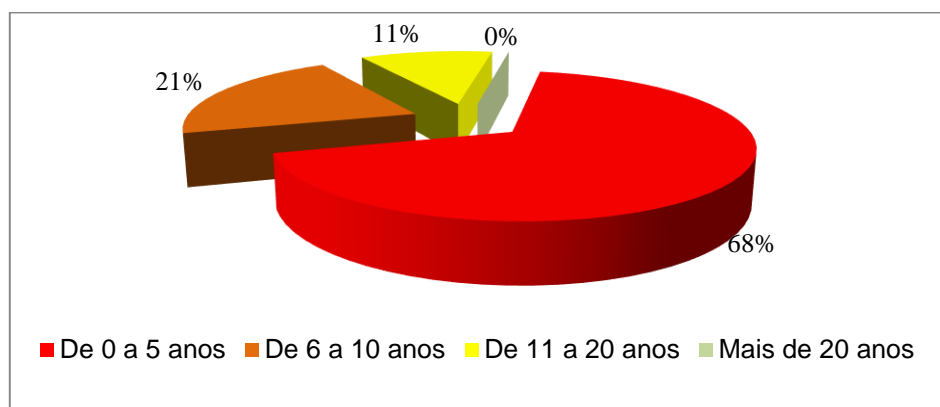
A análise dos resultados expostos no Quadro 1 mostra que são várias as áreas de habilitações literárias dos sujeitos da amostra, sobressaindo a Psicologia Clínica e da Saúde (n=12), a Terapia da Fala (n=8), o Mestrado em Musicoterapia (n=6) e o Mestrado em Psicologia Escolar e da Educação (n=6).

Quadro 1: Distribuição da amostra da equipa multiprofissional em função da área de habilitação literária

Ciências da Educação	3
Curso especializado em musicoterapia. Membro APMT	1
Enfermagem	1
Licenciatura 1º Ciclo do Ensino Básico	2
Psicologia Clínica e da Saúde	12
Psicologia Clínica e da Saúde /Mestrado Área Psicossomática	1
Psicologia Social e das Organizações	1
Mestrado em Reabilitação Psicomotora	2
Especialização em Neurologia Clínica	1
Licenciatura Psicologia Aplicada Ramo da Ciência	1
Médico	3
Mestrado em Ciências da Saúde	1
Mestrado em Musicoterapia	6
Mestrado em Psicologia de Desenvolvimento e Aconselhamento/Psicoterapias	3
Mestrado em Psicologia Clínica Forense	1
Mestrado em Psicologia de Comportamento Desviantes e da Justiça	2
Mestrado em Psicologia Escolar e da Educação	6
Mestrado em Psicologia Social e das Organizações	1
Mestrado em Psicologia das Organizações Sociais e do Trabalho	1
Pós Graduação em Psicologia Criminal Formação em Cidadania	1
Psicocriminologia Clínica	1
Psicologia Clínica Cognitiva e Comportamental	1
Terapeuta da Fala	8
Terapeuta Ocupacional	2

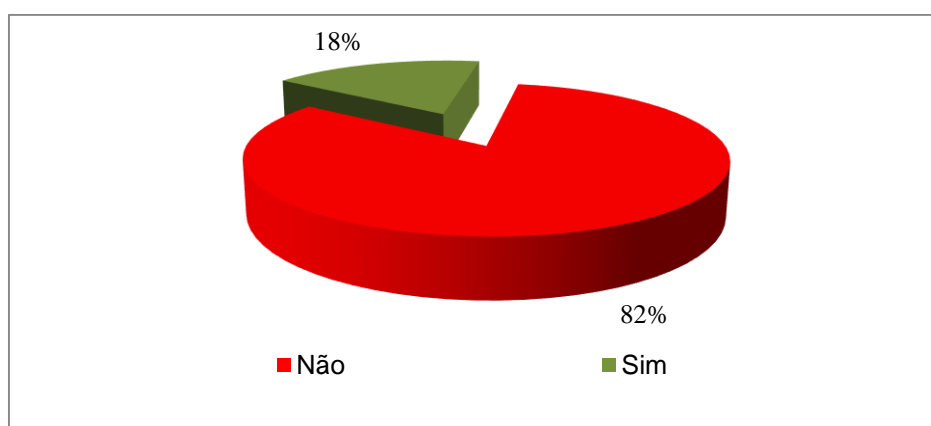
Os resultados expostos no Gráfico 23 mostram que a maioria dos profissionais da amostra em estudo (68%) exerce funções entre os 0 e os 5 anos; 21% tem como tempo de serviço entre 6 a 10 anos e 11% de 11 a 20 anos.

Gráfico 23: Distribuição da amostra da equipa multiprofissional em função do tempo de serviço



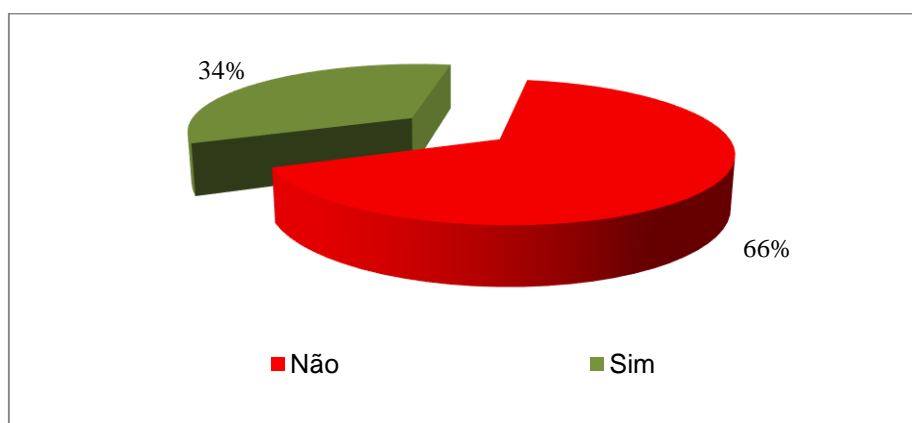
Os dados do Gráfico 24 mostram que quase a totalidade da amostra da equipa multiprofissional (82%) não possui formação específica em musicoterapia, apenas 18% a possui.

Gráfico 24: Distribuição da amostra da equipa multiprofissional em função de ter formação específica em musicoterapia



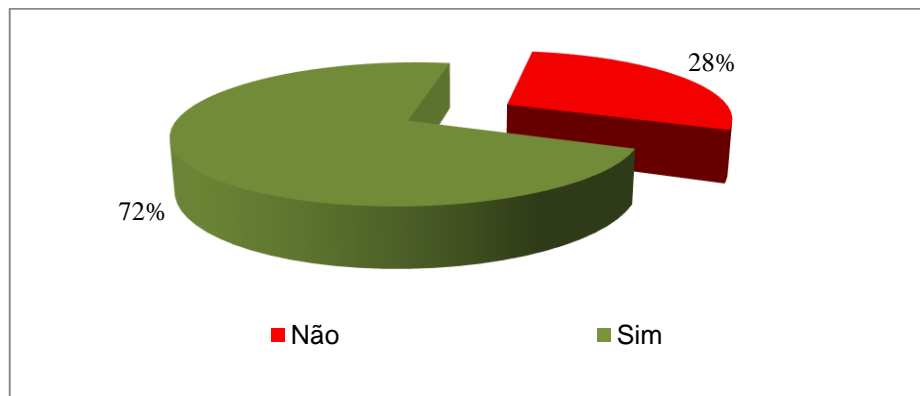
Em conformidade com os dados apurados, pode dizer-se que 66% dos sujeitos da amostra não possuem formação específica em NEE, enquanto 34% a possuem (cf. Gráfico 25).

Gráfico 25: Distribuição da amostra da equipa multiprofissional em função de ter formação específica em NEE



Constatou-se que a maioria dos sujeitos da amostra da equipa multiprofissional (72%) concorda com a inclusão de alunos com NEE no ensino regular, enquanto 28% não partilha da mesma opinião, revelando-se contra a inclusão desses alunos (cf. Gráfico 26).

Gráfico 26: Inclusão de alunos com NEE no ensino regular



Como se pode constatar, através dos resultados expostos no Quadro 2, emergiram várias subcategorias da categoria *Inclusão de alunos com NEE no ensino Regular*, a qual surgiu das justificações dadas por alguns sujeitos da amostra da equipa multiprofissional, face à sua concordância relativamente à inclusão de alunos com NEE no ensino regular: redução do problema do aluno com paralisia cerebral (n=1); permite aos pares ditos normais lidar de perto com a diferença e fomenta o trabalho colaborativo entre pares (n=17); respeitar-se primeiro a pessoa e a sua patologia, antes das prioridades educativas (n=2); depende do grau de paralisia cerebral (n=2); desenvolvimento da socialização (n=9); desenvolvimento educativo (n=1); existência de apoio educativo especializado (n=14); adaptações curriculares que permitam experiências adequadas ao desenvolvimento e aprendizagem (n=5); a escola deve possuir todas as condições físicas, humanas e materiais para trabalhar com estes alunos (n=2); preparação para a vida pós escolar (n=1); desenvolvimento cognitivo (n=1); desenvolvimento emocional (n=1); desenvolvimento motor (n=1); redução da sua frustração (n=1); redução do número de alunos por turma (n=1); sensibilização da comunidade educativa (n=1); existência de terapias extracurriculares, de acordo com as necessidades dos alunos com NEE (n=1); mais preparação específica por parte do corpo docente (n=1).

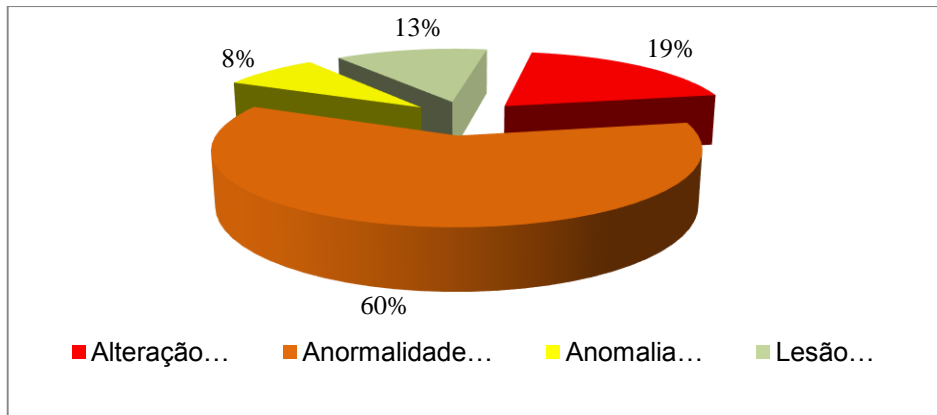
A maioria destas subcategorias espelham as condições/requisitos que alguns dos inquiridos ponderam para que haja uma verdadeira inclusão de alunos com NEE no ensino regular.

Quadro 2: Inclusão de alunos com NEE no ensino regular

Categoria	Subcategorias	n
Inclusão de alunos com NEE no ensino regular	Redução do problema do aluno com paralisia cerebral	1
	Permite aos pares ditos normais lidar de perto com a diferença e fomenta o trabalho colaborativo entre pares	17
	Respeitar-se primeiro a pessoa e a sua patologia, antes das prioridades educativas	2
	Depende do grau de paralisia cerebral	3
	Desenvolvimento da socialização	9
	Desenvolvimento educativo	1
	Existência de apoio educativo especializado	14
	Adaptações curriculares que permitam experiências adequadas ao desenvolvimento e aprendizagem	6
	A escola deve possuir todas as condições físicas, humanas e materiais para trabalhar com estes alunos	2
	Preparação para a vida pós escolar	1
	Desenvolvimento cognitivo	1
	Desenvolvimento emocional	1
	Desenvolvimento motor	1
	Redução da sua frustração	1
	Redução do número de alunos por turma	1
	Sensibilização da comunidade educativa	1
	Existência de terapias extracurriculares, de acordo com as necessidades dos alunos com NEE	1
	Mais preparação específica por parte do corpo docente	1

Como se pode observar no Gráfico 27, a maioria dos sujeitos da amostra (60%) consideram que a paralisia cerebral é uma anormalidade neuropatológica não progressiva do cérebro em desenvolvimento; seguem-se os 19% dos sujeitos da amostra que a consideram uma alteração do movimento e/ou postura e da função motora; 13% dos indivíduos consideram que a paralisia cerebral é uma lesão progressiva do desenvolvimento do cérebro e 8% define-a como uma anormalidade pré-natal, perinatal e pós-natal.

Gráfico 27: Definição de paralisia cerebral

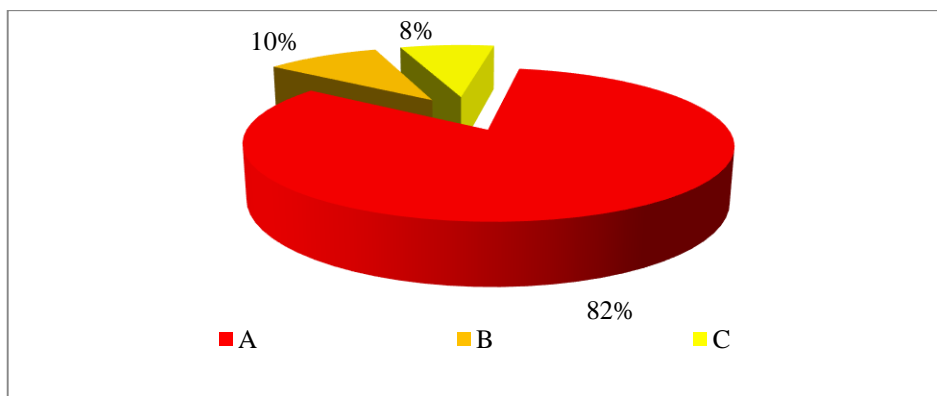


	Alteração do movimento e/ou postura e da função motora
	Anormalidade neuropatológica não progressiva do cérebro em desenvolvimento
	Anormalidade pré-natal, perinatal e pós-natal
	Lesão progressiva do desenvolvimento do cérebro

2.2. Dados relativos à Musicoterapia

Quanto à definição de Musicoterapia, verificou-se que quase a totalidade dos sujeitos da amostra da equipa multiprofissional (82%) a define como a utilização da música e dos seus elementos para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização e a expressão; 10% dos inquiridos define-a como utilização planeada para se alcançar objetivos terapêuticos e 8% como uma ferramenta útil para possibilitar meios alternativos de expressão e comunicação (cf. Gráfico 28).

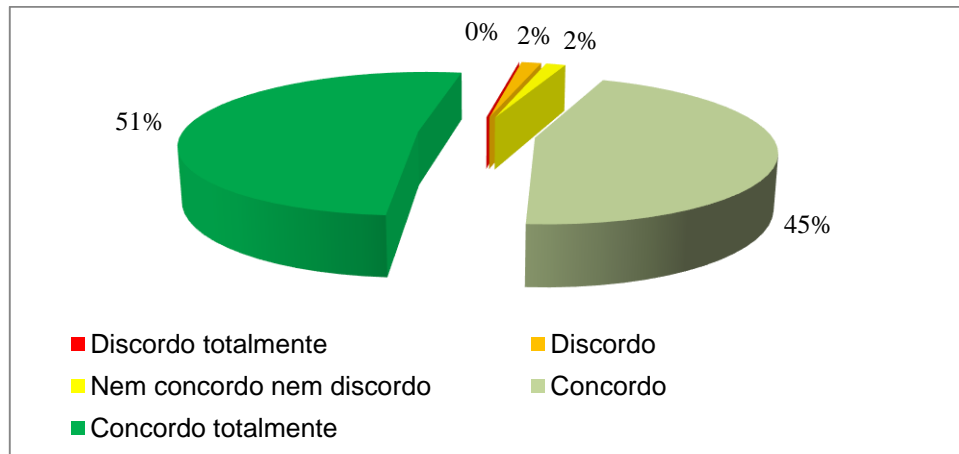
Gráfico 28: Definição de Musicoterapia



A	Utilização da música e dos seus elementos para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização e a expressão
B	Utilização planeada para se alcançar objetivos terapêuticos
C	Ferramenta útil para possibilitar meios alternativos de expressão e comunicação

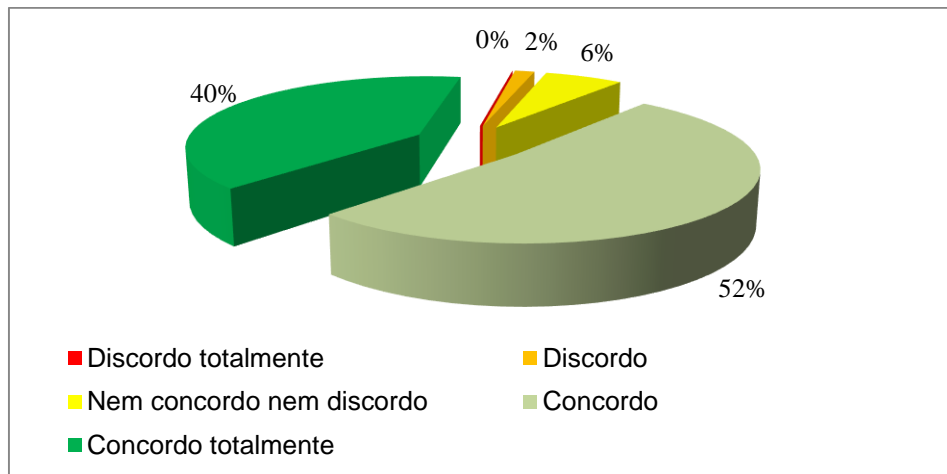
No que se refere ao grau de concordância em relação à afirmação “A música como terapia contribui para o desenvolvimento cognitivo e motor de alunos com paralisia cerebral”, em conformidade com os dados expostos no Gráfico 29, pode dizer-se que prevalecem as opiniões positivas (51% concordam totalmente; 45% concordam). Apenas 2% dos sujeitos da amostra discordam e outros 2% não concordam nem discordam.

Gráfico 29: A música como terapia contribui para o desenvolvimento cognitivo e motor de alunos com paralisia cerebral



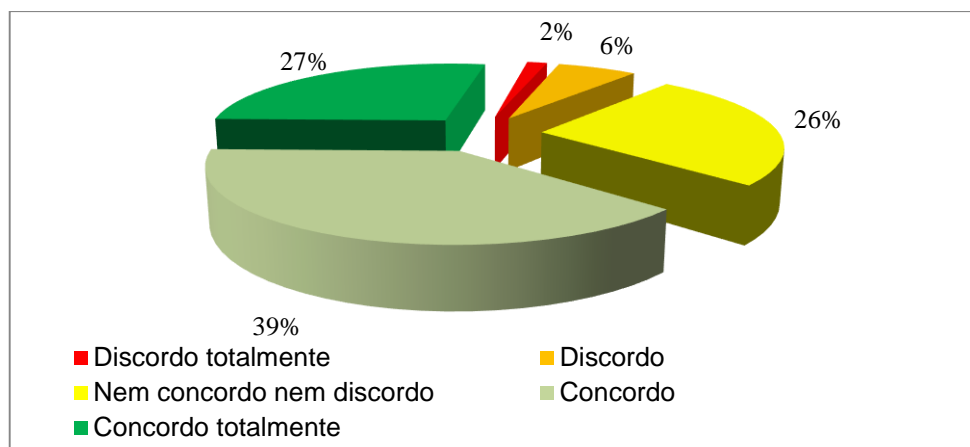
O Gráfico 30 mostra que 52% dos sujeitos da equipa multiprofissional concorda com a afirmação “A música pode ser usada para modificar o comportamento do aluno com paralisia cerebral”; 40% concorda totalmente com a referida afirmação, 2% discordam e 6% não concordam nem discordam (cf. Gráfico 30).

Gráfico 30: A música pode ser usada para modificar o comportamento do aluno com paralisia cerebral



Quanto à afirmação “O não reconhecimento da musicoterapia como profissão inviabiliza a iniciativa de adesão pela sociedade a esta terapia”, constatou-se que houve um predomínio de opiniões favoráveis, ou seja, 39% concordam e 27% concordam totalmente. Porém, 6% dos sujeitos da amostra discordam com esta afirmação, 26% nem concordam nem discordam e 2% discordam totalmente (cf. Gráfico 31).

Gráfico 31: O não reconhecimento da musicoterapia como profissão inviabiliza a iniciativa de adesão pela sociedade a esta terapia



Os dados expostos no Quadro 3, relativos às justificações dadas pelos sujeitos da amostra no que respeita ao reconhecimento da musicoterapia como profissão, como forma de viabilizar a iniciativa de adesão pela sociedade a esta terapia, o que se constituiu como categoria, mostram que emergiram as seguintes subcategorias: mais

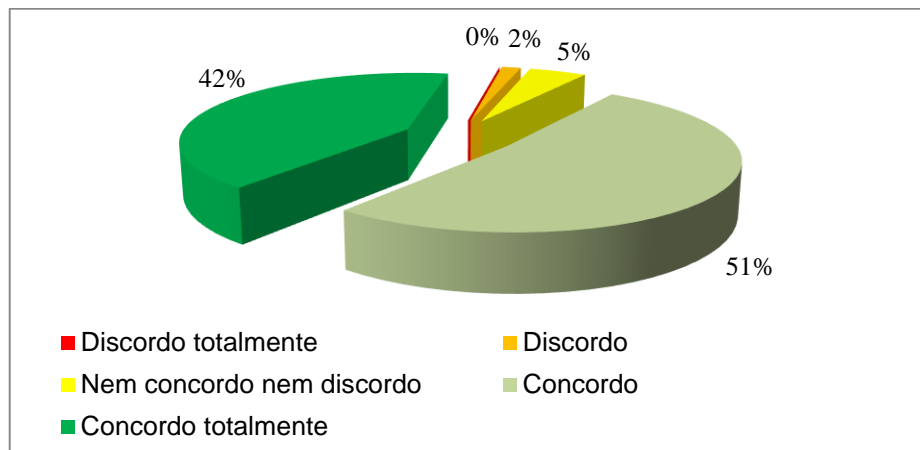
divulgação/reconhecimento das potencialidades da musicoterapia, viabilizando a sua procura com objetivos terapêuticos (n=16); ferramenta para favorecer o desenvolvimento de alunos com NEE (n=1); deveria ser uma área obrigatória e/ou com maior divulgação (n=2); reconhecimento da musicoterapia como profissão com uma natureza legítima (n=16); área a apostar quer para a paralisia cerebral, outras deficiências, idosos em estado vegetativo, quer para grávidas (n=2); reconhecida como uma técnica complementar de intervenção cognitiva-motora e não como profissão por si só (n=6); caso não haja reconhecimento inviabiliza-se o seu sucesso (n=2); necessidade de mais investigação que comprove as potencialidades da musicoterapia, promovendo uma significativa adesão por parte da sociedade (n=2).

Quadro 3: Reconhecimento da musicoterapia como profissão viabiliza a iniciativa de adesão pela sociedade a esta terapia

Categoria	Subcategorias	n
Reconhecimento da musicoterapia como profissão viabiliza a iniciativa de adesão pela sociedade a esta terapia	Mais divulgação/reconhecimento das potencialidades da musicoterapia, viabilizando a sua procura com objetivos terapêuticos	16
	Ferramenta para favorecer o desenvolvimento de alunos com NEE	1
	Deveria ser uma área obrigatória e/ou com maior divulgação	2
	Reconhecimento da musicoterapia como profissão com uma natureza legítima	16
	Área a apostar quer para a paralisia cerebral, outras deficiências, idosos em estado vegetativo, quer para grávidas	2
	Reconhecida como uma técnica complementar de intervenção cognitiva-motora e não como profissão por si só	6
	Caso não haja reconhecimento inviabiliza-se o seu sucesso	2
	Necessidade de mais investigação que comprove as potencialidades da musicoterapia, promovendo uma significativa adesão por parte da sociedade	2

De acordo com os dados expostos no Gráfico 33, a maioria dos sujeitos da amostra da equipa multiprofissional revelou opiniões favoráveis à afirmação “A musicoterapia melhora a qualidade de vida dos alunos com paralisia cerebral”, ou seja, 51% concordam com a mesma e 42% concordam totalmente. Contrariamente, 2% da amostra discordam e 5% nem concordam nem discordam.

Gráfico 32: A musicoterapia melhora a qualidade de vida dos alunos com paralisia cerebral



Foi pedido aos inquiridos que justificassem a razão pela qual consideram que a musicoterapia pode contribuir para a qualidade de vida dos alunos com paralisia cerebral, o que constituiu uma categoria, da qual emergiram as seguintes subcategorias (cf. Quadro 4): desenvolvimento da comunicação, facilitando a interação e a socialização (n=18); desenvolvimento cognitivo, criando mais ligações neuronais (n=5); contribui para a saúde mental, devido às suas múltiplas intervenções: lúdica, educativa, reeducativa, pedagógica, terapêutica e clínica (n=1); melhorias a nível comportamental (n=3); estimulação sensorial (n=3); desenvolvimento motor (n=7); estimulação emocional positiva (sentir prazer e felicidade) (n=11); relaxamento (sair de um estado de contração muscular que dificulta os movimentos corporais, sobretudo na paralisia espástica) (n=3); facultava uma aprendizagem com mais fluidez (n=1); aumenta a autoestima (n=1); ajuda na prevenção, reabilitação e tratamento (n=1); reduz o stresse (n=1); contribui para o bem-estar global (n=2); estimula a autoconfiança (n=1).

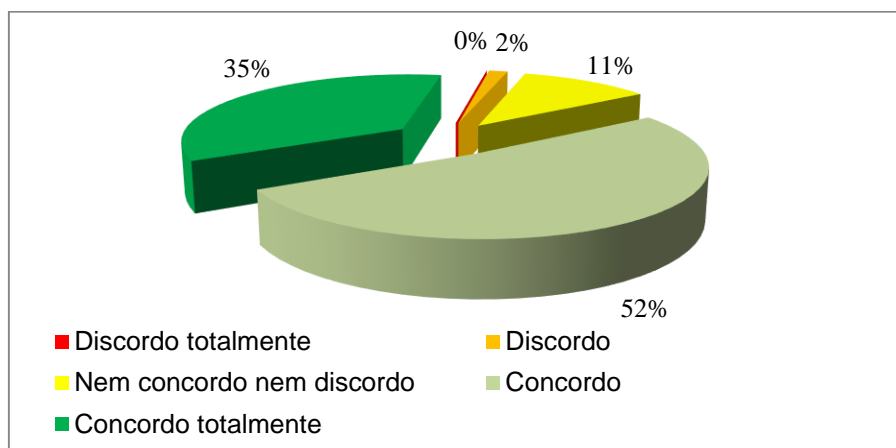
Quadro 4: A musicoterapia melhora a qualidade de vida dos alunos com paralisia cerebral

Categoria	Subcategorias	n
A musicoterapia melhora a qualidade de vida dos alunos com paralisia cerebral	Desenvolvimento da comunicação, facilitando a interação e a socialização	18
	Desenvolvimento cognitivo, criando mais ligações neuronais	5
	Contribui para a saúde mental, devido às suas múltiplas intervenções: lúdica, educativa, reeducativa, pedagógica, terapêutica e clínica	1
	Melhorias a nível comportamental	3
	Estimulação sensorial	3
	Desenvolvimento motor	7

Estimulação emocional positiva (sentir prazer e felicidade)	11
Relaxamento (sair de um estado de contração muscular que dificulta os movimentos corporais, sobretudo na paralisia espástica)	3
Faculta uma aprendizagem com mais fluidez	1
Aumenta a autoestima	1
Ajuda na prevenção, reabilitação e tratamento	1
Reduz o stresse	1
Contribui para o bem-estar global	2
Estimula a autoconfiança	1

A análise dos dados expostos no Gráfico 33 revela que houve um predomínio de opiniões favoráveis à afirmação “A música é um fator motivador e facilitador de comunicação para o aluno com paralisia cerebral”, dado que 52% dos sujeitos da mostra concordam com a mesma e 35% concordam totalmente. Note-se que 2% dos sujeitos da amostra discorda com a supramencionada afirmação e 11% nem concordam nem discordam.

Gráfico 33: A música é um fator motivador e facilitador de comunicação para o aluno com paralisia cerebral



Solicitou-se aos inquiridos que justificassem o seu grau de concordância caso considerassem música como um fator motivador e facilitador de comunicação para o aluno com paralisia cerebral, o que se constituiu como categoria, da qual emergiram as seguintes subcategorias: facilita a exteriorização de emoções/pensamentos – promotora de comunicação verbal e não verbal (n=25); facilitadora de terapia (n=1);

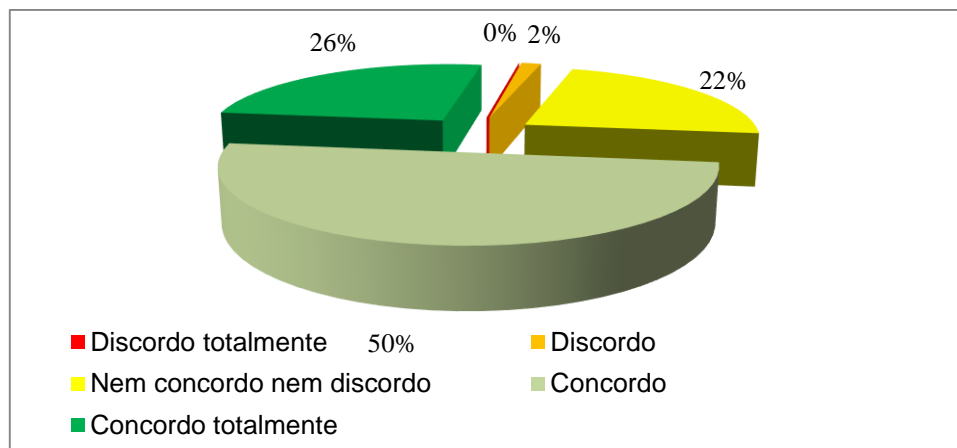
facilita as relações empáticas (n=6); aumenta a autoestima, a autoconfiança e o bem-estar geral (n=11) (cf. Quadro 5).

Quadro 5: A música é um fator motivador e facilitador de comunicação para o aluno com paralisia cerebral

Categoria	Subcategorias	n
A música é um fator motivador e facilitador de comunicação para o aluno com paralisia cerebral	Facilita a exteriorização de emoções/pensamentos – promotora de comunicação verbal e não verbal	25
	Facilitadora de terapia	1
	Facilita as relações empáticas	6
	Aumenta a autoestima, a autoconfiança e o bem-estar geral	11

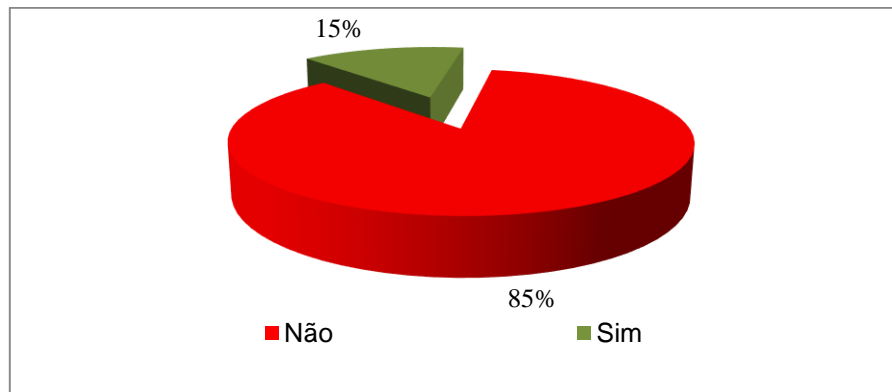
Quanto à afirmação “A musicoterapia modifica o comportamento de crianças com paralisia cerebral”, em consonância com os dados apurados, pode dizer-se que prevalecem as opiniões concordantes, na medida em que 50% dos sujeitos da amostra da equipa multiprofissional concordam com a mesma e 26% concordam totalmente. Contudo, registou-se que 2% discordam e que 22% não concordam nem discordam (cf. Gráfico 34).

Gráfico 34: A musicoterapia modifica o comportamento de crianças com paralisia cerebral



Como se pode observar no Gráfico 35, quase a totalidade dos sujeitos da amostra da equipa multiprofissional (85%) nunca aplicou a música como terapia na reabilitação de pessoas com paralisia cerebral, enquanto 15% da mostra já o fez.

Gráfico 35: Aplicação da música como terapia na reabilitação de pessoas com paralisia cerebral



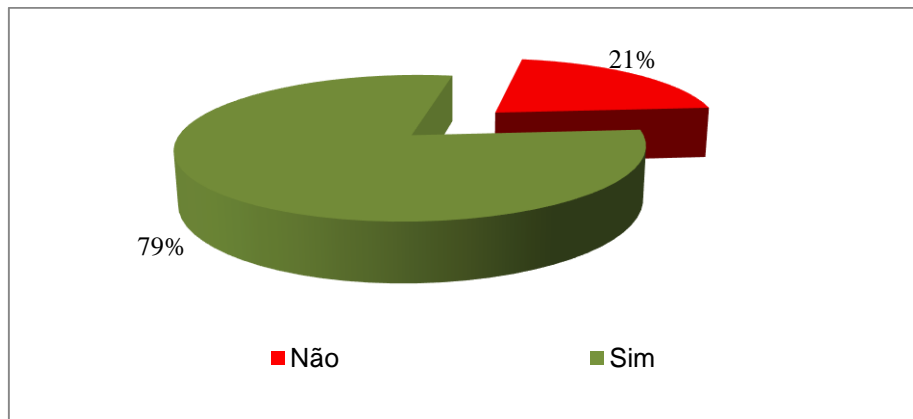
Dos 15% dos sujeitos da amostra que referiram ter implementado atividades no âmbito da musicoterapia em pessoas com paralisia cerebral, apenas 2 as identificaram, conforme se demonstra no Quadro 6: conceder a possibilidade de expressão à pessoa com paralisia cerebral (n=1) e recurso a músicas infantis para criar relações empáticas, auxiliada pelo sistema de comunicação alternativa, por gestos e olhares (n=1).

Quadro 6: Atividades implementadas no âmbito da musicoterapia

Categoria	Subcategorias	n
Atividades implementadas no âmbito da musicoterapia	Conceder a possibilidade de expressão à pessoa com paralisia cerebral	1
	Recurso a músicas infantis para criar relações empáticas, auxiliada pelo Sistema de Comunicação Alternativa, por gestos e olhares	1

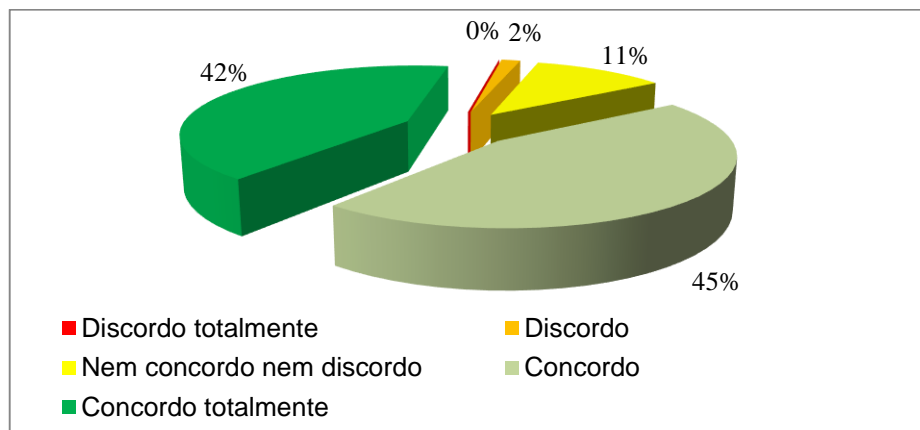
Os resultados expostos no Gráfico 36 revelam que mais de metade dos sujeitos da amostra da equipa multiprofissional (79%) consideram ser essencial os profissionais de educação especial e/ou profissionais de outras áreas da educação terem formação em musicoterapia, para a implementar na sala de aulas, contrariamente a 21% da amostra que respondeu negativamente.

Gráfico 36: Ser essencial os profissionais de educação especial e/ou profissionais de outras áreas da educação terem formação em musicoterapia, para a implementar na sala de aulas



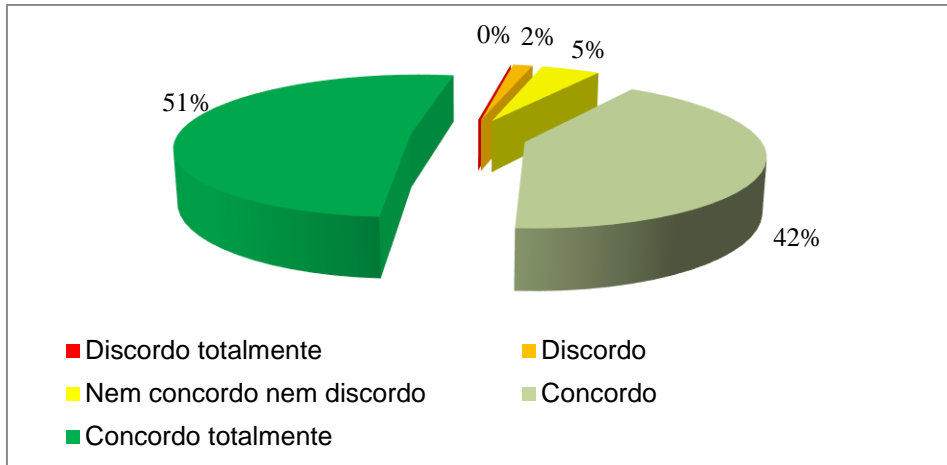
Verificou-se que prevaleceram as opiniões concordantes em relação à afirmação “A música é a alegria de não permanecer em desespero e pode ser uma linguagem estimulante e confortadora”, dado que 45% dos sujeitos da amostra concordaram com a mesma e 42% concordaram totalmente. Contudo, registou-se que 2% da mostra discordam e que 11% nem concordam nem discordam (cf. Gráfico 37).

Gráfico 37: A música é a alegria de não permanecer em desespero e pode ser uma linguagem estimulante e confortadora



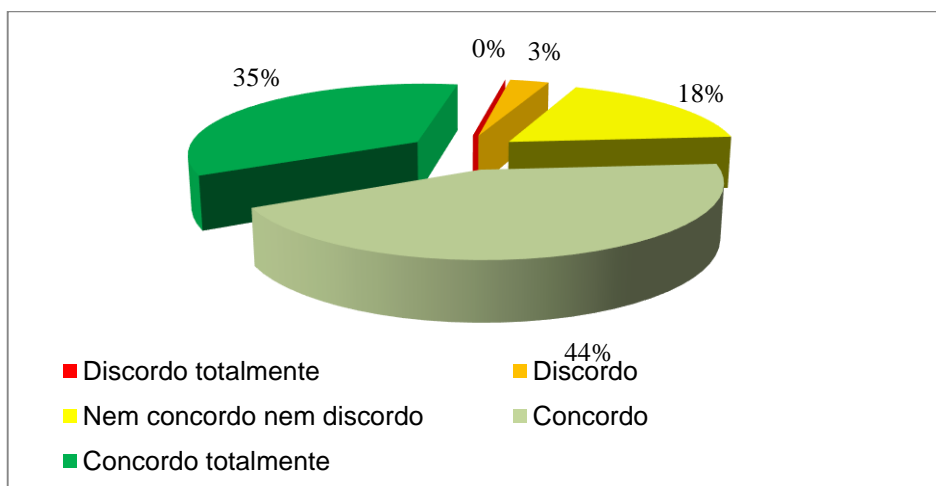
Apurou-se que quase todos os sujeitos da equipa multiprofissional se manifestaram favoráveis à afirmação “A musicoterapia é uma fonte capaz de criar meios de ouvir, compreender, sentir, interiorizar, estabelecer ligações, proporcionar mudanças em cada indivíduo, contribuindo para uma maior socialização” (51% concordam totalmente; 42% concordam). Registou-se que apenas 2% da amostra discordam e que 5% nem concordam nem discordam (cf. Gráfico 38).

Gráfico 38: A musicoterapia é uma fonte capaz de criar meios de ouvir, compreender, sentir, interiorizar, estabelecer ligações, proporcionar mudanças em cada indivíduo, contribuindo para uma maior socialização



Constatou-se que houve um predomínio de respostas concordantes em relação à possibilidade dos alunos com paralisia cerebral, que não se conseguem mexer, ao serem estimulados com a produção de sons, conseguirem produzir novos movimentos (44% concordaram e 35% concordaram totalmente). Numa posição contrária estão 3% da amostra que discordaram com esta afirmação e 18% nem concordam nem discordam (cf. Gráfico 39).

Gráfico 39: Possibilidade dos alunos com paralisia cerebral, que não se conseguem mexer, ao serem estimulados com a produção de sons, conseguirem produzir novos movimentos



3. *Discussão dos resultados*

Após a apresentação dos resultados tem lugar a sua análise e discussão crítica, tendo como referência a revisão da literatura efetuada na primeira parte deste trabalho.

Começa-se por referir que ambos os grupos amostrais (professores e equipa multiprofissional), na sua maioria concorda com a inclusão de alunos com NEE no ensino regular, tendo alguns dos sujeitos da amostra da equipa multiprofissional referido que a inclusão destes alunos reduz o problema do aluno com paralisia cerebral (n=1); permite aos pares ditos normais lidar de perto com a diferença e fomenta o trabalho colaborativo entre pares (n=17); respeitar-se primeiro a pessoa e a sua patologia, antes das prioridades educativas (n=2); depende do grau de paralisia cerebral (n=2); desenvolvimento da socialização (n=9); desenvolvimento educativo (n=1); existência de apoio educativo especializado (n=14); adaptações curriculares que permitam experiências adequadas ao desenvolvimento e aprendizagem (n=5); a escola deve possuir todas as condições físicas, humanas e materiais para trabalhar com estes alunos (n=2); preparação para a vida pós escolar (n=1); desenvolvimento cognitivo (n=1); desenvolvimento emocional (n=1); desenvolvimento motor (n=1); redução da sua frustração (n=1); redução do número de alunos por turma (n=1); sensibilização da comunidade educativa (n=1); existência de terapias extracurriculares, de acordo com as necessidades dos alunos com NEE (n=1); mais preparação específica por parte do corpo docente (n=1).

Neste contexto, Correia (2008) diz que a filosofia da inclusão só traz vantagens, no que respeita às aprendizagens de todos os alunos, quando estiverem reunidas todas as condições para tal, o que implica formação específica sobre as NEE por parte dos professores, recursos físicos e materiais, e outros recursos humanos. Quando a escola não reúne estes requisitos poderão surgir atitudes menos favoráveis à inclusão destes alunos no ensino regular.

Quando se tiver uma escola dotada de estruturas e de gente sensibilizada e capaz, que receba todos os alunos da comunidade e os assuma como seus e que dê respostas aos problemas de todos sem exceção, podemos, nesse momento, pensar que o caminho está concluído. Efetivamente a filosofia da inclusão é, hoje, um desafio colocado à escola, aos professores, à sociedade. A escola deve ser o grande mentor de novos desafios, contribuindo para derrubar barreiras e construir uma sociedade mais justa, com atitudes mais favoráveis à inclusão de alunos com NEE no ensino regular e na sociedade em geral (Correia, 2008).

Em suma, a maioria dos inquiridos considera que há formas e estratégias para tornar a educação adequada a cada caso, sem ser pela separação dos alunos com NEE das redes de socialização com os seus pares ditos normais. Os seus discursos deixaram transparecer a ideia de que a convivência entre todos os alunos é sempre saudável e que todos saem a ganhar com ela. Contudo, argumentam que há a necessidade de a escola reunir todo o tipo de condições para poder responder eficazmente às necessidades de cada aluno.

Segundo Moltó (2008), a escola inclusiva corresponde ao fazer-se qualquer coisa que seja necessária para proporcionar a cada aluno da comunidade escolar o direito inalienável a não ser excluído. O termo incluir usa-se para irmos mais além do que aquilo que seria possível no processo integrador. Falamos de incluir porque já não basta que os alunos com NEE estejam integrados. Torna-se necessário que este tipo de alunos esteja junto com os outros alunos para poderem evoluir numa escola que deve ser de todos, pois não basta que os alunos com necessidades estejam nas escolas regulares, mas que devem participar de toda a vida escolar e social da mesma, sendo esta uma opinião partilhada por Odom (2007)

Há a salientar que dois dos inquiridos da equipa multiprofissional (2 médicos) consideram que os alunos com NEE deveriam estar numa escola especial, uma vez que a escola regular não reúne todas as infraestruturas humanas, materiais e físicas para responder às necessidades destes alunos. Na mesma linha de pensamento, uma profissional em Reabilitação Psicomotora, referiu que era a favor da institucionalização, uma vez que dispõe de mais condições para abranger esses alunos. Esta inquirida salienta que a inclusão, por si só, não é suficiente, sendo deveras importante “ter terapias disponíveis terapias extracurriculares, de acordo com as necessidades dos alunos, que auxiliassem e tornassem possível a inclusão. Ou seja, a inclusão dos alunos com NEE no ensino regular, quando feita de forma correta, torna possível um desenvolvimento pessoal e a aquisição de determinadas competências nestes alunos...”. Também uma Terapeuta Ocupacional considera que não há uma plena inclusão destes alunos no ensino regular porque “não temos escolas preparadas para fazer essa inclusão...há pouca sensibilidade para tal”. Um dos Psicólogos, mestrado em Psicologia da Educação, Aconselhamento e Desenvolvimento, não é a favor da inclusão de alunos com paralisia cerebral no ensino regular, justificando que, para tal, “deve haver um ensino específico apenas para crianças com paralisia cerebral, já que não têm a capacidade para acompanhar as crianças ditas normais”.

Um outro resultado a que se chegou tem a ver com a definição de paralisia cerebral não sendo considerada por 33% dos professores como “uma doença”, destacando-se, inclusive, as posições concordantes da maioria dos docentes face à afirmação “A criança com paralisia cerebral pode ter inteligência normal ou acima do normal, mas poderá ter um atraso intelectual, não só devido às lesões cerebrais, mas também pela ausência de experiência resultante das suas deficiências”. No grupo amostral dos inquiridos da equipa multiprofissional constatou-se que 60% consideraram que a paralisia cerebral é uma anormalidade neuropatológica não progressiva do cérebro em desenvolvimento; seguindo-se os 19% dos sujeitos da amostra que a consideraram uma alteração do movimento e/ou postura e da função motora; 13% dos indivíduos como uma lesão progressiva do desenvolvimento do cérebro e 8% definiu-a como uma anormalidade pré-natal, perinatal e pós-natal. Estes resultados estão em conformidade com as definições apresentadas na fundamentação teórica deste trabalho.

Quanto à definição de Musicoterapia, verificou-se que quase a totalidade dos sujeitos da amostra da equipa multiprofissional (82%) a define como a utilização da música e dos seus elementos para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização e a expressão; 10% dos inquiridos define-a como utilização planeada para se alcançar objetivos terapêuticos e 8% como uma ferramenta útil para possibilitar meios alternativos de expressão e comunicação. Estas definições estão em consonância com o preconizado pela Federação Mundial de Musicoterapia (1998), “A Musicoterapia é a utilização da música e/ou de seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, num processo sistematizado de forma a facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão, e organização de processos psíquicos de um ou mais indivíduos para que ele(s) recupere as suas funções, desenvolva(m) o seu potencial e adquira (m) melhor qualidade de vida”. Para a *National Association for Music Therapy* (1997), designa-se como o “uso da música na obtenção de objetivos terapêuticos: a restauração, manutenção e aumento da saúde física e mental. É também a aplicação científica da música, dirigida pelo terapeuta num contexto terapêutico para provocar mudanças no comportamento. Essas mudanças ajudam ao tratamento que deve receber a fim de que possa compreender-se melhor a si mesma e ao seu mundo para poder a ajustar-se melhor e mais adequadamente à sociedade”.

Há a salientar que, num cômputo geral, a maioria dos inquiridos de ambos os grupos amostrais revelaram-se concordantes com os benefícios terapêuticos globais

que a musicoterapia propicia em alunos com paralisia cerebral, tendo em conta, conforme os resultados obtidos na amostra de professores, que a música poder ser a alegria de não permanecer em desespero e para as crianças poderem ter uma linguagem estimulante e confortadora.

Constatou-se que a grande maioria dos inquiridos das duas amostras concordam com a afirmação que a musicoterapia melhora a qualidade de vida nas crianças com paralisia cerebral, dado que a música, como terapia, contribui para o desenvolvimento cognitivo e motor destes alunos.

Neste âmbito, alguns dos inquiridos da equipa multiprofissional justificaram a sua posição de concordância desenvolvimento da comunicação, facilitando a interação e a socialização (n=18); desenvolvimento cognitivo, criando mais ligações neuronais (n=5); contribui para a saúde mental, devido às suas múltiplas intervenções: lúdica, educativa, reeducativa, pedagógica, terapêutica e clínica (n=1); melhorias a nível comportamental (n=3); estimulação sensorial (n=3); desenvolvimento motor (n=7); estimulação emocional positiva (sentir prazer e felicidade) (n=11); relaxamento (sair de um estado de contração muscular que dificulta os movimentos corporais, sobretudo na paralisia espástica) (n=3); facultar uma aprendizagem com mais fluidez (n=1); aumenta a autoestima (n=1); ajuda na prevenção, reabilitação e tratamento (n=1); reduz o stress (n=1); contribui para o bem-estar global (n=2); estimula a autoconfiança (n=1).

Como se pode constatar, estas unidades de análise corroboram o defendido pelos vários autores referenciados na fundamentação teórica, como, por exemplo, Andrade (1998) que refere que a música num aluno com paralisia cerebral o pode ajudar no controlo da motricidade, na sua organização espaço-temporal e na expressão oral, dando-lhe simultaneamente a oportunidade de expressão livre e o prazer de expressar as suas emoções, evitando bloqueios emocionais. O mesmo autor refere ainda que os aspetos lúdicos que a música proporciona à criança no seu equilíbrio emocional e na sua maturação e integração social e desenvolvem a sua capacidade de relações empáticas, de se socializar e de comunicar verbal e não verbalmente, sendo este um pressuposto defendido também Riccardi (2005).

Estes autores defendem igualmente que a musicoterapia deve e pode unir-se à expressão corporal, fruto da terapia alternativa, marcado como um recurso terapêutico natural. A expressão corporal tem como objetivo promover a consciência corporal, fazendo com que a pessoa conheça melhor as limitações do seu corpo e os possa ampliar, levando ao autoconhecimento e permitindo até as transformações emocionais, aumentando a sua autoestima e autoconfiança.

Em suma, os resultados apurados levam à aceitação das hipóteses inicialmente formuladas, uma vez que se constatou que a maioria dos inquiridos de ambos os grupos amostrais concordam com a inclusão de alunos com NEE nas escolas do ensino regular e consideram que a musicoterapia contribui para uma melhor qualidade de vida dos alunos com paralisia cerebral.

4. Limitações de Estudo

Como limitações do estudo podemos considerar o facto de a amostra não ser significativa, pois deveriam ter sido reunidos um maior número de questionários para se poderem generalizar os dados. Apesar do número elevado de questionários enviados, as respostas foram poucas.

5. Linhas Futuras de Investigação

Esta dissertação apresentada, requer alterações que o melhorem e complementem ainda mais. Para isso, a realização de investigações futuras sobre os efeitos da música nas rotinas destas crianças, inclusive nas salas de aula e/ou unidades de apoio será interessante. Acompanhar e conhecer todas as etapas evolutivas que o musicoterapeuta tem de seguir ao longo das sessões, tornará a investigação mais enriquecedora. Um estudo de caso sobre o processo evolutivo do indivíduo com paralisia cerebral será uma hipótese.

6. Reflexões finais

A elaboração desta dissertação, proporcionou-nos a possibilidade de ficarmos a entender melhor tudo o que envolve a Paralisia Cerebral, conhecendo os principais problemas associados à mesma.

Temos a consciência de não haver cura para a paralisia cerebral mas sabemos que muitos destes indivíduos poderão ter uma vida quase normal, estudando, trabalhando, praticando desporto, entre outros. Para que estes indivíduos, com características e necessidades tão especiais, aprendam a conviver com a própria condição, poderão contar com o apoio de diversos profissionais, tal como foi especificado nesta dissertação. Sabemos que é fundamental a cooperação da equipa profissional com a família, uma vez que o seguimento das instruções fornecidas pelos profissionais, ajuda nos cuidados a ter com a criança, fazendo-se ao mesmo tempo a estimulação e reabilitação, podendo-se traduzir em diversos posicionamentos, formas de poder alimentar, brincar, transportar, entre outros.

Como a música possui diversas formas de interação e a musicoterapia fornece uma oportunidade para experimentar cada uma delas, esta terapia tem-se mostrado bastante organizada, na sua teoria e prática como auxílio ao indivíduo com paralisia cerebral. O uso sistematizado dos recursos musicais tem contribuído para que muitos conquistem nova qualidade motora, cognitiva, emocional e interpessoal. São vários os autores como Riccardi (2005) e Andrade (1998) entre outros, que divulgam os benefícios das aprendizagens musicais em indivíduos com Paralisia Cerebral. Assim sendo, esta área poderá vir a promover o controlo da motricidade bem como a organização espaço-temporal. Melhorará a capacidade de atenção, de observação e consequentemente ajudará a desenvolver a concentração e compreensão. Desta forma, favorece-se o desenvolvimento ao nível das percepções, estimula-se a imaginação e a memória, o que levará ao desenvolvimento cognitivo de crianças com Paralisia Cerebral. Também os inquiridos das duas amostras concordam, conforme mencionado anteriormente que a musicoterapia melhora a qualidade de vida dos indivíduos com paralisia cerebral, dado que a música, como terapia, contribui para o desenvolvimento cognitivo e motor destes alunos.

É fundamentalmente a ver o mundo através dos olhos destes indivíduos onde é preciso o descruzar de braços para inseri-las na nossa sociedade da forma mais autónoma possível.

Referências Bibliográficas

Andrade, M., (1998), *Textos de Musicoterapia*, Lisboa: Associação Portuguesa de Musicoterapia.

APMT, (2011), Associação Portuguesa de Musicoterapia. *Textos de Musicoterapia I*.

Baptista, J. (2011) - *Introdução às Ciências da Educação: temas e problemas da educação inclusiva*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Benenzon, R., (1988). *Teoria da Musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial.

Borges, L. et al. (1987). *Paralisia Cerebral: Experiência do Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra*. Separata de Saúde Infantil, IX, 1, 23-28.

Bruscia, E. (2000) *Definindo Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.

Camacho, O. (2004) - Atenção à diversidade e educação especial. In C. Strobaus & J. Mosqueira (Orgs.). *Educação especial: em direcção à escola inclusiva* (pp. 9-13). Porto Alegre: Edipucrs.

Capucha, L. (2008)- *Educação Especial. Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Ministério da Educação, DGIDC.

Capucha, L. (2009) - *Inovação e Justiça. Políticas activas para a inclusão educativa. Seminário Internacional Educação Inclusiva – Impacto dos Referenciais Internacionais nas Políticas, nas Práticas e na Formação*. Lisboa: DGIDC.

Correia, L., (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas classes regulares*, Porto, Porto Editora.

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

Correia, L. (2008). *A escola contemporânea e a inclusão de alunos com NEE*. Porto: Porto Editora.

Correia, L.; Lavrador R. (2010) - *A Utilidade da CIF em Educação - Um Estudo Exploratório*. Lisboa: EE/DPEEE. Instituto de Educação da Universidade do Minho.

Costa, A. (1996) - *Caminhos para as escolas inclusivas*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Della-Courtiade, C. (s/d). *A Criança com Deficiência*. Lisboa: Grifo.

Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC). (2008) - *Manual de apoio á Prática*. Lisboa: Ministério da Educação

Fernandes, H. (1999)- *Educação especial – Integração das crianças e Adaptação das Estruturas de Educação*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.

Ferreira, M., Ponte, M., Azevedo, L. (1999). *Inovação Curricular na Implementação de Meios Alternativos de Comunicação em crianças com Deficiência Neuromotora Grave*. Secretaria Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Coleção “Livros SNR” n.º 14. Lisboa.

França, R. A. (2000). *A Dinâmica da Relação na família da Criança com Paralisia Cerebral*. Coimbra: Quarteto Editora.

Fonseca V. (1995) - *Necessidades educativas especiais programa de estimulação precoce*. Lisboa: Notícias Editorial.

Glennen, S., (1997). *Handbook of Argumentative and Alternative Communication*. San Diego: Singular Publishing Group.

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

Kirk, S., Gallagher, J., (1987), *Educação da criança excepcional*, São Paulo: Martins Fontes.

Leitão, A. (1983). *A Paralisia Cerebral. Diagnóstico, Terapia, Reabilitação*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

Levitt, S., (2001), *O Tratamento da Paralisia Cerebral e do Retardo Motor*, Brasil: Editora Manole.

Lima, L. (2007) - *Inclusão escolar: uma prática possível*. <http://www.palavraescuta.com.br/perguntas/inclusao-escolar-uma-pratica-possivel>.

Louro, C. (2001) - *Acção Social na Deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta.

Louro, C. (2005) - *Guia do Principiante para uma Linguagem comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Cadernos SNR.

Miller, G., (2002). *Paralisias Cerebrais*. Brasil: Manole.

Moltó, M., (2008). *Diversidad y educación inclusiva. Enfoques metodológicos para una enseñanza colaborativa*, Madrid: Pearson.Prentice Hall.

NAMT, (1997) National Association for Music Therapy,

Odom, S. (2007). *Alargando a Roda. A inclusão de crianças com necessidades educativas especiais na educação pré-escolar*. Porto: Porto Editora.

OMS - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. (2001). Lisboa: Direção Geral de Saúde.

OMS - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ) (2004)*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Palha, M. (2008) - *Aplicação da CIF*.
<http://especialprof.blogspot.com/2008/08/aplicao-da-cif-opinio-de-miguel-palha.html>.

Pereira, F. (2004) - *As Representações dos Professores de Educação Especial e as Necessidades das Famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação

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

Reis, J.; André, L. (2004) - *A deficiência Mental. Causas. Características. Intervenção*. Braga: Edições APPACDM.

Rett, A. (1996). *A criança com lesão cerebral. Problemas médicos, educativos e sociais*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Riccardi, P. (2005). *Intervención musical em el alumnado com necesidades educativas especiales: delimitaciones conceptuales desde la pedagogia musical y la musicoterapia*, Paper Universidad de Cádiz, 123-130.

Rodrigues, C. (2004). *A musicoterapia no desenvolvimento das relações interpessoais em uma empresa*. Monografia de Conclusão do Curso de Musicoterapia. Goiânia: UFG.

Rodrigues, D. (1987). *Corpo, Espaço e Movimento: Estudo da relação entre a Representação Espacial do Corpo e o Controlo da Manipulação e da Locomoção em crianças com Paralisia Cerebral*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Sanches, I. (1997) - Compreender, agir, mudar e incluir. Da Investigação-acção à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*, nº 5: pp. 127-142.

Serra, H. (2008) - *Domínio Cognitivo. Estudos em Necessidades Educativas Especiais*. Porto: Gailivro.

Serrano, J.; Miranda, L.(2005) - *Percursos e Práticas para uma Escola Inclusiva*. Tese de doutoramento em Estudos da Criança.

Silva, M. (2009) - Da exclusão à inclusão: Concepções e práticas. *Revista Lusófona de Educação*, 13, 135-153.

Smith, T., (1993). *Cérebro e Sistema Nervoso*, volume 6, Minho: Livraria Civilização.

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

Stainback, S. (2008) - *Inclusão - Um Guia para Educadores*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Val do Rio, M. (1972). *Aspectos e dificuldades da observação psicológica na criança com paralisia cerebral*. *Revista Portuguesa de Deficiência Mental*, I, 6, 541-547.

Outras Referências

<http://abcdamusicoterapia.blogspot.com/2009/03/terapia-pela-musica-musica-e-paralisia.html>

http://fisioterapiahumberto.blogspot.com/2009_03_01_archive.html (**imagem 3 mulheres**)

<http://musicoterapia.com.sapo.pt/>

<http://www.regiao-sul.pt/noticia.php?refnoticia=13774>

<http://www.comunicacaoalternativa.com.br/adcaa/ca/oquee.asp>

Anexos

ANEXO A – Inquérito para os docentes

O seguinte questionário destina-se ao desenvolvimento de um projecto de investigação, integrado numa pós-graduação em Educação Especial – Domínio Cognitivo Motor, em que se pretende conhecer a opinião dos professores do 1º Ciclo e Educadores de Infância sobre a importância da Musicoterapia nas crianças com Paralisia Cerebral. Fica desde já garantida a confidencialidade dos dados registados uma vez que se destinam exclusivamente ao projecto referido. Obrigado pela sua colaboração.

*Obrigatório

I. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Sexo *

- Feminino
- Masculino

Idade *

- De 20 a 30 anos
- De 31 a 40 anos
- De 41 a 50 anos
- Mais de 50 anos

Habilitações Literárias *

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

Nível de Ensino que lecciona: *

- Educação de Infância
- 1º Ciclo

Tempo de Serviço: *

- 0 - 5 anos
- 6 - 10 anos
- 11 - 20 anos
- 21 - 30 anos
- Mais de 30 anos

Situação profissional actual: *

- A leccionar
- A aguardar colocação
- Colocado na Educação Especial

Na sua formação, teve alguma disciplina de Necessidades Educativas Especiais? *

- Sim
- Não

II. Dados de Opinião

Leia as frases seguintes e assinale com uma cruz (x) o espaço que melhor representa a sua resposta.

Pergunta sem nome *

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
A Paralisia Cerebral é uma doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considere: Uma criança com deficiência não deve ser um colete de forças.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As crianças com Paralisia Cerebral devem estar integradas no Ensino Regular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A criança com Paralisia Cerebral pode ter inteligência normal ou acima do normal mas poderá ter atraso intelectual não só devido às lesões cerebrais mas também pela ausência de experiência resultante das suas deficiências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A principal causa da Paralisia Cerebral é hereditária.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A música é um factor motivador e facilitador de comunicação para	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
o portador de Paralisia Cerebral.					
A música pode ser usada para modificar o comportamento do portador de Paralisia Cerebral.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera que a música é a alegria de não permanecer em desespero e para as crianças pode ser uma linguagem estimulante e confortadora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A musicoterapia melhora a qualidade de vida das crianças com Paralisia Cerebral.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A musicoterapia é uma fonte capaz de criar meios de ouvir, compreender, sentir, interiorizar, estabelecer ligações, proporcionar mudanças em nós mesmos, no nosso trabalho, indo ao encontro da nossa integração total no nosso contexto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
vivencial.					
É extremamente importante que o portador de Paralisia Cerebral apresente uma grande cultura musical.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A musicoterapia é um instrumento de intervenção que abrange vários tipos de população, desde as pessoas com deficiência (motora ou mental), às crianças com dificuldades específicas de aprendizagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considera possível as crianças com Paralisia Cerebral que não se conseguem mexer, ao serem estimuladas com a produção de sons, possam conseguir produzir novos movimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO B – Inquérito destinado à equipa multiprofissional**Mestrado em Ciências da Comunicação: Educação Especial no Domínio Cognitivo e Motor**

Exmos. Senhores(as), Sou aluna da Escola Superior de Educação João de Deus e estou a realizar um trabalho de investigação no âmbito da Unidade Curricular de Mestrado em Ciências da Comunicação: Educação Especial no Domínio Cognitivo e Motor, com a orientação do Professor Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva. Apresento-vos um questionário que se insere na importância da musicoterapia na Paralisia Cerebral: percepção duma equipa multiprofissional (musicoterapeutas, psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, pediatras, médicos ...). Fica desde já garantida a confidencialidade dos dados registados, uma vez que se destinam exclusivamente ao trabalho de investigação referido. Obrigado pela sua colaboração.

*Obrigatório

1. Habilitações Literárias*

Bacharelato

2. Especifique a(s) área(s) da sua habilitação literária. *Exemplo: Mestrado em Musicoterapia



3. Idade:*

- 20 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- mais de 50 anos

4. Tempo de serviço:*

- 0 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 20 anos

- 21 a 30 anos
- mais de 30 anos

5. Caso não seja musicoterapeuta, possui alguma formação específica em Musicoterapia?*

- Sim
- Não

6. Possui alguma formação específica em necessidades educativas especiais?*

- Sim
- Não

7. É a favor da inclusão dos alunos com paralisia cerebral no ensino regular?*

- Sim
- Não

7.1. Justifique a sua resposta.*

A rectangular text input field with a light gray border and a vertical scrollbar on the right side. The field is currently empty.

8. Escolha as opções que melhor definem o termo Paralisia Cerebral.*

- alteração do movimento e/ou postura e da função motora.
- anormalidades neuropatológicas não progressivas do cérebro em desenvolvimento.
- lesão progressiva do desenvolvimento do cérebro.
- anormalidade pré-natal, péri-natal e pós-natal.

9. Escolha as opções que melhor definem o termo Musicoterapia.*

- utilização planejada para se alcançar objetivos terapêuticos.
- ferramenta útil para possibilitar meios alternativos de expressão e comunicação.
- utilização da música e dos seus elementos para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização e a expressão.

10. A música como terapia contribui para o desenvolvimento cognitivo e motor em portadores com Paralisia Cerebral?*

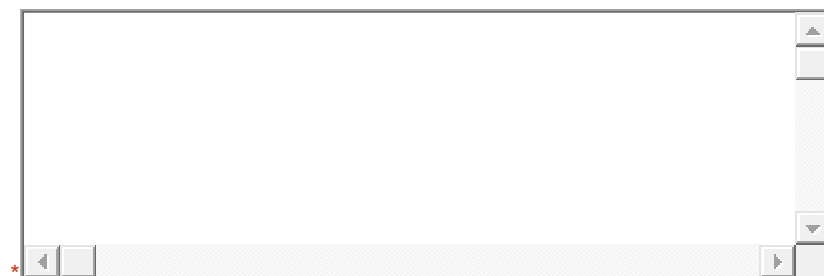
- concordo totalmente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo totalmente
- discordo

11. A música pode ser usada para modificar o comportamento do portador com Paralisia Cerebral.*

- concordo totalmente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo totalmente
- discordo

12. O não reconhecimento da musicoterapia como profissão, inviabiliza a iniciativa de adesão pela sociedade a esta terapia?*

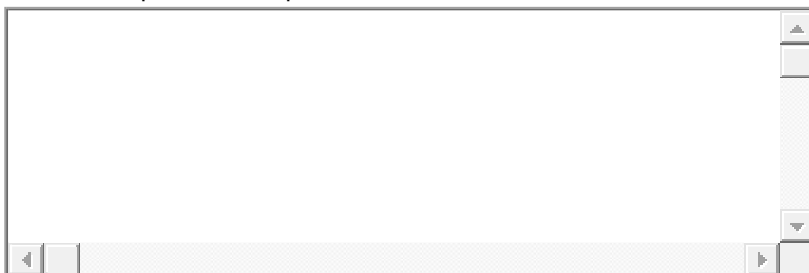
- concordo totalmente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo totalmente
- discordo
- 12.1 Dê a sua opinião



13. A musicoterapia melhora a qualidade de vida dos portadores com Paralisia Cerebral.*

- concordo totalmente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo totalmente
- discordo

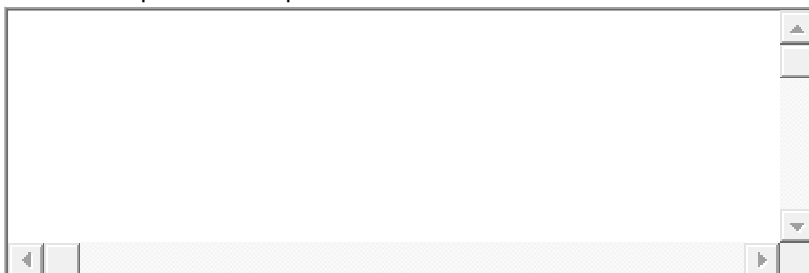
13.1. Justifique a sua resposta.*

A rectangular text input field with a light gray background and a thin border. It contains no text. On the right side, there are vertical scroll arrows (up and down triangles) and a vertical scrollbar. On the bottom side, there are horizontal scroll arrows (left and right triangles) and a horizontal scrollbar.

14. A música é um fator motivador e facilitador de comunicação para o portador de Paralisia Cerebral.*

- concordo totalmente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo totalmente
- discordo

14.1. Justifique a sua resposta.*

A rectangular text input field with a light gray background and a thin border. It contains no text. On the right side, there are vertical scroll arrows (up and down triangles) and a vertical scrollbar. On the bottom side, there are horizontal scroll arrows (left and right triangles) and a horizontal scrollbar.

15. A musicoterapia modifica o comportamento de crianças com Paralisia Cerebral.*

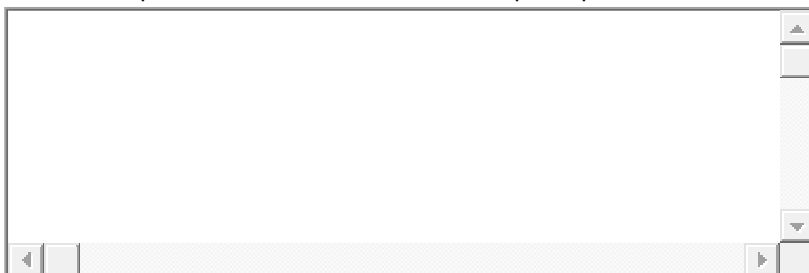
- concordo totalmente
- concordo
- não concordo nem discordo

- discordo totalmente
- discordo

16. Já aplicou a música como terapia na reabilitação de portadores com Paralisia Cerebral?*

- Sim
- Não

16.1. Se respondeu sim, refira as atividades que implementou.

A rectangular text input field with a light gray border and a vertical scrollbar on the right side. The field is currently empty.

17. Considera essencial que os profissionais de educação especial e/ou profissionais das outras áreas da educação, tenham formação sobre musicoterapia, para a implementar na sala de aula?*

- Sim
- Não

18. Considera que a música é a alegria de não permanecer em desespero e pode ser uma linguagem estimulante e confortadora?*

- concordo totalmente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo totalmente
- discordo

19. A musicoterapia é uma fonte capaz de criar meios de ouvir, compreender, sentir, interiorizar, estabelecer ligações, proporcionar mudanças em cada indivíduo, contribuindo para uma maior socialização.*

- concordo totalmente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo totalmente

- discordo

20. Considera possível os portadores com Paralisia Cerebral, que não se conseguem mexer, ao serem estimuladas com a produção de sons, possam conseguir produzir novos movimentos. *

- concordo totalmente
- concordo
- não concordo nem discordo
- discordo totalmente
- discordo