



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Programa de Indução de Professores

Módulo 10: LIDAR COM ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS

<https://empowering-teachers.eu/>

WP 2 – Projeto participativo de instrumentos políticos

© Copyright 2021 LOOP Consortium

Este documento não pode ser copiado, reproduzido ou modificado, na íntegra ou em parte, para qualquer finalidade, sem permissão por escrito do Consórcio LOOP. Além disso, deve ser referenciado o reconhecimento dos autores do documento, e de todas as partes aplicáveis do aviso de direitos autorais.

Todos os direitos são reservados.

Este documento poderá ser alterado sem aviso prévio.

Este documento foi compilado pelos membros do consórcio internacional.


This work is licensed under [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)





● Conteúdo

10.	LIDAR COM ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCATIVAS	5
10.1	FERRAMENTA DE AUTORREFLEXÃO SOBRE A DIVERSIDADE.....	7
10.2	QUADRO NACIONAL PARA A INCLUSÃO.....	9
10.3	RECONHECER AS NECESSIDADES DOS ALUNOS.....	10
10.4	GUIÃO PARA O DEBATE COM O MENTOR.....	17



EMPOWERING TEACHERS PERSONAL, PROFESSIONAL
AND SOCIAL CONTINUOUS DEVELOPMENT THROUGH
INNOVATIVE PEER - INDUCTION PROGRAMMES

10. Lidar com alunos com necessidades educativas

A. Qual é a ideia/meta/objetivo principal deste módulo?

O objetivo deste módulo é familiarizar os mentorandos com as necessidades de alguns dos alunos que podem ser encontradas na população escolar e apresentar estratégias de apoio, com o objetivo de fornecer respostas a essas necessidades.

B. Resultados de Aprendizagem Esperados:

No final deste módulo, o(s) mentorando(s) e o(s) mentor(es) serão capazes de:

- Diagnosticar as diferentes necessidades dos alunos.
- Identificar as necessidades básicas dos seus alunos com necessidades educativas
- Adequar as suas práticas atendendo às necessidades dos alunos
- Identificar recursos específicos e procurar aconselhamento e orientação relevantes.

C. Atividades, apresentações e outros materiais incluídos no módulo:

ATIVIDADE	Público-alvo	Tipo de recurso	Tempo para o recurso	Dimensão
10.1 Ferramenta de autorreflexão sobre a diversidade	Mentorando	Questionário	30 min	Pedagógica/Didática
10.2 Quadro nacional para a inclusão	Mentorando	Lista	1,5 hora	Burocrática/Administrativa
10.3 Reconhecer as necessidades dos alunos	Mentorando	Lista com breves apresentações	1 hora	Pedagógica/Didática
10.4 Guião para o debate com o mentor	Mentor	Guião	1 hora	Pedagógica/Didática

10.1 Ferramenta de autorreflexão - trata-se de um questionário que oferece um ponto de partida para a autorreflexão, sobre como para lidar com a diversidade, produzindo uma visão resumida das competências do professor.

10.2 Quadro nacional/regional para a inclusão - contem uma compilação de normativos que apoiam a inclusão.

10.3 Reconhecer as necessidades dos alunos - trata-se de uma lista extensa de potenciais necessidades dos alunos. Esta lista detalha algumas características dos alunos, tendo por referência um projeto financiado da União Europeia que, para além de definições, sugere ações para realizar as adaptações e acolher de forma adequada as diferenças.

10.4 Guião para o debate com o mentor - é o núcleo do módulo e oferece ao mentor as diretrizes para a organização de uma discussão sobre o contexto específico.

D. Sugestão para a implementação do módulo

A criação desta publicação foi cofinanciada pelo programa de subvenção Erasmus+ da União Europeia sob a subvenção nº.626148-EPP-1-2020-2-PT-EPPKA3-PI-POLICY. Esta publicação reflete apenas as visões do autor. Nem a Comissão Europeia, nem a Agência Nacional financiadora do projeto são responsáveis pelo conteúdo desta publicação, ou responsáveis por quaisquer prejuízos, ou danos resultantes do uso desta publicação.

O mentorando deve responder ao questionário de autorreflexão (10.1) e, posteriormente, redigir algumas conclusões sobre o seu trabalho, a sua formação e a escola, relativamente ao tópico da diversidade e da inclusão.

A atividade continua com um debate entre o mentorando e o mentor (recorrendo ao guião do ponto 10.4) e, se possível, integrado num grupo de discussão mais alargado, onde se pode incluir elementos da coordenação, colegas (professores ou outros funcionários), especialistas e até os pais dos alunos. O objetivo deste debate é a construção de um plano de ação para lidar com as necessidades dos alunos, integrando novos conhecimentos.

Se possível, e se for apropriado, podem ser discutidas as competências necessárias para trabalhar com os alunos, caso contrário, seria prudente realizar uma sessão individual antes do debate apenas com o mentor. No debate, o mentor pode apresentar os normativos nacionais que garantem a inclusão (10.2), e explorar a lista de necessidades (10.3) como ponto de partida para falar sobre determinados alunos que requerem uma atenção imediata.

Alternativamente, o mentorando pode explorar autonomamente a lista de necessidades que apresenta, resumidamente, as necessidades dos alunos e, ainda, o material incluído no kit de ferramentas i-decide, presente no link abaixo.

E. *Link útil*

Visite a página do projeto i-Decide, financiado pela União Europeia, que disponibiliza material e ideias para promover a inclusão. O projeto fornece aos professores e às estruturas de coordenação e direção das escolas um kit que contém sugestões práticas e literatura de apoio sobre as características dos alunos. O kit de ferramentas concentra-se em 23 necessidades, distribuídas por 13 grupos, para as quais recomendam ações concretas que promovem a inclusão. O kit de ferramentas está disponível em grego, inglês, português e romeno em: <https://www.idecide-project.eu/index.php/en/toolkit/download-the-toolkit>



10.1 FERRAMENTA DE AUTORREFLEXÃO SOBRE A DIVERSIDADE

Com base nas respostas ao questionário, é solicitado ao mentorando que redija algumas conclusões sobre o seu trabalho, a sua formação e a escola, relativamente ao tópico da diversidade e da inclusão. Este texto pode ser utilizado como mote no debate com o mentor para a construção do plano de ação.

- **Escala de Resposta:** indique o nível de concordância com as seguintes afirmações, registando até que ponto concorda com as declarações.
 - 1 = Discordo totalmente
 - 2 = Discordo
 - 3 = Não concordo nem discordo
 - 4 = Concordo
 - 5 = Concordo totalmente

- **Itens:**

- **A. Sobre mim**

1. Estou ciente sobre o que penso sobre as pessoas, culturas, e outros grupos diferentes.
2. Estou ciente de como a minha identidade e perspetiva cultural influenciam os meus julgamentos.
3. Reconheço que a diversidade entre os indivíduos pode estar na identidade de género, religião, raça, etnia, idioma, competências, orientação sexual, estatuto socioeconómico, etc.
4. Reconheço a diversidade dentro dos grupos de indivíduos.
5. Respeito as pessoas que são diferentes de mim na identidade de género, na religião, na raça, na etnia, na língua, nas competências, na orientação sexual, na posição socioeconómica, etc.
6. Garanto a inclusão de todos, independentemente da sua identidade de género, da religião, da raça, da etnia, da língua, das competências, da orientação sexual, da posição socioeconómica, etc.
7. Aproveito todas as oportunidades que me permitem experimentar lugares ou situações onde possa aprender a lidar com as diferenças e a criar novos relacionamentos.

- **B. Sobre os meus alunos e o trabalho na sala de aula**

8. Tenho conhecimento das diferenças (identidade de género, religião, raça, etnia, língua, competências, orientação sexual, estatuto socioeconómico, etc.) existentes entre os meus alunos e entre as suas famílias.
9. Tenho conhecimento dos diversos interesses (identidade de género, religião, raça, etnia, língua, competências, orientação sexual, status socioeconómico, etc.) dos meus alunos e das suas famílias.
10. Tenho o cuidado de não avaliar o desempenho de um aluno com base nas diferenças culturais ou de identidade.
11. Apoio a construção de um espírito de comunidade na sala de aula.
12. Os meus alunos sabem os nomes, origens e interesses de cada um.
13. Os meus alunos sentem-se confortáveis sendo autênticos na minha sala de aula.
14. Os meus alunos partilham exemplos pessoais que refletem os seus diferentes contextos.



15. Os meus alunos partilham exemplos pessoais que refletem os seus diferentes interesses.
16. Reconheço os conflitos que resultam das diferenças entre indivíduos e grupos.
17. Abordo construtivamente os conflitos que resultam das diferenças entre indivíduos e grupos.
18. Reconheço que o meu papel de professor tem impacto sobre as minhas relações com alunos de diferentes origens e identidades.

C. Sobre o currículo e o ensino

19. Os materiais que utilizo são inclusivos, diversos e não incluem qualquer estereótipo.
20. Ofereço oportunidades para que os alunos estabeleçam ligações entre os conceitos curriculares e questões de diversidade de natureza local.
21. Ofereço oportunidades para que os alunos estabeleçam ligações entre os conceitos da curriculares e questões de diversidade de natureza global.
22. Certifico-me que as responsabilidades, atividades e interações na sala de aula sejam inclusivas (exemplo, um sistema equitativo para chamar os alunos, linguagem neutra de género).
23. Respeito as diferenças de comportamentos, valores, estilos de comunicação e idiomas na sala de aula.
24. Os materiais que utilizo são acessíveis e apropriados para alunos com problemas físicos.
25. Preparo os alunos para os novos contextos que podem ser diferentes das experiências atuais (por exemplo, faculdade, trabalho).
26. Se abordar temas controversos ou sensíveis relacionados com a diversidade e se verificar que o ambiente é tenso, não desisto.

D. Sobre a minha escola

27. Estou consciente da diversidade da minha comunidade escolar.
28. A minha escola respeita a diversidade.
29. A minha escola apoia a diversidade em: espaços públicos, programas, comités e grupos de alunos e presta serviços de apoio diferenciados.
30. Os procedimentos da minha escola afetam de forma negativa e desproporcionada os alunos de diferentes origens e identidades.
31. Os membros das associações de pais refletem a demografia da comunidade escolar.
32. A minha escola está aberta ao feedback das famílias, partilhando ideias e experiências relacionadas com a diversidade.

Adaptado de: <https://www.apa.org/ed/precollege/topss/considering-diversity/considering-diversity-tool>



10.2 QUADRO NACIONAL PARA A INCLUSÃO

- **Educação Inclusiva**

- [Decreto-Lei n.º 54, de 6 de julho](#)

Estabelece os princípios e as normas que garantem a inclusão de todos e de cada um dos alunos.

- [Manual de Apoio à Prática](#)

A DGE edita o Manual de Apoio à Prática cuja finalidade é a de apoiar os profissionais na implementação do novo regime jurídico da educação inclusiva, assim como apoiar os pais/encarregados de educação na sua colaboração com a escola. O compromisso com a construção de uma escola inclusiva é um desígnio nacional e um desafio para o qual estamos TODOS convocados.

- **Programa Nacional de Sucesso Escolar (AQUI)**

- [Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/2016, de 24 de março](#)

No quadro das orientações de política educativa definidas no Programa do XXI Governo Constitucional, nas Grandes Opções do Plano 2016-2019 foi criado o Programa Nacional de Promoção do Sucesso Escolar.



10.3 RECONHECER AS NECESSIDADES DOS ALUNOS

Categoria e Subcategoria	Breve descrição	
Minorias Religiosas	Uma religião minoritária é uma religião mantida por uma minoria da população de um país, estado ou região. As religiões minoritárias podem estar sujeitas a estigma ou discriminação. As pessoas que pertencem a uma religião minoritária podem estar sujeitas a discriminação e preconceito, especialmente quando as diferenças religiosas se correlacionam com diferenças étnicas.	
Alunos de etnia cigana e Comunidades itinerantes	O Conselho da Europa utiliza o termo «Roma» como termo genérico quando se refere aos ciganos, Sinti, Kale e grupos afins, incluindo os viajantes e os grupos orientais (Dom e Lom). Muitos ciganos vivem em condições extremamente precárias, à margem da sociedade e enfrentam níveis extremos de racismo, discriminação e exclusão social, mesmo na sua vida quotidiana.	
Deficiências intelectuais	Função Cognitiva	Indivíduos com capacidade intelectual reduzida poderão apresentar défices no funcionamento cognitivo e nos processos de aprendizagem, tais como, pouca memória, taxas de aprendizagem baixas, problemas de atenção, dificuldade em aplicar o que aprenderam, e falta de motivação (Heward, 2013).
	Comportamento Adaptativo	Comportamento adaptativo é o conjunto de competências conceptuais, sociais e práticas que todas as pessoas desenvolvem para poderem gerir o seu quotidiano (https://aaidd.org). Por definição, as crianças com incapacidade intelectual apresentam défices substanciais no comportamento adaptativo. Em particular, as crianças com comportamento adaptativo tendem a ter défices nas seguintes áreas de competência: competências conceptuais, implicam o planeamento, o comportamento e o uso de conceitos abstratos; competências sociais, como comportamento geral, sentimentos sobre si mesmos, entender os outros, resolver problemas, influência de outras pessoas, seguir regras e obedecer às leis, e competências práticas, incluindo os cuidados domésticos e pessoais, gestão de dinheiro, utilização do telefone, deslocar-se, manter-se seguro e saudável, seguir horários e rotinas e manter uma vida profissional. Estas limitações podem assumir muitas formas e tendem a ocorrer em todos os domínios de atividade. As limitações nas competências de autocuidado e nas relações sociais, bem como os excessos comportamentais, são características comuns dos indivíduos com incapacidade intelectual, pelo que requerem um amplo apoio e frequentemente necessitam de aprender competências básicas de autocuidado, como vestir, comer e hábitos de higiene. Fonte: Heward, W. L. (2013). Crianças excecionais: uma introdução à educação especial. Pearson College Div.
	Síndrome de Down	O termo síndrome refere-se a uma série de sintomas ou características que ocorrem em conjunto e definem uma determinada doença ou condição. A síndrome de Down é a causa genética mais comum das deficiências intelectuais (Roberts <i>et al.</i> , 2005). A síndrome de Down resulta de uma anomalia cromossómica. Na maioria das vezes, a síndrome de Down resulta num nível moderado de deficiência intelectual, afetando cerca de 1 em 691 nascidos vivos e a sua incidência aumenta com a idade da mãe, para aproximadamente 1 em 30 para mulheres a partir dos 45 anos. Caraterísticas da síndrome de Down: a condição biológica mais conhecida encontra-se associada à deficiência intelectual, estimada em 5% a 6% de todos os casos. Caraterísticas físicas: resulta numa baixa estatura, face plana e larga com orelhas e nariz pequenos, olhos inclinados para cima, boca pequena com céu-da-boca curto, língua saliente que pode causar problemas de articulação, hipotonia (músculos flexíveis), problemas cardíacos, suscetibilidade a infeções auriculares e respiratórias. Fonte: Heward, W. L. (2013). Crianças excecionais: uma introdução à educação especial. Pearson College Div.
	Desenvolvimento social	Fazer e manter amizades e relacionamentos pessoais apresentam desafios significativos para muitas crianças com deficiência intelectual (Guralnick, Connor, Neville, & Hammond, 2006). As fracas competências de comunicação, a incapacidade de perceber a emoção e comportamentos incomuns ou inadequados podem levar ao isolamento social (Matheson, Olsen, & Weisner, 2007; Williams, Wishart, Pitcarin, & Willis, 2005). É difícil interagir com uma pessoa que interrompe com frequência, não mantém contacto visual e se desvia do tópico da conversa. Fonte: Heward, W. L. (2013). Crianças excecionais: uma introdução à educação especial. Pearson College Div.

A criação desta publicação foi cofinanciada pelo programa de subvenção Erasmus+ da União Europeia sob a subvenção nº.626148-EPP-1-2020-2-PT-EPPKA3-PI-POLICY. Esta publicação reflete apenas as visões do autor. Nem a Comissão Europeia, nem a Agência Nacional financiadora do projeto são responsáveis pelo conteúdo desta publicação, ou responsáveis por quaisquer prejuízos, ou danos resultantes do uso desta publicação.



	Abusos comportamentais e comportamentos desafiantes	Os alunos com problemas intelectuais são mais propensos a apresentar problemas de comportamento (Dekker, Koot, van der Ende e Verhulst, 2002). Embora jovens com deficiências intelectuais leves ou limitadas exibam um comportamento mais antissocial do que adolescentes sem deficiências (Douma, Dekker, de Ruiter, Tick, & Koot, 2007), em geral, quanto mais grave a deficiência intelectual, maior a incidência e gravidade do comportamento problemático. Estas crianças têm dificuldade em aceitar críticas, apresentam dificuldades de controlo e comportamentos bizarros e inadequados, são agressivos consigo e com os outros. Algumas síndromes genéticas associadas a deficiências intelectuais tendem a incluir comportamentos atípicos e inadequados. Por exemplo, crianças com síndrome de Prader-Willi muitas vezes demonstram comportamento autoagressivo, obsessivo-compulsivo, o que faz com que se sintam frequentemente com fome e comam substâncias não nutritivas, como fios, cabelo ou lixo (Ali, 2001; Dimitropoulos, Feurer, Butler, & Thompson, 2001; Symons, Butler, Sanders, Feurer, & Thompson, 1999). Fonte: Heward, W. L. (2013). Crianças excepcionais: uma introdução à educação especial. Pearson College Div.
	Dislexia	A dislexia é uma dificuldade de aprendizagem que afeta principalmente as competências leitora e ortográfica. As características da dislexia resultam em dificuldades na consciência fonológica, memória verbal e velocidade de processamento verbal. A dislexia ocorre em várias frequências e pode ser encontrada em aspetos da linguagem, coordenação motora, cálculo mental, concentração e comportamento pessoal, que não são, por si só, indicadores de dislexia. Uma boa indicação da gravidade e persistência das dificuldades disléxicas pode ser obtida examinando como o indivíduo responde ou respondeu a uma intervenção bem fundamentada (Rose Review, 2009, p.30). Fonte: Sinais gerais: pacote amigável de dislexia, BDA (2012, pp. 4-5)]
Dificuldades na aprendizagem	Problemas de leitura (dificuldade e na pronúncia dos sons)	A dificuldade de leitura é, de longe, a característica mais comum dos alunos com dificuldades de aprendizagem. Os problemas de leitura dos alunos com dificuldades de aprendizagem incluem dificuldade ao nível do processamento de palavras, por exemplo, a incapacidade de decodificar palavras isoladas com precisão e fluência. Além disso, os alunos com este tipo de dificuldade apresentam défices na área da consciência fonológica de palavras faladas (Torgesen e Wagner, 1998). A consciência fonológica refere-se à "compreensão consciente e conhecimento de que a linguagem é composta de sons" (Simmons, Kame'nui, Coyne, Chard & Hairrell, 2011, p. 54). O aluno que enfrenta dificuldades de leitura pode apresentar as seguintes características: fraco progresso na leitura, dificuldade em juntar as letras nas palavras, hesitação ao ler, especialmente quando lê em voz alta, perde palavras/linhas ao ler ou adiciona palavras extra, dificuldade em escolher os pontos mais importantes de uma passagem (dificuldades de compreensão).
	Dificuldades na linguagem escrita	Os alunos com dificuldades de aprendizagem têm um desempenho significativamente menor do que os seus colegas com a mesma idade em todas as tarefas de expressão escrita, incluindo a caligrafia, ortografia, pontuação, vocabulário, gramática e escrita expositiva (De La Paz e Graham 1997; Englert, Wu e Zhao, 2005). Os alunos apresentam as seguintes características: • tendem a demonstrar um reduzido planeamento, esforço e controlo metacognitivo em termos de escrita. • dificuldades com a ortografia, gramática e pontuação. • produzem composições fracas contendo ideias mal desenvolvidas (Heward, 2013).
	Insucesso na matemática	O raciocínio numérico e o cálculo constituem grandes problemas para muitos alunos com dificuldades de aprendizagem. Défices na recolha de fatores numéricos e na resolução de problemas são particularmente evidentes (Fuchs <i>et al.</i> , 2010; Geary, 2004). Tipicamente, os alunos com insucesso na Matemática têm dificuldade com: • a ordem dos números, por exemplo, unidades, dezenas, centenas • os símbolos matemáticos • a memória de uma ordem sequencial, por exemplo, tabelas, dias da semana, o alfabeto • aprender e lembrar tabelas de multiplicação • a representação, invertendo números como 2 e 5 Fonte: Heward, W. L. (2013). Crianças excepcionais: uma introdução à educação especial. Pearson College Div.
	Défices nas competências sociais	Os alunos com dificuldades de aprendizagem também são mais propensos a ter problemas sociais. As fracas competências sociais dos alunos podem-se dever à forma como interpretam situações sociais em comparação com as suas experiências, e à sua incapacidade de perceber as expressões afetivas não verbais dos outros (Meadan & Halle, 2004; Most & Greenbank, 2000). As situações sociais que apresentam dificuldades para alunos com deficiência podem ser simples ou mais complexas (De Bildt <i>et al.</i> , 2005): como ter uma conversa com um colega e decidir se alguém que parece amigável quer prejudicá-lo.



	Défice e de atenção distúrbio de hiperatividade	<p>“A característica essencial do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que é mais frequente e grave do que é tipicamente observado em indivíduos num nível comparável de desenvolvimento” (American Psychiatric Association, 2000a, p. 85).</p> <p>Alguns alunos com dificuldades de aprendizagem têm dificuldade em realizar uma tarefa pois apresentam altos índices de hiperatividade. Crianças que exibem consistentemente esses problemas podem ser diagnosticados com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH).</p> <p>Os alunos com TDAH apresentam as seguintes características: falta de atenção, falta de atenção aos detalhes, dificuldade em manter a atenção nas tarefas ou atividades, não presta atenção ao que ouve, não segue as instruções (por exemplo, inicia uma tarefa, mas rapidamente se distrai), não gosta de tarefas que exigem um esforço mental sustentado, perde frequentemente coisas, impulsividade associada à inquietação e agitação permanente, corre ou sobe a estruturas e muitas vezes fala excessivamente alto ou faz barulho, deixa escapar respostas, não espera pela sua vez, interrompe os outros, age sem pensar (por exemplo, inicia uma tarefa sem ler ou ouvir as instruções), encontra-se frequentemente "em movimento", tem dificuldade em resistir às tentações.</p> <p>Fonte: adaptado de American Psychiatric Association, 2011c.</p>
	Distúrbio do espectro do autismo	<p>Caraterísticas dos Transtornos do Espectro Autista (adaptado de DSM-5 Autism Spectrum Disorder 299.00 (F84.0)).</p> <p>A. Défices persistentes na comunicação e na interação social em múltiplos contextos, que se manifestam pelo seguinte, (os exemplos são ilustrativos):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Na reciprocidade socio emocional, variando, por exemplo, de dificuldades nas interações sociais em conversas do dia a dia, à reduzida partilha de interesses, emoções ou afetos. 2. Em comportamentos de comunicação não verbal usados na interação social, dificuldades na comunicação verbal e não verbal, inadequações no contacto visual e na linguagem corporal, défices na compreensão dos gestos ou uma total falta de expressões faciais. 3. No desenvolvimento, manutenção e compreensão de relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldades de ajuste de comportamento a vários contextos sociais, a dificuldades em partilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos e a ausência de interesse em colegas. <p>B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por, pelo menos, dois dos seguintes comportamentos (os exemplos são ilustrativos):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Movimentos motores estereotipados ou repetitivos, uso de objetos ou fala (por exemplo, estereotípias motoras simples, alinhando brinquedos ou lançando objetos, ecolalia, frases idiossincráticas). 2. Insistência na repetição, adesão inflexível às rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (por exemplo, angústia extrema em pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou comer o mesmo todos os dias). 3. Interesses altamente restritos e fixos que são excessivos em intensidade ou foco, como forte apego ou preocupação com objetos incomuns, com interesse excessivamente circunscrito ou perseverante. 4. Híper ou hipo reatividade aos estímulos sensoriais, ou interesses incomuns nos aspetos sensoriais do ambiente (por exemplo, aparente indiferença à dor/temperatura, resposta adversa a sons ou texturas específicos, cheiro ou toque excessivo de objetos, fascínio visual por luzes ou movimento).
Distúrbios da Comunicação e da Linguagem	Défices de comunicação	<p>Um distúrbio de comunicação é uma debilidade na capacidade de receber, enviar, processar e compreender conceitos ou sistemas de símbolos verbais, não verbais e gráficos. Um distúrbio de comunicação pode ser evidente nos processos de audição, linguagem e/ou fala e pode variar em gravidade, de leve a profundo. Os indivíduos podem demonstrar apenas um ou diferentes combinações de distúrbios de comunicação. Um distúrbio de comunicação pode ser resultado de uma deficiência primária ou pode estar associado a outras deficiências.</p> <p>Fonte: American Speech-Language-Hearing Association (1993). Definições de distúrbios e variações de comunicação. Disponível em: www.asha.org/policy</p>
	Distúrbios da linguagem	<p>Um distúrbio de linguagem implica a compreensão indevida e/ou o uso equivocado de sistemas de símbolos falados, escritos e/ou outros.</p> <p>O distúrbio pode envolver (1) a forma da linguagem (fonologia, morfologia, sintaxe), (2) o conteúdo da linguagem (semântica) e/ou (3) a função da linguagem na comunicação (pragmática) em qualquer combinação.</p>
	Distúrbios da fala	<p>Os três tipos básicos de distúrbios de fala são: (a) distúrbios de articulação (erros na produção de sons de fala), (b) distúrbios de fluência (dificuldades com o fluxo ou ritmo da fala) e (c) distúrbios de voz (problemas com a qualidade ou uso da voz).</p>
Deficiências sensoriais	Problemas auditivos	<p>Por definição, “a deficiência auditiva pode ser permanente ou variável, que afeta adversamente o desempenho de uma criança, mas não está incluída na definição de ‘surdez’”, conforme definido pela Lei de Educação de Indivíduos com Deficiência (IDEA).</p> <p>Fonte: http://www.specialeducationguide.com/disability-profiles/hearing-impairments/</p>

A criação desta publicação foi cofinanciada pelo programa de subvenção Erasmus+ da União Europeia sob a subvenção nº.626148-EPP-1-2020-2-PT-EPPKA3-PI-POLICY. Esta publicação reflete apenas as visões do autor. Nem a Comissão Europeia, nem a Agência Nacional financiadora do projeto são responsáveis pelo conteúdo desta publicação, ou responsáveis por quaisquer prejuízos, ou danos resultantes do uso desta publicação.



ria s	Problemas visuais	<p>“A deficiência visual, também conhecida como perda de visão, é uma diminuição da capacidade de ver, num determinado grau, que causa problemas não corrigíveis por meios habituais, como os óculos.” (Organização Mundial da Saúde). Os problemas de visão mais comuns afetam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nitidez ou clareza da visão (acuidade visual) • O alcance normal do que se vê (campos visuais) • A cor
Deficiências Físicas	Malformação congénita no sistema músculo-esquelético	<p>As malformações congénitas são anomalias estruturais, funcionais ou metabólicas, que podem manifestar-se desde o nascimento ou na primeira infância.</p> <p>“Diferentes tipos de processos patogénicos que levam a anomalias estruturais são referidos pelos termos malformação, rutura e deformação. As anomalias podem ser colocadas numa das categorias com base no estado de desenvolvimento da alteração, no processo que causou a mudança, ou no resultado final (Roger E. Stevenson, Benjamin D. Solomon, David B. Everman, Human Malformations and Related Anomalies, Oxford University Press, 2015).</p> <p>As pessoas avaliadas com uma deficiência média são orientadas para atividades profissionais que requerem um esforço físico reduzido, que não implique percorrer longas distâncias ou pegar em objetos pesados. Geralmente, necessitam de dispositivos de postura e tratamento de recuperação, para evitar a deterioração das funções articulares. As pessoas avaliadas com uma deficiência grave precisam de meios compensatórios (prótese, órtese, etc.), adaptados de acordo com a sua atividade e os membros afetados. Os indivíduos também podem necessitar de meios especiais de deslocação (cadeira de rodas, automóveis adaptados, etc.), de um espaço adaptado e de assistência nas atividades diárias.</p>
	Escoliose	<p>A escoliose é uma deformidade tridimensional que ocorre quando a coluna se torna anormalmente torcida e curvada lateralmente. O termo “é derivado da palavra grega que significa ‘torto’ e foi utilizado pela primeira vez por Galeno (AD 131-201) para descrever uma deformidade espinhal em forma de ‘S’ ou ‘C’. Embora definida como uma curvatura lateral, como visualizada na radiografia plana, a deformidade é, na verdade, tridimensional e envolve alterações nos planos frontal, sagital e transversal da coluna vertebral. Esta deformidade pode ocorrer tanto na parte superior como inferior das costas e afeta, muito raramente, a região do pescoço. A causa para a maioria das curvaturas da coluna vertebral é desconhecida (escoliose idiopática). (Dolores M. Huffman, Karen Lee Fontaine, Bernadette K. Price. Problemas de Saúde na Sala de Aula, guia de referência de A-Z, para educadores, p. 275).</p>
	Cifose	<p>Em termos gerais, a cifose é uma condição que se refere a uma curvatura exagerada das costas. De acordo com a definição especializada, “a cifose estrutural é uma deformidade convexa posterior da coluna vertebral que pode aparecer na infância e piorar com o crescimento, principalmente durante o surto de crescimento púber. A curvatura anormal pode ser lisa, definindo cifose redonda, ou pode exibir um padrão angular acentuado. [...] A cifose angular é a mais grave das duas formas. As principais causas de cifose redonda são a cifose postural e a doença de Scheuermann. (Novos Insights para o Profissional de Saúde, Atlanta, Scholarly Edições, 2013)</p>
	Disfunção somática	<p>“A disfunção somática pode ser definida como função prejudicada ou alterada de componentes relacionados do sistema somático (estrutura corporal): estruturas esqueléticas, artrodiais e mio fasciais e os seus elementos vasculares, linfáticos e neurais relacionados” (Conselho Educativo sobre Princípios Osteopáticos, 2009).</p> <p>“A disfunção somática não é um dano nos tecidos que o organismo deve restabelecer, mas sim, um distúrbio da programação do organismo no comprimento, tensão, resistência da superfície articular que afeta a mobilidade, a eficiência do fluxo de fluido tecidual e o equilíbrio neurológico.” (Marc Micozzi, Fundamentos de Medicina Complementar e Alternativa, Saunders Elsevier, 2010, p. 244)</p>
	Lesão na espinhal medula	<p>A medula espinal pode ser geralmente definida como um grupo de nervos que percorre a coluna e transporta sinais entre o organismo e o cérebro. Uma lesão da medula espinhal (Sci) representa danos que causam alterações na sua função, que podem ser temporários ou permanentes.</p> <p>Geralmente, as respetivas alterações implicam a perda da função muscular, da sensação ou da função autónoma nas partes do organismo abrangidas pela medula espinal e que estão abaixo do nível da lesão. Como consequência, os pacientes apresentam frequentemente défices neurológicos e incapacidades permanentes e, muitas vezes, devastadoras.</p>
	Distrofia muscular	<p>A distrofia muscular (DM) pode ser definida como um grupo coletivo de distúrbios hereditários não inflamatórios, mas progressivos, que afetam a função muscular (Alan E. H. Emery, Muscular Dystrophy, Oxford University Press, 2008, 3).</p>
	Poliartrite reumatoide	<p>A artrite reumatoide juvenil (ARJ) é um tipo de artrite que causa inflamação e rigidez articular por mais de seis semanas numa criança com 16 anos ou menos.</p> <p>A inflamação causa vermelhidão, inchaço, calor e dor nas articulações, embora muitas crianças não se queixem de dor nas articulações. Qualquer articulação pode ser afetada e a inflamação pode limitar a mobilidade.</p>
	Paralisia	<p>A cadeia de células nervosas que vai desde o cérebro, através da medula espinal até aos músculos, é chamada via motora. A função muscular requer conexões intactas ao longo desta via motora. Os danos em qualquer ponto reduzem a capacidade do cérebro em controlar os movimentos do músculo. A ineficiência causa fraqueza, também chamada paresia. A perda completa de comunicação impede qualquer movimento voluntário e a falta de controlo dá origem à paralisia. Certas anomalias hereditárias nos músculos causam paralisia temporária, em que a fraqueza se manifesta de forma intermitente.</p>

A criação desta publicação foi cofinanciada pelo programa de subvenção Erasmus+ da União Europeia sob a subvenção nº.626148-EPP-1-2020-2-PT-EPPKA3-PI-POLICY. Esta publicação reflete apenas as visões do autor. Nem a Comissão Europeia, nem a Agência Nacional financiadora do projeto são responsáveis pelo conteúdo desta publicação, ou responsáveis por quaisquer prejuízos, ou danos resultantes do uso desta publicação.



Alunos de contextos carenciados	Famílias carenciadas	Considera-se que as pessoas vivem em situação de pobreza quando os respetivos rendimentos e recursos são de tal forma inadequados que as excluem de ter um nível de vida considerado aceitável na sociedade em que vivem. Em virtude da sua pobreza, podem ainda sofrer de várias desvantagens como desemprego, baixos rendimentos, fracas condições de habitação, cuidados de saúde insuficientes, e experienciar obstáculos na aprendizagem ao longo da vida, no acesso à cultura, ao desporto e a atividades recreativas.
	Famílias violentas	A violência doméstica, neste contexto, refere-se ao abuso e/ou agressão de crianças ou adolescentes pelos seus pais – violência parental-, ou a adultos, pelos seus parceiros íntimos. Os sinais de que um aluno sofre de violência doméstica são, por exemplo: queixas físicas, cansaço, preocupação constante com possível perigo e/ou a segurança dos entes queridos, tristeza e/ou afastamento de outras pessoas e das atividades, dificuldade em estar atento nas aulas, explosões de raiva dirigidas a colegas, professores ou a si mesmo e <i>bullying</i> . Fonte: L. Baker, P. Jaffe, L. Ashbourne, Crianças expostas a Violência Doméstica. Um manual para professores para aumentar a compreensão e a resposta comunitária, p.9]
Aluno Migrante, Refugiado, Requerente de Asilo	Refugiados, requerentes de asilo e menores não acompanhados	De acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Refugiados, de 1951, que é o documento jurídico fundamental que determina o estatuto e os direitos dos refugiados, assinado por 144 Estados Contratantes, “um refugiado é alguém que, devido a um receio fundado de ser perseguido por razões de raça, religião, nacionalidade, pertença a um determinado grupo social ou opinião política, está fora do seu país de origem e não pode ou, devido a esse receio, não está disposto a recorrer (ele próprio) à proteção desse país”. De acordo com a Agência de Refugiados da ONU, um requerente de asilo é alguém cujo pedido de refúgio ainda não foi processado. A expressão “menor não acompanhado” refere-se a todo o menor com menos de dezoito anos e que esteja separado de ambos os pais e não esteja sob a tutela de um adulto que, por lei ou pelos costumes, tenha a responsabilidade de o fazer (ONU, “Refugee Children: Guide lines on Protection and Care”, p.121).
	Alunos migrantes	A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos dos Migrantes define os migrantes da seguinte forma: “O termo migrante, constante da alínea a) do n.º 1 do artigo 1.º deve ser entendido como abrangendo todos os casos em que a decisão de migrar é tomada livremente pelo indivíduo em causa, por razões de conveniência pessoal e sem intervenção de um fator externo vinculativo.”
Alunos com problemas de saúde	Asma	A asma é uma doença pulmonar crónica (de longo prazo) que inflama e estreita as vias aéreas. A asma causa períodos recorrentes de sibilância, aperto no peito, falta de ar e tosse. Geralmente, a tosse ocorre à noite ou no início da manhã. Alunos com asma podem a qualquer momento: <ul style="list-style-type: none"> • ter surtos de tosse, sibilância e problemas respiratórios graves • ter necessidade de tomar medicação oral ou inalatória • sentir-se nervosos e ansiosos após utilizar os seus inaladores (também chamados broncodilatadores) • faltar a visitas de estudo que possam agravar a sua condição • solicitar a remoção de elementos alergénios nas salas de aula que possam desencadear surtos • precisar de serem dispensados da educação física ou de outras atividades quando têm crises (NHLBI, 2014).
	Diabetes	A diabetes é uma doença crónica na qual os níveis de glicose (açúcar) no sangue estão acima do normal. A diabetes tipo 1 ou diabetes juvenil é uma doença do sistema imunológico. Em pessoas com diabetes tipo 1, o sistema imunológico ataca as células produtoras de insulina do pâncreas, destruindo-as. Como o pâncreas não consegue produzir mais insulina, as pessoas com diabetes tipo 1 devem tomar insulina diariamente.
	Anemia	A anemia ocorre quando o sangue tem um número menor do que o normal de glóbulos vermelhos, ou se os glóbulos vermelhos não têm hemoglobina suficiente. A hemoglobina é uma proteína que dá ao sangue a cor vermelha e auxilia o transporte de oxigénio. Se um indivíduo é anémico, o organismo não tem oxigénio suficiente, o que faz com que se sinta cansado e fraco. A anemia grave pode danificar o coração, o cérebro e outros órgãos do corpo, e pode até causar a morte. No geral, a deficiência de ferro é a causa mais comum de anemia (Sills <i>et al.</i> , 2016). A deficiência de ferro é, geralmente, detetada precocemente pelos pediatras numa avaliação de rotina, pois os sintomas são muito peculiares. São sintomas de anemia: a dificuldade em manter a temperatura corporal, o aumento da probabilidade de infeções, a fadiga, a fraqueza, a pele pálida, os batimentos cardíacos rápidos ou irregulares, a falta de ar, a dor no peito, as tonturas, os problemas cognitivos, as mãos e os pés frios, as dores de cabeça e a irritabilidade.



	Epilepsia	A epilepsia é um distúrbio neurológico. O cérebro contém milhões de células nervosas chamadas neurónios que comunicam através de cargas elétricas. Uma convulsão ocorre quando há uma súbita e breve onda excessiva de atividade elétrica no cérebro, entre as células nervosas. Esta condição resulta numa alteração na sensação, no comportamento e na consciência. Além de potenciais dificuldades com a memória, os alunos com epilepsia podem ter problemas específicos de aprendizagem, como dificuldades de atenção e de processamento, ou efeitos colaterais associados à perturbação do sono e ao cansaço, decorrentes de crises noturnas e da medicação antiepiléptica (Reilly e Ballantine, 2011). Cansaço, mudanças de humor, irritabilidade e dificuldades de concentração podem ser atribuídos aos efeitos secundários da medicação.
	Cancro	A leucemia é uma anomalia nas células sanguíneas da medula óssea e é responsável por cerca de 40% dos casos de cancro na infância. A mais comum é a Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) e leucemia mieloide aguda (LMA). Os Tumores do Sistema Nervoso Central do cérebro e da medula espinal são os tumores sólidos mais comuns em crianças. Os linfomas têm origem em células nos gânglios linfáticos ou outros tecidos linfáticos, e incluem linfoma de Hodgkin e uma série de linfomas não-Hodgkin. Os tumores renais têm mais probabilidade de ocorrer nos primeiros cinco anos de vida. Rabdomiossarcoma é um cancro do tecido conjuntivo que pode surgir a partir de uma série de locais diferentes no corpo. O osteossarcoma é o tumor ósseo mais comum na infância e, frequentemente, afeta os ossos longos dos braços e das pernas. O Sarcoma de Ewing é um tumor que ocorre no osso ou no tecido mole e frequentemente surge na pelve ou nos ossos das pernas. O neuroblastoma tem origina em células nervosas primitivas, na glândula adrenal e numa cadeia de nervos ao longo da coluna vertebral. Embora o tratamento do neuroblastoma apresente um elevado nível de sucesso, em crianças mais velhas é mais agressivo e mais difícil de tratar. As crianças também podem desenvolver tumores de células germinativas, que surgem a partir de células reprodutivas, ou tumores que surgem no fígado, bem como outras formas raras de cancro.
Alunos com problemas de saúde mentais	Adições	A definição de adição refere-se a uma compulsão para o uso de determinada substância, ou a continuidade de um comportamento que resulta numa sensação de bem-estar. Existem dois tipos de adição ou dependência: fisiológica e psicológica. Dependência fisiológica: ocorre quando uma substância, que altera o equilíbrio químico do organismo é usada de forma prolongada. O organismo desenvolve uma necessidade/desejo por essa substância em particular e se entra em abstinência, é desencadeado um conjunto de sintomas desagradáveis, que se mantêm até que essa exigência seja suprida. Dependência psicológica: ocorre quando o cérebro fica viciado numa substância ou comportamento específico que o "recompensa", ou seja, proporciona-lhe uma sensação de bem-estar. A mente é poderosa e, portanto, um cérebro viciado pode produzir manifestações físicas de abstinência, incluindo desejos, irritabilidade, insónia e depressão. Quais são os sinais das dependências? Ainda que indivíduos diferentes possam desenvolver qualquer tipo de adição, os sinais de alerta são bastante semelhantes e incluem: • Um foco nocivo na busca da substância/comportamento • Exclusão de outras atividades que não estejam relacionadas com o uso da substância • Sair com o objetivo principal de usar a substância • Necessidade de consumir mais substância/comportamento para obter as mesmas sensações de euforia • Negligenciar outras áreas da vida, incluindo relacionamentos, saúde ou trabalho. Fonte: Reachout.com.
	Depressão	A depressão é um transtorno psicológico comum, acompanhado de tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, perturbações do sono ou do apetite, sentimentos de cansaço e baixa concentração.
	Distúrbios alimentares – anorexia, bulimia	A expressão "transtorno alimentar" refere-se a uma condição complexa, potencialmente fatal, caracterizada por distúrbios graves nos comportamentos alimentares. Os transtornos alimentares podem ser vistos como uma estratégia para lidar com o sofrimento emocional ou como um sintoma de problemas subjacentes. A anorexia nervosa: o indivíduo esforça-se para atingir e manter um peso corporal inferior ao peso corporal normal para a sua idade, sexo e altura e, por isso, estará preocupado com pensamentos sobre comida e a necessidade de perder peso; poderá exercitar-se excessivamente e poderá ter comportamentos de purga. A bulimia nervosa: o indivíduo, após uma ingestão excessiva de alimentos, tenta eliminar qualquer alimento consumido. Desta forma, desenvolve comportamentos de alto risco que podem incluir jejum, exercício excessivo, vômito autoinduzido e/ou o uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos. Assim sendo, a bulimia é muitas vezes menos óbvia do que a anorexia e pode passar despercebida por mais tempo. A compulsão alimentar implica que o indivíduo consuma alimentos em excesso e, neste caso, existe a probabilidade de aumento considerável de peso, pelo que se vêem presos num ciclo de dieta, compulsão, autorrecriminação e autoaversão constantes.



Distúrbio Obsessivo Compulsivo	<p>O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é um transtorno de saúde mental que afeta indivíduos de todas as idades e estilos de vida, e ocorre quando uma pessoa entra num ciclo de obsessões e compulsões. As obsessões são pensamentos indesejados, intrusivos, imagens ou impulsos que desencadeiam sentimentos intensamente angustiantes. As compulsões são comportamentos adquiridos numa tentativa de libertação das obsessões e/ou diminuição da angústia que lhes está associada. Fonte: Internacional OCD Foundation.</p>
Esquizofrenia	<p>A esquizofrenia é o nome dado a um grupo de transtornos psicóticos associados a distúrbios significativos do pensamento, emoções e comportamento. Os sintomas mais comumente associados a este distúrbio são as alucinações. Um indivíduo com esquizofrenia pode ver, ouvir, provar, cheirar e sentir o que não existe. Estas experiências parecem tão reais que os esquizofrénicos têm dificuldade em acreditar na sua inexistência.</p> <p>Os delírios são crenças incomuns que não se baseiam na realidade e, muitas vezes, contradizem evidências da vida real. Os delírios e as ilusões podem começar de repente, ou podem desenvolver-se durante um período de semanas ou meses e, depois, desaparecer. Podem conduzir a um:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pensamento desorganizado: alguém que passe por um episódio esquizofrénico pode achar difícil manter o controlo dos seus próprios pensamentos. Ler um artigo de jornal ou ver TV pode ser difícil porque é difícil a concentração. Os pensamentos e as memórias podem ser descritos como nebulosos ou confusos.- Comportamento desorganizado: comportamentos imprevisíveis também podem ser um sintoma de esquizofrenia. Indivíduos com esquizofrenia podem ficar agitados, podem gritar e dizer palavras sem motivo, pois podem sentir que não estão no controlo do próprio corpo.
Automutilação	<p>A automutilação tem lugar quando alguém se fere ou causa algum dano a si próprio, deliberadamente. A automutilação pode assumir múltiplas formas, incluindo: cortar-se, tomar sobredosagens de medicamentos, socar-se, bater com o corpo contra algo, arranhar ou rasgar a pele, puxar o cabelo ou as pestanas, queimar-se, inalar ou cheirar substâncias nocivas, conduzir de forma perigosa e usar, de forma excessiva e abusiva, álcool e/ou outras drogas.</p>
Stress	<p>O stress é um estado de tensão e preocupação causado por problemas na vida, trabalho, etc. O stress causa fortes sentimentos de preocupação ou ansiedade. Nos alunos, o stress pode ser causado por: exames, problemas na escola ou no trabalho, abuso sexual, físico ou emocional, novas responsabilidades, mudança para um novo lugar, um evento traumático, como a morte de um ente querido, doença recentemente diagnosticada ou crónica, deficiência, pressão dos colegas ou ser intimidado, pelas expectativas irrealistas de si mesmos, família, amigos ou cultura e realizarr demasiadas atividades.</p>
Distúrbio Bipolar	<p>O transtorno bipolar é um transtorno cerebral biológico que causa flutuações graves no humor, energia, pensamento e comportamento. Anteriormente, era conhecida como depressão maníaca, pois faz com que o humor varie entre a mania e a depressão.</p>

Adaptado de: <https://www.idecide-project.eu/index.php/en/>

Consultar o conjunto de ferramentas, não só para identificar as necessidades básicas dos alunos, como também para verificar potenciais adaptações, alterações, recursos, técnicas e outras ideias para incluir todos os alunos e dar resposta às suas necessidades:

<https://www.idecide-project.eu/index.php/en/toolkit/download-the-toolkit>



10.4 GUIÃO PARA O DEBATE COM O MENTOR

O debate em grupo pode ser realizado com a participação do mentorando, do diretor da escola, das estruturas de gestão intermédia, dos colegas (professores ou outros colaboradores), pais e especialista que já trabalharam ou trabalham com alunos com os quais que é necessária uma intervenção multidisciplinar. Este momento pode ser realizado presencialmente, ou se tal não for possível, sugere-se a utilização de uma plataforma eletrónica de comunicação.

Guião com a sugestão de questões:

- O kit de ferramentas do projeto i-decide disponibiliza uma série de estratégias para trabalhar com alunos com diferentes necessidades educativas, pelo que poderá selecionar as mais adequadas.
Nota: o mentor sugere ao mentorando um estudo prévio e autónomo do material do kit e a elaboração de um sumário das sugestões nele incluídas. Em seguida, e em conjunto, avaliam quais as que poderão ser implementadas.
- Quais são os recursos necessários e que procedimentos devem ser adotados para assegurar a implementação das sugestões?
Nota: em colaboração, identificam outras ideias que possam ser implementadas adequando-as à realidade da escola. Em seguida, iniciam a preparação de um plano de ação que inclua atividades contextualizadas, operacionalizadas por etapas e definidas num cronograma.
- Qual é a experiência dos colegas que trabalham com estes alunos?
Nota: são registadas e incluídas no plano as práticas que mostram resultados mais positivos e as que se revelam menos ajustadas, com o apoio dos presentes.
- Qual é a experiência dos pais?
Nota: os pais são convidados a partilhar as suas experiências com os filhos e são identificadas as principais necessidades, que devem ser tidas em consideração pela escola.
- Existem estruturas (por exemplo, serviços de apoio ou aconselhamento) especializadas que podem fornecer, ao mentorando, apoio para atender às necessidades dos alunos?
Nota: o mentor, em colaboração com os presentes identifica potenciais fontes de experiência interna e externa e planeia um contacto para solicitar aconselhamento.



INOVA+



LOOP

EMPOWERING TEACHERS PERSONAL, PROFESSIONAL AND SOCIAL
CONTINUOUS DEVELOPMENT THROUGH INNOVATIVE PEER - INDUCTION PROGRAMMES