



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Centro Regional das Beiras – Viseu

Faculdade de Educação e Psicologia

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

**ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL- Domínio de
Audição e Surdez**

A FALA E O GESTO:

O papel do terapeuta da fala nos diferentes graus de surdez

Tânia Raquel Durães de Matos

Viseu, março de 2014

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Centro Regional das Beiras – Viseu

Faculdade de Educação e Psicologia

A FALA E O GESTO:

O papel do terapeuta da fala nos diferentes graus de surdez

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, sob a orientação do Professor Doutor José Afonso Baptista para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, na área científica de Educação Especial.

Tânia Raquel Durães de Matos

Viseu, março de 2014

“Jamais considere os seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para o seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual o seu futuro trabalho pertencer”.

(Albert Einstein, s/d.)

Dedicatória

Dedico este trabalho às mãos que me foram estendidas e caminharam juntas comigo,
que impulsionaram e abriram caminhos.

Aos meus pais,
corações que incentivaram, ouviram, acolheram, hospedaram, emprestaram sorrisos,
enxugaram lágrimas,
acreditaram...

Agradecimentos

Gostaria de reiterar a minha mais sincera gratidão a todos aqueles que tornaram possível a construção desta dissertação.

Assim, agradeço...

Um agradecimento muito singular ao Professor Doutor Afonso Baptista por todo o apoio, orientação e rigor com que pautou este percurso, não querendo esquecer a sábia motivação e a disponibilidade afetuosa e atenta com que sempre me acolheu.

A todos os Terapeutas da Fala que aceitaram preencher os questionários, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais pelo seu apoio e tolerância durante este percurso realizado.

Ao meu namorado, pela ajuda nos momentos difíceis. Obrigada, por estares sempre presente;

Por fim agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram na elaboração e realização desta pesquisa.

A todos o meu Bem-Haja.

Resumo

A presente dissertação de mestrado pretendeu encontrar respostas para a questão de investigação delineada: *Qual o papel dos terapeutas da fala nos diferentes graus de surdez (ligeira, moderada, severa, profunda)?*

Para se responder a esta questão, seguiu-se um estudo quantitativo e descritivo, cujos dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário, numa amostra de 12 Terapeutas da Fala, de Agrupamentos e Escolas Secundárias de Referência para o Ensino Bilingue de Alunos Surdos do país.

Os dados empíricos permitiram concluir que não se confirmou a primeira hipótese de investigação, uma vez que, na surdez ligeira, por norma, é imprescindível a correção da perturbação articulatória existente, caracterizada pela distorção de certos fonemas. Estes alunos têm a linguagem alterada, designadamente a fonologia e a morfossintaxe. No caso dos alunos surdos profundos, a terapia da fala é indispensável, aceitando-se, deste modo, a segunda hipótese levantada. Quanto à terceira hipótese, a mesma foi confirmada, tendo subjacente a importância do papel do Terapeuta da Fala. Ainda que a sua intervenção seja mais relevante nuns casos do que noutros, todavia, é sempre fundamental para a reabilitação destes alunos.

Palavras-chave: Graus de surdez; Educação Especial; Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos; Terapia da Fala; Intervenção.

Abstract

This dissertation aims to find answers to the outlined research question: What is the role of speech therapists in the different degrees of hearing loss (mild, moderate, severe, profound)?

In order to answer this question, a quantitative and descriptive study was carried out, in which data was collected through a questionnaire made available to 12 Speech Therapists, Reference School Clusters and Secondary Schools for the Bilingual Education of Deaf Students in the country.

Empirical data concluded that the first research hypothesis was not confirmed because in mild deafness, most of the times, it is essential to correct the existing articulation disorder, characterized by the distortion of certain phonemes. These students experience changes in speech, particularly in phonology and morphosyntax. In the case of profoundly deaf students, speech therapy is essential and therefore, the second raised hypothesis is acceptable. The third hypothesis was confirmed, underlying the important role of the Speech Therapist. Although the Speech Therapist's intervention is more relevant in some cases, it is always crucial to the rehabilitation of these students.

Keywords: Degrees of hearing loss; Special Education; Reference Schools for the Bilingual Education of Deaf Students; Speech Therapy; Intervention.

Índice Geral

Introdução	21
------------------	----

PARTE I

Enquadramento Teórico

Capítulo I – Da Exclusão à Inclusão	29
1. Conceções e Práticas	29
1.1. Decreto-Lei n.º 3/2008: novas regras no atendimento aos alunos com NEE	32
2. Princípios da escola inclusiva	35
3. A educação dos surdos em Portugal	41
Capítulo II – A Terapia da Fala nos Diferentes Graus de Surdez	51
1. Diferentes graus de surdez	51
2. Linguagem versus Língua versus Fala	54
2.1. Língua gestual	57
2.2. Ensino bilingue	58
3. O Terapeuta da Fala nas Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos	60

PARTE II

Estudo Empírico

Capítulo I – Metodologia.....	67
1. Problemática e Questão de Partida	67
2. Objetivos.....	68
3. Variáveis	68
4. Hipóteses de Investigação	70
5. Amostra/participantes	70
5.1. Caracterização da amostra	71
6. Instrumento de colheita de dados	72
7. Procedimentos	73

8. Tratamento estatístico dos dados	73
Capítulo II - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	75
1. Apresentação dos resultados dos questionários.....	75
3. Discussão dos Resultados.....	95
Conclusão	99
Bibliografia.....	103
Anexos	109

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o grau acadêmico mais elevado.....	71
Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a(s) instituição(ões) onde completou a sua formação acadêmica	71
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o ano que concluiu a formação acadêmica	72
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo a frequência ou disciplinas na área da língua gestual portuguesa	75
Tabela 5 – Aprendizagem de LGP torna mais eficaz a intervenção junto das crianças surdas	76
Tabela 6 - Se a LGP fosse uma área da formação acadêmica a intervenção junto de alunos com deficiência auditiva seria mais eficaz	76
Tabela 7 - Formação sobre LGP - Cursos de LGP	76
Tabela 8 – Formação em LGP – Seminários	77
Tabela 9 - Formação em LGP – Congressos	77
Tabela 10 – Formação em LGP – Nenhuma	77
Tabela 11 - Distrito onde exerce a atividade	78
Tabela 12 - Total de meses de exercício de funções com crianças surdas	78
Tabela 13 – Número de crianças com surdez que acompanha atualmente	79
Tabela 14 - Nº de horas de trabalho semanal com crianças surdas	79
Tabela 15 - Surdez ligeira.....	80
Tabela 16 - Surdez moderada	80
Tabela 17 - Surdez severa.....	80
Tabela 18 - Surdez profunda	81
Tabela 19 - Hipoacusia ligeira versus intervenção na área da articulação verbal oral	81
Tabela 20 - Hipoacusia ligeira versus comunicação não verbal.....	81
Tabela 21 - Hipoacusia ligeira versus linguagem (semântica)	82
Tabela 22 - Hipoacusia ligeira versus leitura labial	82
Tabela 23 - Hipoacusia ligeira versus motricidade oro facial	82

Tabela 24 - Hipoacusia ligeira versus linguagem (fonologia).....	83
Tabela 25 - Hipoacusia ligeira versus linguagem (morfofossintaxe)	83
Tabela 26 - Hipoacusia moderada versus articulação verbal oral	83
Tabela 27 - Hipoacusia moderada versus comunicação não verbal	83
Tabela 28 - Hipoacusia moderada versus linguagem (semântica)	84
Tabela 29 - Hipoacusia moderada versus leitura labial.....	84
Tabela 30 - Hipoacusia moderada versus motricidade oro facial.....	84
Tabela 31 - Hipoacusia moderada versus linguagem (fonologia)	85
Tabela 32 - Hipoacusia moderada versus linguagem (morfofossintaxe).....	85
Tabela 33 - Hipoacusia severa versus articulação verbal oral.....	85
Tabela 34 - Hipoacusia severa versus comunicação não verbal.....	85
Tabela 35 - Hipoacusia severa versus linguagem (semântica)	86
Tabela 36 - Hipoacusia severa versus leitura labial	86
Tabela 37 - Hipoacusia severa versus motricidade oro facial	86
Tabela 38 - Hipoacusia severa versus linguagem (fonologia)	86
Tabela 39 - Hipoacusia severa versus linguagem (morfofossintaxe)	87
Tabela 33 - Hipoacusia profunda versus articulação verbal oral.....	87
Tabela 41 - Hipoacusia profunda versus comunicação não verbal	87
Tabela 42 - Hipoacusia profunda versus linguagem (semântica).....	87
Tabela 43 - Hipoacusia profunda versus leitura labial	88
Tabela 44 - Hipoacusia profunda versus motricidade oro facial.....	88
Tabela 45 - Hipoacusia profunda versus linguagem (fonologia)	88
Tabela 46 - Hipoacusia profunda versus linguagem (morfofossintaxe).....	88
Tabela 47 – Grau de concordância/discordância face às afirmações colocadas.....	89
Tabela 48 – Crianças acompanhadas do ensino pré-escolar.....	89
Tabela 49 – Crianças acompanhadas do 1º CEB	90

Tabela 50 – Crianças acompanhadas do 2º CEB	90
Tabela 51 – Crianças acompanhadas do 3º CEB	90
Tabela 52 – Alunos acompanhados do Ensino Secundário	91
Tabela 53 – Profissionais de compõem a equipa	91
Tabela 54 - Sessões realizadas em grupo com crianças surdas	91
Tabela 55 - Utilização de Meios de Comunicação Aumentativa e Alternativa (MCAA)	92
Tabela 56 – Utilização de gestos de uso comum.....	92
Tabela 57 – Utilização de SPC/PECS/ Sistema Bliss	92
Tabela 58 – Utilização de objetos reais e fotografias	93
Tabela 59 – Utilização de ortografia	93
Tabela 60 – Utilização dos MCAA em conjunto com professores, outros técnicos e familiares	93
Tabela 61 – Utilização dos MCAA na escola.....	94
Tabela 62 – Utilização dos MCAA em situação do quotidiano	94
Tabela 63 – Utilização dos MCAA na terapia.....	94
Tabela 64 – Utilização dos MCAA em casa.....	94

Introdução

Esta dissertação surge no âmbito do Mestrado em Educação Especial no Domínio da Audição e Surdez e tem como objetivo principal verificar qual o papel dos terapeutas da fala nos diferentes graus de surdez (ligeira, moderada, severa, profunda).

Nos últimos anos têm vindo a observar-se mudanças fundamentais para a melhoria da qualidade da educação das crianças e jovens surdos. Variados são os fatores que estão associados a novas perspetivas de atuação, tanto na educação como na saúde.

Em Portugal, o terapeuta da fala foi visto tradicionalmente como um profissional ligado ao campo de atuação da saúde. Todavia, noutros países, como no Reino Unido ou nos Estados Unidos da América, já se encontra definido o terapeuta da fala de base escolar (Patrão, 2009, cit. por Almeida, Cabral, Filipe & Morgado, 2009). Em 1998, foram criadas no nosso país as Unidades de Apoio à Educação de Alunos Surdos (UAEAS - Despacho n.º 7520/98, de 6 de maio), sendo incluídos nas equipas educativas formadores de Língua Gestual Portuguesa (LGP), intérpretes de LGP e terapeutas da fala. A atual legislação para a educação especial (Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro) determina a criação de uma rede de agrupamentos onde se incluem jardins-de-infância, escolas básicas e escolas secundárias de ensino bilingue para alunos surdos. Sabe-se que desde a criação das UAEAS tem havido um aumento gradativo do número de terapeutas da fala nestas equipas.

Na base da intervenção do terapeuta da fala está a comunicação humana, sendo da sua competência prevenir, avaliar, tratar e investigar cientificamente as características da comunicação, linguagem e fala, assim como as alterações que lhes possam estar associadas (*Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes*, 1997, cit. por *American Speech-Language-Hearing Association*, 2000).

Os conhecimentos gerais sobre o mundo encontram-se, por norma, ao alcance das crianças, desde o nascimento, no contacto com os outros que a rodeiam, principalmente através da audição. Como tal, há que ter a consciência, por parte de quem lida com pessoas com deficiência auditiva, que estas têm esse *input* de informação auditiva comprometido, que informa e complementa tudo aquilo que veem, não sendo, também, de desprezar toda a informação auditiva que se refere a factos, acontecimentos ou conceitos, que não estão presentes visualmente e que são veiculados exclusivamente pela via da oralidade (Almeida et al., 2009).

A linguagem é um processo simbólico de pensamento e organização de experiências que permite a comunicação entre as pessoas, através da oralidade, escrita e/ou gestos. Está ligada à formação de conceitos e possibilita a integração da pessoa ao meio em que vive, sendo um vínculo de trocas, de relações e de construção de conhecimentos. O seu desenvolvimento opera-se através da interação de aspetos físicos, cognitivos, emocionais e sociais (Sim-Sim, 1998).

A linguagem possibilita à criança aprender o que não é evidente e desempenha um papel fulcral no pensamento e no conhecimento. No caso da surdez, a consequência imediata para a criança será o comprometimento a nível da aquisição espontânea da linguagem oral na medida em que não recebe ou tem dificuldade em receber o *feedback* auditivo (Magford, 2002, cit. por Goldfeld, 2003).

A audição é, para o Homem, uma faculdade de orientação no espaço, “graças ao microfone timpânico”, conforme refere Serrão (1998, p. 16), tida como uma faculdade fulcral para o equilíbrio do *Homo Erectus*, um dos primeiros ganhos de eficiência, seguindo-se o ganho da eficiência da articulação entre o som e o ouvido e o som emitido, que transmite para o exterior o resultado de uma operação neuronal executada sobre o som ouvido na medida em que este som é interpretado pela consciência primária no quadro da cultura episódica. Quando este segundo ganho está comprometido surge a necessidade premente de se iniciar uma intervenção precoce conducente à criação de um ambiente facilitador do total desenvolvimento da criança com deficiência auditiva, sendo este um papel a desempenhar pelos terapeutas da fala.

No que diz respeito à audição, o seu desenvolvimento passa por diferentes etapas, que são a base dos programas de educação/treino auditivo para crianças surdas (Monfort & Juárez, 2001). Considerando as fases de desenvolvimento da audição (Rodriguez & Irujo, 2002), é possível agrupá-las em cinco fases principais: deteção, discriminação, identificação, reconhecimento e compreensão. Nem todas as crianças surdas necessitam de uma introdução sistemática de atividades em cada uma das fases referidas. Crianças em idade escolar com perda auditiva ligeira a moderada podem conseguir progredir no sentido de uma audição excelente através da interação linguística natural com os seus pares. No entanto, as crianças recentemente identificadas com surdez ligeira ou moderada e crianças com surdez severa a profunda precisam de um treino sistemático com atividades de audição específicas (Estabrooks, 1996).

Em termos escolares, há a referir que a reorganização da Educação Especial, levada a cabo pelo Ministério de Educação, objetivando uma escola inclusiva, foi consubstanciada

com a publicação do Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, que provocou alterações significativas na escola portuguesa.

Assim, para que houvesse uma adequação do processo de acesso ao currículo por parte dos alunos surdos, em conformidade com o referido dispositivo legal, os alunos surdos devem estar inseridos em ambientes bilíngues adequados ao desenvolvimento da língua gestual portuguesa, como língua natural e, por consequência, a primeira língua de acesso ao currículo e também à Língua Portuguesa (LP) na sua vertente escrita e, eventualmente, falada (Crespo, Correia, Cavaca, Croca, Breia, & Micaelo, 2008).

Por outro lado, é importante realçar-se que a maior parte das crianças surdas são filhas de pais ouvintes, não tendo, por esse motivo, acesso à língua gestual. Assim sendo, é extremamente necessário que estas crianças estejam inseridas em comunidades linguísticas promotoras do desenvolvimento da língua gestual portuguesa, onde devem existir os grupos de socialização que, *a priori*, comuniquem em LGP, trata-se das Escolas de Referência, que são uma resposta educativa especializada, concentrando os alunos surdos em grupos ou turmas a fim de desenvolver metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinar, adaptadas ao ensino bilíngue de alunos surdos (Crespo et al., 2008).

No entanto, estas Escolas de Referência têm de possuir todas as condições necessárias, em termos humanos e em termos materiais, como, por exemplo, um conjunto de docentes, de técnicos, os equipamentos necessários que permitam que os alunos tenham o sucesso esperado no acesso ao currículo (Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro).

Crespo et al. (2008) referem que a ação das escolas de referência deve articular-se com os serviços de intervenção precoce, possibilitando às crianças surdas atempadamente o contacto com a língua gestual portuguesa. Esta articulação será um meio facilitador da inclusão destas crianças no ensino pré-escolar, num grupo em que seja estimulado o uso da língua gestual.

Todavia, a concretização dos princípios postulados pela atual legislação encontra muitas barreiras. Em muitos casos, o almejado apoio da Educação Especial aos alunos surdos em turmas inclusivas é assegurado por professores sem qualquer especialização em surdez e sem que haja um formador/intérprete em língua gestual portuguesa. Como tal, a inclusão dos alunos surdos em agrupamentos sem Escolas de Referência para a Educação Bilíngue de Alunos Surdos pode transformar-se num problema complexo quer para os próprios alunos, quer para os professores do Ensino Regular e da Educação Especial que os acompanham, na medida em que não possuem formação específica para ensinarem língua gestual portuguesa.

Não obstante o mencionado, há muitos alunos que para frequentarem uma Escola de Referência teriam que gastar parte do seu dia em transportes ou teriam que ir viver para longe da família, atendendo à sua distância em relação ao local de residência, constituindo-se esta uma situação de desagrado para os seus pais.

Face ao exposto, é desejável que os alunos surdos incluídos em agrupamentos de escolas onde não existem Escolas de Referência para a Educação Bilingue disponham, apesar disso, de um atendimento adequado às suas necessidades educativas especiais, onde seria ideal a presença de técnicos especializados em LGP, sendo esta uma área a ser incluída nos *curricula* dos terapeutas da fala e na formação de professores de Educação Especial, uma vez que são estes que apoiam os alunos com necessidades educativas especiais incluídos nas escolas do Ensino Regular. Acrescenta-se que as escolas de referência deverão estar vocacionadas e apetrechadas para as crianças surdas que não aprendem por exposição natural à LP. Por seu lado, as crianças com surdez ligeira e moderada devem estar nas escolas do ensino regular. Seria também ideal a presença de um formador/intérprete em LGP.

Falar sobre a educação/reabilitação de crianças surdas não é um assunto fácil. É um problema complexo que se coloca em diferentes níveis. A surdez tem sido, ao longo das últimas décadas do século XX, uma das problemáticas mais debatidas entre investigadores científicos, médicos, psicólogos, linguistas, terapeutas da fala, entre outros. Como tentativa de colmatar as lacunas existentes na reabilitação do surdo.

Pensando que o terapeuta da fala, como o próprio nome induz, estará relacionado com uma perspetiva de educação de surdos puramente oralista, verifica-se que tal não acontece no ensino bilingue. Pelo contrário, através de um trabalho de equipa interdisciplinar, procura-se desenvolver competências comunicativas nos alunos surdos e na comunidade educativa, em que o domínio da LP, independentemente de ser através da modalidade oral ou da escrita, permite à criança surda participar ativamente em situações de interação com pessoas ouvintes e, acima de tudo, comunicar com aqueles que estão mais perto de si.

Considerando o contexto de intervenção de um terapeuta da fala em Escolas de Referência para a Educação Bilingue com crianças surdas, surge eminentemente uma série de problemas. O primeiro grande entrave, que se pretende frisar neste trabalho, é a questão da relevância da língua natural do surdo no ensino da língua oral. Assim sendo, formula-se a questão de partida, fio condutor deste trabalho: *Qual o papel dos terapeutas da fala nos diferentes graus de surdez (ligeira, moderada, severa, profunda)?*

Pensar sobre a importância da língua gestual no processo de reabilitação torna-se problemático, principalmente, no que concerne a uma possível reestruturação da prática do terapeuta da fala.

Para a elaboração desta dissertação, optou-se por abordar os seguintes pontos na primeira parte, reservada à fundamentação teórica. Assim, começa-se, no primeiro capítulo, por abordar os vários graus de surdez (ligeira, moderada, severa, profunda). No segundo capítulo, reservado à linguagem *versus* língua *versus* fala, alude-se à faculdade de linguagem, às componentes da gramática universal (fonética, capacidade discriminativa, pronúncia e competências prosódicas, etc.), à aquisição da linguagem e às línguas orais *versus* línguas gestuais. No terceiro capítulo descrevem-se os métodos de intervenção dos terapeutas da fala. No quarto capítulo abordam-se os princípios da escola inclusiva, tendo como ponto de referência um quadro teórico de referência para a educação de crianças surdas.

PARTE I
Enquadramento Teórico

Capítulo I – Da Exclusão à Inclusão

Neste capítulo, pretende-se mostrar esta evolução, fazendo-se uma reflexão sobre o conceito de Educação Especial. Para tal, serão abordados e aprofundados conceitos como o de educação especial, escola inclusiva, inclusão de crianças e jovens com NEE no estado atual. Mencionaremos os principais marcos legislativos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização da história da educação especial em Portugal, tratando em pormenor a legislação atual. Tem lugar a história da educação dos surdos em Portugal. O caminho percorrido baseia-se, para além do trabalho legislativo, nos estudos efetuados a nível nacional e internacional que serão abordados neste capítulo.

1. Conceções e Práticas

Desde os primórdios da Humanidade que as pessoas diferentes foram sempre objeto de tratamento especial, desde serem consideradas na Idade Média como possuídas por divindades maquiavélicas, ou fruto de transgressões morais no século VIII, até serem internadas em hospícios por serem consideradas loucas e criminosas nos séculos XVIII e XIX (Bautista, 1997).

Bautista (1997) destaca sucintamente três fases importantes na história da Educação Especial. Uma primeira, que se pode considerar a pré – história da Educação Especial, essencialmente asilar. A segunda, de forte cariz assistencial, aliada a algumas preocupações educativas, defende que a educação deverá decorrer em ambientes segregados. Finalmente a terceira e a mais recente, localizada na década de 70, apresenta uma nova abordagem de conceito e de prática da Educação Especial, caracterizada pela preocupação com a integração dos deficientes.

Esta nova ideia da educação integrada caracterizava-se por escolas comuns que aceitavam crianças ou adolescentes nas classes comuns ou, pelo menos em ambientes o menos restritivos possível, só que considerava integradas apenas as crianças com deficiência que conseguissem adaptar-se à classe como esta se apresentava, portanto sem modificações no sistema. Assim, a educação integrada ou integradora exigia a adaptação dos alunos ao sistema escolar, mantendo excluídos aqueles que não conseguiam adaptar-se ou acompanhar os restantes alunos (Sanches, 2006).

Tal como na Europa, também nos Estados Unidos se registou uma evolução de conceitos e recursos para crianças deficientes. Caldwell (1973, cit. por Bairrão, Pereira, Felgueiras, Fontes & Vilhena, 1998) distinguiu três períodos históricos na evolução das atitudes e práticas em educação especial. O primeiro que se situa no início do século XX e que prolonga a tradição asilar e segregativa do século XIX, caracteriza-se por uma forte segregação em relação aos não normais pelo que as famílias mantinham as crianças deficientes afastadas dos olhares públicos, é intitulado “o período dos esquecidos e dos escondidos”. O segundo corresponde aos anos 50 e 60 altura em que surgem as técnicas psicométricas com a preocupação principal de classificar e diagnosticar em vez de educar, remetendo os deficientes para estruturas segregadoras e, por isso, um período difícil para a integração dos deficientes.

Proliferam as instituições especializadas para atender pessoas por tipo de deficiência e prolifera a ideia de que esta segregação é benéfica porquanto presta assistência, proteção e algum tratamento aos deficientes e lhes proporciona inclusive um princípio de educação. É “o período de despiste e de segregação”.

Em Portugal este período de grande segregação ficou bastante vincado na sociedade, e parece por vezes não ter sido ultrapassado, face à predominância do diagnóstico médico (Bautista, 1997).

Finalmente, o terceiro período “da identificação e ajuda”, iniciado nos primórdios dos anos 70 é marcado pela ocorrência de uma nova conceção do conceito e prática da Educação Especial, “caracterizada predominantemente, pela integração escolar das crianças com deficiência em conjunto com os seus pares” (Pereira, 1996, p.4), e contribuiu significativamente para mudar o paradigma anterior.

A partir de 1970, a Educação Especial tem vindo a alterar os seus princípios e fundamentos, sendo influenciada pela Pedagogia e Ciências da Educação nas políticas educativas. É nos Estados Unidos da América que se dá um grande passo na área da Educação Especial, com a *Public Law 94-142 (1975), The Education for all handicapped children act*, aprovada em congresso e que veio valorizar os princípios de normalização, a necessidade de planos individualizados para todas as crianças com NEE, o direito a uma educação num meio o menos restritivo possível, a utilização de vários recursos humanos e técnicos de apoio, a garantia de que os Serviços de Educação Especial (EE) sejam disponibilizados para todas as crianças que dele necessitem e educação pública gratuita para todas as crianças com NEE (Correia, 2003).

Em 1978, com a edição do *Warnok Report*, em Inglaterra, propõe-se a expansão da rede de Educação Especial, e substitui-se o conceito de deficiência pelo de Necessidades Educativas Especiais (Pereira, 1996). Desta forma, a criança diferente deixa de ser vista como deficiente e passa a ter o direito à diferença com legislação que a defende enquanto cidadão.

Com a integração destas crianças em classes regulares e, posteriormente a sua inclusão, o termo necessidades educativas especiais passa a fazer parte de todas as crianças com dificuldades educativas, quer tenham ou não deficiência aparente, mas que necessitem de apoio de um professor de Ensino especial, que o possa ajudar a ultrapassar as suas dificuldades respeitando o seu ritmo e as suas capacidades.

Destaca-se a contestação ao diagnóstico médico valorizando a educação como uma forma de mudança e a integração como forma de normalização. Passou-se desta forma a ligar o diagnóstico à intervenção e a atuar mais precocemente junto das crianças e famílias, realizando o despiste de uma forma mais justa e menos estigmatizante (Bairrão et al., 1998) denotando um interesse pela educação da pessoa deficiente o mais próximo possível do dito “normal”.

Esta evolução das estruturas organizacionais ocorre na maioria dos países ocidentais mas em Portugal a intervenção pública é mais tardia, lenta e com menos recursos. Estas diferentes fases podem ser resumidas como referem Bairrão et al. (1998) “da perspetiva assistencial e de proteção à educação, da iniciativa privada à pública, da segregação à integração”.

Da mesma forma, a divisão histórica proposta pelos peritos da OCDE em 1984 confirma o que anteriormente foi referido, dividindo o percurso português em três fases. (Bairrão et al., 1998, p.16).

Uma primeira fase durante a segunda metade do século XIX caracterizada pela criação de instituições para cegos e surdos de iniciativa privada. A segunda caracteriza-se pela criação de centros de educação especial e pela realização de formação especializada de professores, fora do âmbito do Ministério da Educação mas com uma forte intervenção do Ministério dos Assuntos Sociais. A terceira fase abre caminho à integração escolar liderada predominantemente pelo Ministério da Educação no início dos anos 70. São criadas as Equipas de Educação Especial para permitir o apoio a crianças com deficiências sensoriais e motoras integradas no sistema regular de ensino, mas ainda não contemplando as crianças com deficiência mental.

Surge a inclusão, na década de 80, desenvolvendo-se nos anos 90 e que continuará pelo século XXI, com a Conferência de Salamanca, em junho de 1994, onde as grandes diretrizes de orientação educativa no caminho para a inclusão tiveram o seu exponencial máximo para permitir a inclusão dos alunos com necessidades educativas especiais no ensino regular.

A ideia fundamental deste período é a de adaptar o sistema escolar às necessidades dos alunos, deixando claro que uma escola comum, tal como sempre existiu, não se torna automaticamente numa escola inclusiva só porque admitiu alguns alunos com deficiência nas classes comuns.

1.1. Decreto-Lei n.º 3/2008: novas regras no atendimento aos alunos com NEE

O Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro, define o grupo-alvo da educação especial, que considera as Necessidades Educativas Especiais (NEE) como aquelas que resultam de “limitações significativas ao nível da atividade e participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social e dando lugar à mobilização de serviços especializados para promover o potencial de funcionamento biopsicossocial” (Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro, art.1.º, ponto 1).

Este diploma legal prevê como objectivos da educação especial “a inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida pós-escolar ou profissional” (artigo 1.º, ponto 2, alterado pela Lei nº 21/2008 de 12 de maio”).

Neste sentido, a “educação inclusiva visa a equidade educativa, sendo que por esta se entende a garantia de igualdade, quer no acesso quer nos resultados, pelo que o sistema e as práticas educativas devem assegurar a gestão da diversidade da qual decorrem diferentes tipos de estratégias que permitam responder às necessidades educativas dos alunos” (Decreto-lei 3/2008, de 7 de janeiro).

Com esta lei opera-se um novo rumo no processo de avaliação das necessidades educativas especiais das crianças, que se inicia com a elaboração de um relatório técnico-pedagógico no qual “constam os resultados decorrentes da avaliação, obtidos por

referência à CIF, servindo de base à elaboração do Programa Educativo Individual” (artigo 6º, ponto 3).

Consolidando a ideia já consignada no ponto 59 da Declaração de Salamanca, no qual se refere que a “educação das crianças com necessidades educativas especiais é uma tarefa compartilhada por pais e profissionais” (p. 37), o artigo 3º do Decreto-Lei 3/2008 vem definir os direitos e deveres dos pais/encarregados de educação no exercício do poder paternal, no que se refere à implementação da educação especial junto dos seus educandos, introduzindo também os procedimentos a desenvolver, caso estes não exerçam o seu direito nos termos da lei, em tudo o que se relacione com a educação especial a prestar ao seu filho (ponto 1). A sua participação ativa passa também pelo processo de referenciação (artigo 6º, ponto 1. c) e pela elaboração do Programa Educativo Individual (PEI) (artigo 10º), no prazo de 60 dias após a referenciação (artigo 6.º, ponto 5). Nos seus pontos 1 e 2, expressa, respetivamente, que o PEI é elaborado, conjunta e obrigatoriamente, pelo docente do grupo ou turma (na educação pré-escolar e 1º ciclo) ou pelo diretor de turma (nos 2º/3º ciclos e ensino secundário), pelo docente de educação especial, pelos encarregados de educação e, sempre que necessário, por outros técnicos. Este documento deve ser obrigatoriamente revisto no final de cada ciclo de escolaridade. No final do ano letivo, deve ser elaborado um relatório circunstanciado com explicitação dos resultados obtidos por cada aluno no âmbito da aplicação das medidas estabelecidas no PEI (artigo 13.º, pontos 1 e 3).

Nesta mesma legislação surge pela primeira vez a figura do Plano Individual de Transição (PIT), que deve complementar o PEI no caso dos jovens cujas necessidades educativas os impeçam de adquirir as competências definidas no currículo comum. Deve-se iniciar três anos antes da idade limite de escolaridade obrigatória e é “destinado a promover a transição para a vida pós-escolar e, sempre que possível, para o exercício de uma atividade profissional com adequada inserção social, familiar ou numa instituição de carácter ocupacional” (artigo 14.º).

Numa escola inclusiva que ultrapassa a integração de alunos com necessidades educativas especiais, promovendo uma pedagogia centrada na criança e onde as aprendizagens devem ser adequadas às necessidades e interesses do indivíduo, o Decreto-Lei 3/2008 consagra também, no seu artigo 16º, a adequação do processo de ensino e aprendizagem, com o intuito de promover a aprendizagem e a participação dos alunos com necessidades educativas especiais de carácter permanente. Neste sentido, definem-se como medidas educativas: a) Apoio pedagógico personalizado; b) Adequações curriculares

individuais; c) Adequações no processo de matrícula; d) Adequações no processo de avaliação; e) Currículo específico individual; f) Tecnologias de apoio.

Quanto à certificação, o mesmo diploma estabelece a necessidade de se adequar os instrumentos de certificação da escola às necessidades específicas dos alunos que seguem o seu percurso escolar com PEI, devendo ser normalizados e contendo a identificação das medidas que foram aplicadas (artigo 15.º).

Para um bom desenvolvimento da educação especial nas escolas regulares, é definida a possibilidade de os agrupamentos de escolas estabelecerem parcerias com instituições públicas, particulares, de solidariedade social e centros de recursos especializados ou outras (artigo 30.º), atingindo vários fins, de entre os quais salientamos “A execução de respostas educativas de educação especial, entre outras, ensino do Braille, do treino visual, da orientação e mobilidade e terapias; O desenvolvimento de estratégias de educação que se considerem adequadas para satisfazer necessidades educativas dos alunos (alíneas c) e d), respetivamente).

Este decreto refere também a necessidade de as escolas incluírem nos seus projetos educativos as adequações relativas ao processo de ensino e de aprendizagem, de carácter organizativo e de funcionamento necessárias para dar resposta educativa aos alunos que beneficiem de educação especial. Assim, estabelece a criação de uma rede de escolas de referência de ensino bilingue para alunos surdos e para a educação de alunos cegos e com baixa visão (artigo 4.º). Os agrupamentos de escolas também têm a possibilidade de desenvolver respostas educativas especializadas e diferenciadas, através de modalidades específicas de educação, com a criação de unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo (artigo 25.º) e de unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdocegueira congénita (artigo 26.º).

De acordo com o referido neste diploma e no mesmo artigo, constituem objectivos das unidades de apoio especializado: a) promover a participação dos alunos com multideficiência e surdocegueira nas atividades curriculares, junto dos pares da turma; b) aplicar metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinares; c) assegurar a criação de ambientes estruturados, securizantes e significativos para os alunos; d) proceder às adequações curriculares necessárias; e) adotar opções educativas flexíveis de carácter individual e dinâmico; f) assegurar apoios específicos ao nível das terapias, da psicologia e da orientação e mobilidade; g) organizar o processo de transição para a vida pós-escolar.

A criação destas unidades é proposta por deliberação do Conselho Executivo, que deve organizar, acompanhar e orientar o desenvolvimento da unidade, após autorização por despacho do diretor regional (artigo 26.º, ponto 8). Podem concentrar alunos de um ou mais concelhos, em função da sua localização e rede de transportes, e integrarem docentes com formação especializada em educação especial (pontos 4 e 5).

As escolas ou agrupamentos de escolas com unidades especializadas devem ser apetrechados com equipamentos adequados às necessidades dos alunos e introduzir as modificações nos espaços físicos e mobiliário, face às metodologias e técnicas a implementar (ponto 7). Compete também às escolas acompanhar o desenvolvimento das metodologias de apoio, adequar os recursos às necessidades dos alunos, promover a participação social dos alunos e criar espaços de reflexão e de formação sobre estratégias de diferenciação pedagógica, num trabalho transdisciplinar e cooperativo entre os vários profissionais (ponto 6).

2. Princípios da escola inclusiva

O termo “educação inclusiva” cobre variadas tentativas de atender à diversidade total das necessidades educacionais dos alunos nas escolas de um bairro. Há uma considerável variedade no modo como as pessoas definem esse fenómeno. No final do espectro, uma escola ou um sistema escolar aceita todos alunos nas escolas integradoras, independentemente do fato se encontrarem nas que são integradoras ou em turmas especiais; no outro extremo, todos os alunos são educados de forma conjunta nas classes integradoras no bairro de sua escola. Um sistema educacional que fornece inclusão total baseia-se em algumas ou em todas as seguintes crenças e princípios, conforme refere Pacheco (2007):

“Todas as crianças conseguem aprender; todas as crianças frequentam classes regulares adequadas à sua idade em suas escolas locais, [...] recebem programas educativos adequados, [...] recebem um currículo relevante às suas necessidades, [...] participam de atividades co-curriculares e extracurriculares, [e] beneficia-se da cooperação e da colaboração entre seus lares, sua escola e sua comunidade (p. 14).

Isso deve ser conseguido por meio de um ambiente de aprendizagem escolar que tenha altas expectativas dos alunos, que seja seguro, acolhedor e agradável. Em tal cultura, a administração da escola encoraja práticas inovadoras. E o planeamento é feito de forma

colaborativa entre o pessoal e os alunos com o apoio de consultores externos. Promove-se a responsabilidade social entre os alunos e o sistema como um todo, assim como as escolas, individualmente, reportam-se aos pais, à comunidade e ao Departamento de Educação (Brunswick, 1994, cit. por Pacheco, 2007).

Para *uma educação escolar inclusiva* bem-sucedida, Booth e Ainscow (2000) recomendam que se atente às seguintes recomendações: coordenação de serviços, colaboração do pessoal, sistemas financeiros que redirecionam fundos a partir de um provisionamento segregacionista, ação positiva na promoção de relações sociais e comprometimento com a frequência escolar no bairro de todas as crianças.

Da mesma forma, Giangreco (1997, cit. por Pacheco, 2007) ressalta o trabalho colaborativo em equipas, desenvolvendo uma estrutura compartilhada, envolvendo famílias, o domínio geral do educador, relações claras sobre os papéis entre os profissionais, uso efetivo do pessoal de apoio, determinação dos serviços de apoio, desenvolvimento de planos educacionais individualizados significativos e avaliação da eficiência da educação.

Outros ainda ressaltam a liderança visionária, a avaliação reconsiderada. As adaptações curriculares e as práticas institucionais efetivas. O movimento em direção à educação inclusiva tem ganho cada vez mais força desde a metade dos anos de 1980 e tem sido chamada de um dos principais movimentos reformistas na escola do século XX (Booth & Ainscow, 2000).

Como resposta à diversidade de alunos, a educação inclusiva tornou-se uma política aceita internacionalmente. As iniciativas feitas pela União Europeia, pelas Nações Unidas, pela Unesco, pelo Banco Mundial e por organizações não-governamentais contribuíram para um crescente consenso de que todas as crianças têm o direito a ser educadas em escolas integradoras, independentemente de suas deficiências ou de suas necessidades educacionais especiais (Unesco, 1995; Europa, 1998). O princípio que fundamenta a educação inclusiva foi considerado, pela primeira vez, como lei, na Dinamarca, em 1969, e nos Estados Unidos, em 1975. A partir dessa altura, a educação inclusiva progrediu como um repto às políticas e práticas segregacionistas da educação, com impulso na Europa na década de 90 do século XX (Bezerra & Pagliuca, 2007).

A educação inclusiva tem sido discutida em termos de justiça social, pedagogia, reforma escolar e melhorias nos programas. No que tange à justiça social, ela se relaciona aos valores de igualdade e de aceitação. As práticas pedagógicas em uma escola inclusiva precisam refletir uma abordagem mais diversificada, flexível e colaborativa do que em uma escola tradicional. A inclusão pressupõe que a escola se ajuste a todas as crianças que desejam

matricular-se em sua localidade, em vez de esperar que uma determinada criança com necessidades especiais se ajuste à escola (integração) (Pacheco, 2007; Correia, 2008).

De acordo com a Declaração de Salamanca sobre necessidades educacionais especiais, “aquelas que possuem necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola normal, a qual deve acomodá-las dentro de uma pedagogia centrada na criança *capaz* de atender às suas necessidades” (UNESCO, 1994).

Segundo Rodrigues (2003, p. 10), a educação inclusiva apresenta-se “como uma evolução da escola integrativa”. O mesmo autor acrescenta que é como se tivesse existido uma rutura ou um corte com os valores da educação tradicional. Desta forma, ao pretender introduzir-se o conceito de inclusão na escola, parte-se do princípio de que todas as crianças devem ser envolvidas no mesmo processo educativo, quer tenham ou não NEE, tendo os mesmos direitos. Cabe à escola procurar os recursos necessários, assim como criar condições para que todos possam participar na vida da escola, devendo esta ter em conta as características dos seus alunos e responder às suas necessidades (Correia, 2008).

A inclusão implica uma escola para todos com igualdade de direitos e oportunidades, atendendo às dificuldades individuais de todos os alunos e tendo em conta a diversidade.

A Declaração de Salamanca (1994) veio criar o conceito de escola inclusiva, ou seja, uma escola para todos incluindo as crianças com NEE. Ao mesmo tempo que valoriza uma intervenção especializada e individualizada, também existe uma preocupação não só com o desenvolvimento académico da criança, mas também com o desenvolvimento global e harmonioso do aluno, tentando envolver na escola a família e a comunidade.

As políticas educativas têm vindo a ser alteradas consoante estas mudanças foram surgindo. Em Portugal, temos, nos últimos anos, conseguido criar legislação que veio facilitar o acesso destas crianças ao ensino, atribuindo-lhes direitos legais: a Lei de Bases do Sistema Educativo – Lei n.º 46/86 – afirma o direito dos cidadãos a uma Educação igual e de qualidade, inserindo no art.º 17º os objetivos da Educação Especial, os quais visam a recuperação e integração socioeducativa das crianças com NEE; o art.º 18º aponta-nos para diversas modalidades de atendimento, sendo que este apoio deve ocorrer sempre que possível no contexto do ensino regular, criando-se as condições necessárias ao desenvolvimento das crianças, assim como currículos e formas de avaliação adaptadas às suas características e às suas dificuldades.

O Decreto-Lei 319/91, de 23 de Agosto, veio dar grande realce à Educação Especial em Portugal, valorizando a igualdade de oportunidades e direitos de ensino, e permitiu

também implementar uma política de prevenção, tratamento, reabilitação e integração dos alunos portadores de deficiência. O Despacho Conjunto n.º 105/97, de 1 de julho, veio complementar o Decreto-Lei 319, de 23 de agosto, e valorizar os apoios educativos ao mesmo tempo que reconhece as necessidades da escola e dos professores face à responsabilidade de construir uma escola para todos.

É importante realçar que “a Educação Inclusiva aposta na escola como comunidade educativa, defende um ambiente de aprendizagem diferenciado e de qualidade para todos os alunos. É uma escola que reconhece as diferenças, trabalha com elas para o desenvolvimento e dá-lhes um sentido, uma dignidade e uma funcionalidade” (Rodrigues, 2003, p.10).

Acrescenta que a Educação Inclusiva “constitui uma oportunidade para que uma parte muito significativa da população escolar não seja afastada e punida – sem culpa nem julgamento – do convívio e da riqueza que a diferença nos traz” (Rodrigues, 2003, p. 13).

Segundo Correia (2008), a preocupação que levou à criação deste Decreto-Lei parece ter sido a de pretender assegurar que os alunos com NEEcp pudessem vir a frequentar escolas regulares em vez de escolas especiais ou instituições. Encara-se, assim, a colocação destes alunos em turmas de ensino regular como o objetivo único da inclusão.

Contudo, a maior novidade do Decreto-Lei n.º 3/2008 foi a introdução da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (2003), da Organização Mundial de Saúde, que serve de base à elaboração de um relatório técnico-pedagógico, bem como do Programa Educativo Individual. Este relatório está igualmente na base, entre outros elementos, da realização do Programa Educativo Individual, que tem de ser elaborado com o contributo de todos os intervenientes no processo, sobretudo dos encarregados de educação/pais, centros de saúde, centro de recursos especializados, escolas de referência para a educação de alunos com NEEcp com determinadas problemas ou unidades de ensino especializado.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde – CIF (2003), é um instrumento de apoio “ao processo de elegibilidade das necessidades educativas especiais que as crianças ou jovens possam apresentar e que requeiram medidas especiais de educação” (Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2005). Porém, não se pode esquecer o objetivo da Organização Mundial da Saúde, na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2003, p. 5), “o objetivo geral da classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para descrição da

saúde e de estados relacionados com a saúde”. Contudo, a introdução da CIF, como meio de aplicação de medidas especiais de educação, tem provocado controvérsias no seio de alguns investigadores (Correia, 2008) na área da Educação Especial, pondo em causa a sua operacionalização, sustentando-se a ideia que é imprescindível a criação de equipas multidisciplinares, com profissionais especializados no campo da educação e da saúde para garantir a eficiência das medidas aplicadas, situação essa que não é uma realidade na maioria das escolas portuguesas.

Para compreender a funcionalidade e incapacidade foram propostos vários modelos conceptuais: expressos numa dialética de modelo médico versus modelo social.

O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica por profissionais. Por sua vez, o modelo social de incapacidade, considera-a como um problema criado pela sociedade e como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Na opinião de Correia (2008), o sucesso da inclusão só é efetivo quando existir um esforço concertado que inclua uma planificação e programação eficazes em relação à criança com NEEcp; uma preparação adequada do professor do ensino regular, do professor de educação especial, assim como de todos os técnicos envolvidos no processo; um conjunto de práticas e serviços de apoio necessários ao bom atendimento da criança; um pacote legislativo que se debruce sobre todos os aspetos da inclusão da criança com NEEcp nas escolas regulares e um clima de bom atendimento e de cooperação entre a escola, a família e a comunidade.

Assistimos, nos últimos anos, a um acentuado decréscimo do número de alunos a frequentar as escolas especiais, enquanto alunos com deficiências nas escolas de ensino regular tende a aumentar. Este decréscimo do número de alunos tem sido acompanhado por uma reorientação de muitas escolas de educação especial para a modalidade “centros de recursos”, tendência hoje em dia geral na Europa. Com efeito, as escolas especiais (CERCI e IPSS) admitem cada vez menos alunos e privilegiam, cada vez mais, o desenvolvimento de atividades de apoio às escolas do ensino regular com alunos com deficiências e incapacidades, no âmbito das áreas curriculares específicas, das terapias, da transição para a vida ativa e também de intervenção precoce.

A reorganização da oferta de educação especial teve como principal objetivo assegurar a todos os alunos as melhores condições para aprendizagens de qualidade. Como principais estratégias adotadas, neste âmbito, destacam-se a criação de um grupo de recrutamento de docentes específico para a educação especial, de uma rede de escolas e de agrupamentos de referência, nos quais existem unidades de apoio especializado, destinadas às diferentes problemáticas e a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – versão crianças e jovens (CIF - CJ) para a identificação dos alunos que necessitam dos apoios especializados.

Como refere Correia (2003), existem duas formas que permitem conduzir o modo de apoiar/ajudar os alunos com deficiência. Uma é a legislação que garante os direitos fundamentais e igualdade de oportunidades; e a outra são as práticas educativas adotadas no apoio a estes alunos. Antes da década de setenta, os alunos portugueses com deficiência, não tinham assegurados quaisquer direitos legais à educação pública. As décadas que se seguiram constituíram períodos de grandes mudanças políticas, económicas e culturais, cujas consequências foram bem visíveis ao nível da educação, nomeadamente, através de múltiplas diretivas legais

A diversidade, vista assim, é um rasgo constitutivo do ser humano, uma vez que a natureza humana revela-se como múltipla, complexa e diversa (Salvador, 2001). O mesmo autor refere que, no entanto, existe uma visão bastante reducionista do termo diversidade, já que, muitas vezes, dá-se-lhe um tratamento que se refere unicamente aos alunos que são segregados ostensiva e significativamente dos alunos ditos “normais”, por norma os alunos com NEEcp. Estas manifestações levam a pensar que a diversidade não está a ser considerada como um valor educativo, provavelmente porque as características das práticas educativas que caracterizam as escolas surgem ligadas ao modelo exclusivo da deficiência.

Entender a escola inclusiva significa percecionar a diversidade, que deve suscitar nos professores a ideia que os alunos com NEE necessitam de um tratamento educativo muito ligado a processos individualizados que requerem simultaneamente, uma adaptação ao ensino regular (Santos, 2008). Este é um processo que implica uma escola mais inclusiva, sem que se caia na falácia do agravamento do processo de segregação. Assim, inclusão significa admitir-se a diversidade dos alunos.

Indubitavelmente, este modelo de escola inclusiva deve assentar numa conceção de educação que considera a diferença como valor humano, valor educativo que pode beneficiar todos os alunos e, por conseguinte, centra a sua atenção na diversidade desde uma perspetiva individualista e psicológica que desemboca em processos de ensino

diferenciados para os alunos com NEE. Estas premissas acarretam o pressuposto que a segregação não assume que todos somos diferentes e que todos temos direito à educação e à inclusão social (Sanches, 2006).

Ao longo dos caminhos percorridos pela Educação Especial é visível a transposição da cultura segregacionista dos alunos com NEEcp, para a cultura integradora, progredindo, na atualidade, para a escola inclusiva. Segundo Moltó (2005), as escolas inclusivas devem ser organizações diferentes e capazes de responder aos problemas e necessidades de todos os alunos.

3. A educação dos surdos em Portugal

Na opinião de Baptista (2008), o sucesso de várias experiências relacionado com a premente consciencialização da igualdade dos surdos na participação plena dos seus deveres de cidadania tem levado a um percurso bem demarcado na legislação e nas políticas governamentais portuguesas.

De acordo com Baptista (2008), a história da educação de surdos e história da Educação Especial, conforme já referido anteriormente, pode ser explanada com base em seis paradigmas: Exclusão, Segregação, Institucionalização, Normalização, Integração e Inclusão. O mesmo autor refere que estes seis paradigmas, com a adoção de filosofias de integração e de inclusão, resultaram num reconhecimento da necessidade de educar todas as crianças sem discriminações e com qualidade. Todavia, quanto à educação dos surdos, o mesmo autor considera que o caminho da inclusão tem-se revelado um caminho de exclusão, sobretudo porque o sentido da normalização não tem tido em consideração a especificidade deste grupo, acrescido do significativo desconhecimento dos pressupostos científicos, condição *sine qua non* da sua educação.

A educação dos surdos em Portugal tem acompanhado as tendências das escolas de pensamento que influenciaram a educação dos surdos na Europa. Neste sentido, Carvalho (2007) faz referência a três períodos basilares da educação dos surdos em Portugal: o primeiro período entre 1823, correspondente à fundação da primeira escola para surdos, Instituto dos Surdos-Mudos, e 1905, onde predominam as metodologias gestuais com suporte na escrita; o segundo período refere-se ao espaço temporal desde 1906 a 1991, marcado pela exclusividade do método oralista; o terceiro período, a partir de 1992 até à

atualidade, marcado pela implementação e pelo desenvolvimento do modelo de educação bilingue.

Assim, no ano de 1823 surgiu o primeiro Instituto para Surdos-Mudos e Cegos, fundado por D. João VI, durante a regência da sua filha, a Infanta Dona Isabel Maria. Para dirigir a referida Instituição foi contratado o especialista sueco Aron Borg, que à semelhança de L'Épée, recorria ao alfabeto manual e à língua gestual na educação de surdos. Este especialista partiu do princípio que os surdos tinham de ter acesso à leitura e à escrita, bem como a uma profissão que lhes facultasse a sua autonomia e independência económica. Salvaguarda-se que este método foi igualmente usado por Crespim da Cunha, dirigente do Instituto, entre 1833 e 1834 (Carvalho, 2007).

A Instituição, no seu início, era responsável pela educação de 12 surdos, de extrato social baixo, na faixa etária dos 8 aos 14 anos (Ferreira, 2006). Logo após o período em que foi tornada independente, a Instituição passa novamente a ser administrada pela Casa Pia, entra em decadência, cuja extinção ocorreu em 1860 (Carvalho 2007).

Em 1872 deu-se o encerramento da escola Normal de Guimarães e, em 1877, encerrou a do Porto, fundadas pelo padre Pedro Maria Aguilar, as quais também seguiam as metodologias introduzidas por Aron Borg. Em Lisboa, volta a existir uma escola para o ensino de surdos, o Instituto Municipal de Surdos-Mudos, dirigida por Eliseu Aguilar, familiar e discípulo do padre Pedro Aguilar. Em 1900 Eliseu Aguilar é suspenso passando o Instituto a ser dirigido por João José Teixeira e nomeado como professor José Miranda de Barros, acérrimo defensor do Método Oralista. De acordo com Carvalho (2007), em 1905, a Câmara Municipal de Lisboa remodela o ensino dos surdos, fazendo a separação dos sexos, extinguindo-se os asilos municipais, passando o Instituto de surdos para a tutela da Casa Pia de Lisboa.

Em 1893, no Porto, a educação de surdos fica sob a tutela do Instituto Araújo Porto, administrado por Miranda de Barros. Nessa mesma altura, para aprender metodologias de ensino de surdos, são enviados a Paris Luís António Rodrigues e Nicolau Pavão de Sousa, passando a ser defensores do Método Oralista, que veio substituir o método gestual (Ferreira, 2006; Carvalho, 2007).

Nessa altura, começou a levar-se a cabo a tentativa de desenvolvimento do ensino particular de surdos com o Padre Cândido José Aires e Sebastião Leite Vasconcelos, no Porto, e com a Madre Teresa Petronila, em Lisboa. Como refere Carvalho (2007) inicia-se o segundo período da história da educação dos surdos em Portugal, o entre 1906 e 1991, marcadamente oralista.

Em 1913, António Aurélio da Costa Ferreira, a desempenhar funções de diretor da Casa Pia, funda o Curso de Formação Especializada para Professores de Ensino de Deficientes Auditivos, sob a direção de Nicolau Pavão de Sousa e, é a partir desta altura, que se institui o método oral puro em Portugal, como método oficial e de excelência na educação de surdos (Ferreira, 2006).

Em 1922, a Casa Pia de Lisboa solicita ao Instituto de “surdos-mudos” a sua reorganização, passando intitular-se oficialmente Instituto de “surdos-mudos” Jacob Rodrigues Pereira. Em 1941, as alunas da secção feminina do referido Instituto são transferidas para a Congregação das Irmãs Franciscanas da Imaculada Conceição e, posteriormente, para o Instituto de Surdos Araújo Porto. Os alunos do sexo masculino deste instituto foram encaminhados para o Jacob Rodrigues Pereira (Carvalho, 2007).

Mais tarde, nomeadamente em 1950, Pedro Campos Tavares assume o cargo de Provedor da Casa Pia de Lisboa, revelando-se muito interessado pela educação dos surdos, inclusive, participou em vários congressos, mormente, no Congresso Internacional de Groningen, na Holanda, onde conhece o Método Materno-Reflexivo para o ensino de surdos. Deste modo, o Provedor dá corpo a diretrizes com o intuito de melhorar o ensino de surdos em Portugal criando a Associação Portuguesa para o Progresso do ensino de Surdos e o curso de especialização em ensino de surdos. Funda outros institutos a nível nacional e envia o professor António Amaral para se especializar no ensino de surdos no Departamento da Universidade de Manchester, o qual virá a ser nomeado diretor do Instituto Jacob Rodrigues Pereira.

O crescente interesse pela educação de surdos leva à criação de outras instituições, como o Colégio de S. Francisco de Sales (1957), o Instituto de Surdos de Bencanta (1964), o Instituto de Surdos do Funchal (1965), o Instituto de Surdos de Ponta Delgada (1968), o Instituto de Surdos de Campanhã (Porto - 1968), a Casa do Infante em Viseu (1968), o Instituto de Surdos de Beja (1969) e o Instituto António Cândido (1970). Em todos eles, o modelo oralista é o que prevalece (Carvalho, 2007).

Ao longo dos anos 60/70 do século XX assiste-se às primeiras tentativas de integração das crianças com deficiência. Em 1965, a Direção Geral de Assistência engloba as escolas de Educação Especial, fundando dois centros que asseveram o seu funcionamento: o Centro de Observação e Acompanhamento Médico-pedagógico e o centro de Formação e Aperfeiçoamento de Pessoal (Cabral 2000, cit. por Carvalho, 2007).

A Constituição da República Portuguesa de 1976 estabelece a universalidade, obrigatoriedade e a gratuidade do ensino, ponderando que “todos os cidadãos têm direito

ao ensino e ao acesso aos seus graus mais elevados; cada cidadão terá direito à educação e à cultura com direito à igualdade de oportunidades de acesso e êxito escolar” (artigo 74). Desta feita, são constituídas equipas de Ensino Integrado objetivando apoiar a integração familiar, escolar e social, dos alunos com deficiência.

No caso dos surdos, as primeiras experiências de integração colocaram 1 ou 2 alunos surdos, no máximo, em cada turma de ouvintes. Vão surgindo, a partir de 1974, alterações que se tornam mais visíveis através dos benefícios pedagógicos resultantes do Programa de Cooperação Luso-Sueco, que adota metodologias enquadradas na filosofia da Comunicação total, do Gestualismo e do Bilinguismo (Carvalho, 2007).

Após a reforma de Veiga Simão, as alterações na Educação Especial, promovidas pela Divisão de Ensino Especial, facultam experiências ao longo do País, sendo formalmente criados em 1978 os Núcleos de Apoio a Crianças Deficientes Auditivas e os Núcleos de Apoio à Deficiência Auditiva (Carvalho, 2007).

Em 1980, em resultado da implementação do programa de Cooperação LusoSueco, a Divisão de Ensino Especial e o laboratório de Fonética da faculdade de letras de Lisboa editam o livro “Mãos que Falam”, coordenado por Isabel Prata. Em 1983 surge a primeira experiência de ensino bilingue, com monitores surdos, na escola de A-da-Beja, no Sul do país (Carvalho, 2007).

O movimento de integração, já vivenciado por toda a Europa, é reforçado em 1986, na Lei n.º46/86, de 14 de outubro, Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), que define o sistema educativo como um conjunto de meios destinados a concretizar o direito à educação, referindo mesmo nos seus objetivos que se deve “assegurar às crianças com necessidades educativas especiais, [...], condições adequadas ao seu desenvolvimento e pleno aproveitamento das suas capacidades” (Artigo 7.º, alínea j). A educação especial, conforme já mencionado anteriormente neste trabalho, vem referida como uma das modalidades especiais de educação escolar e “visa a recuperação e integração sócio educativas dos indivíduos com necessidades educativas específicas e deficiências físicas e mentais” (Artigo 17.º), e integrava atividades e ações com tarefas para agentes educativos muito diversos: os educandos, as famílias, os educadores e as comunidades (Artigo 18.º).

Em 1991 surge o Decreto-lei n.º 319/91, de 23 de agosto, que prevê a integração generalizada dos surdos nas escolas regulares na sua área de residência. Um dos momentos mais importantes na educação de Surdos em Portugal prende-se com a Declaração de Salamanca em 1994, da qual Portugal foi um dos subscritores. Esta Declaração, segundo Baptista (2011, p. 70), postula que “todas as crianças devem ser admitidas nas escolas

regulares, a não ser que haja razões que obriguem a proceder de outro modo”. Neste sentido, o mesmo autor refere que esta declaração não retira o direito à educação nas escolas públicas das áreas de residência dos alunos, mas sim, confere-lhe o direito a uma educação de qualidade em escolas especializadas, quando as da sua área residencial não conseguem dar resposta. Baptista (2011) salienta que os alunos surdos, devido à diferente forma de comunicação, necessitam de crescer num ambiente onde a língua gestual seja usada por um número alargado de indivíduos, para que seja adquirida precoce e naturalmente. Para o mesmo autor, esta situação só pode ser exequível caso estes alunos se encontrem concentrados em determinadas escolas. Acrescenta que o direito à inclusão não pode ser dissociado do direito à qualidade de acesso ao sucesso educativo.

Em 1997, a Língua Gestual Portuguesa (LGP) passa a ser considerada uma das línguas oficiais em Portugal, a par da Língua Portuguesa e do Mirandês, com reconhecimento da Assembleia na República Portuguesa, decorrente da necessidade de se “Proteger e valorizar a língua gestual portuguesa, enquanto expressão cultural e instrumento de acesso à educação e da igualdade de oportunidades” (alínea h, Artigo 74º, Lei nº1/97).

Em 1992, é publicada a primeira edição do Gestuário, *leitmotiv* para numerosas investigações sobre a LGP. Posteriormente é fundado o primeiro curso de intérpretes de LGP, sob a tutela de José Bettencourt e de João Alberto Ferreira, onde é ministrado o ensino da LGP a docentes ouvintes, a técnicos e futuros intérpretes de LGP e, igualmente, a pessoas surdas, futuras formadoras de LGP (Carvalho, 2007). Com o reconhecimento oficial da LGP, no Instituto Jacob Rodrigues Pereira, e só neste, a LGP passa a ter o estatuto de disciplina.

Em 1998 surge o Despacho-Conjunto n.º 7520/98, de 6 de maio, definindo os princípios básicos de funcionamento das Unidades de Apoio Especializado a Alunos Surdos, constituindo a base legislativa das mesmas. Neste âmbito, Baptista (2008) salienta que estas Unidades objetivavam: assegurar a aprendizagem da LGP como primeira língua; assegurar a aprendizagem da leitura e escrita do Português e os apoios de terapia da fala; adotar estratégias pedagógicas e curriculares; promover e apoiar transições de ciclos e encaminhamentos profissionais; promover e sensibilizar a comunidade educativa e familiar de alunos surdos; colaborar e planear ações com outras entidades, designadamente, as associações de surdos ou de famílias de pessoas surdas.

As escolas onde se criaram as Unidades de Apoio Especializado a Alunos Surdos tinham formadores surdos de LGP, de Terapeutas de Fala e, em alguns casos, de

intérpretes de LGP. Por outro lado, estas escolas deveriam integrar docentes com formação especializada nas áreas da comunicação e linguagem e da deficiência auditiva, essencialmente com formação em LGP (Baptista, 2008).

Em 2008, o Despacho-Conjunto n.º 7520/98, de 6 de maio, é revogado pelo Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de janeiro, cujos objetivos são a inclusão educativa e social, o acesso, o sucesso educativo e a promoção da igualdade de oportunidades dos alunos com NEE, onde os alunos surdos estão incluídos, de acordo com modalidades específicas de educação.

O mesmo dispositivo legal deu lugar ao recrutamento de um grupo de docentes para a Educação Especial, já consignado no Decreto-lei nº 20/2006, de 31 de janeiro, onde refere que deve haver os serviços de educação especial para apoio a crianças e jovens com surdez moderada, severa ou profunda, com graves problemas de comunicação, linguagem ou fala. *Grosso modo*, estes docentes, sobretudo, os que acompanham os alunos surdos têm uma licenciatura que os habilita para a docência, após a qual se especializam numa das áreas de intervenção.

De acordo com o Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro, aos docentes de educação especial com formação na área da surdez, a exercer nas escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos, compete-lhes lecionar turmas de alunos surdos, atendendo à sua habilitação profissional para a docência e à sua competência em LGP, apoiar os alunos surdos na antecipação e reforço das aprendizagens, no domínio da leitura/escrita, elaborar e adaptar materiais para os alunos que deles necessitem e participar na elaboração do programa educativo individual dos alunos surdos e outras, como a prestação de apoio aos docentes do ensino regular, colaboração na formação desses professores, intervir junto dos pais e outros membros da comunidade educativa e adotar funções de cariz processual, tais como: a colaboração na elaboração do Programa Educativo Individual, dos relatórios circunstanciados, do processo de referenciação.

Compete-lhes, ainda, em conformidade com o referido dispositivo legal, sensibilizar toda comunidade educativa acerca das potencialidades dos alunos surdos e fomentar a colaboração ativa dos pais/encarregados de educação na coadjuvação do processo de ensino e aprendizagem. Estes agentes educativos são considerados como fundamentais no processo de inclusão escolar destes alunos.

As escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos, aludidas no artigo 23º, do Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro, abarcam crianças e jovens de um ou mais concelhos, dependendo da sua localização e da rede de transportes. As mesmas têm

de usufruir de recursos capazes de dar resposta às necessidades destes alunos, tais como equipamento informático e didático. Compete-lhes também a aplicação de metodologias e de estratégias de intervenção interdisciplinares ajustadas aos alunos surdos. Este dispositivo legal atribuiu-lhes, como competência, a promoção linguística dos alunos surdos, para que possam aceder ao currículo e ser incluídos escolar e socialmente.

Assim sendo e em conformidade com o mesmo Decreto-Lei, a resposta educativa destas escolas deve postular: uma flexibilidade individual e dinâmica; a avaliação sistemática do processo de ensino e aprendizagem dos alunos; estimular a colaboração entre a escola e a família; constituir turmas de surdos do Pré-Escolar ao Ensino Secundário, estimulando a participação dos alunos surdos, em parceria com os seus pares ouvintes, em atividades desenvolvidas pela escola; introduzir áreas curriculares específicas, a língua gestual portuguesa (L1) e o português segunda língua (L2), do Pré-Escolar ao Ensino Secundário e uma língua estrangeira escrita do 3º Ciclo do Ensino Básico ao Ensino Secundário.

Por outro lado, as referidas escolas têm de dispor de docentes de educação especial especializados em surdez, com competência em LGP, com formação e com experiência no ensino bilingue destes alunos; docentes surdos de LGP; intérpretes de LGP e Terapeutas da Fala. Neste âmbito, refere-se que o Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro, mais concretamente no seu ponto 14, do artigo 23º, alude à docência dos grupos ou turmas de alunos surdos, a ser assegurada por “docentes surdos ou ouvintes com habilitação profissional para lecionar aqueles níveis de educação e ensino, competentes em Língua Gestual Portuguesa (LGP) e com formação e experiência no ensino bilingue de alunos surdos”.

De acordo com a Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC, 2008), outra condição *sine qua non*, nas escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos, prende-se com o reconhecimento das etapas de desenvolvimento estabelecidas pelas crianças ouvintes e crianças surdas, tendo-se em conta os mesmos universos linguísticos, resultando no reconhecimento da obrigatoriedade da Língua Gestual como uma disciplina. Esta posição teve como consequência a construção dos Programas Curriculares de Língua Gestual Portuguesa para a Educação Pré-Escolar e Ensino Básico e Secundário, com uma carga horária análoga à estabelecida pela língua oficial do país, no decorrer dos diferentes ciclos de aprendizagem.

No programa curricular da disciplina de Língua Gestual Portuguesa, está consignado que o mesmo se destina a todas as crianças surdas, independentemente do tipo

e grau de surdez e da idade em que esta foi adquirida, para que estas possam iniciar, precocemente, a sua escolaridade numa escola bilingue para surdos, de modo a interiorizar mais facilmente a estrutura da sua língua natural. Está igualmente recomendado que, para os alunos surdos com NEE, haja um acompanhamento adicional individualizado, por parte do docente surdo de LGP, como forma de se poderem alcançar as competências adequadas a cada nível escolar, tendo em conta o ritmo de cada aluno.

O referido programa objetiva a orientação e a criação de condições que possibilitem um desenvolvimento da LGP nos alunos surdos, em analogia com os alunos ouvintes na Língua Portuguesa. Assim sendo, objetiva-se garantir o acesso à informação, à representação do mundo e do conhecimento. Reconhece igualmente a importância de que seja facilitado o acesso a todo o currículo através da LGP, o que implica que existam docentes surdos nas várias disciplinas e professores ouvintes com plenos conhecimentos da LGP. Como segunda língua, deverá surgir a língua oficial do país, na sua vertente escrita (L2).

Em síntese, a educação das crianças e jovens surdos em Portugal, até aos anos 90 do século XX, no que concerne aos percursos educativos, foi análoga à educação das crianças e jovens ouvintes. As diferenças situaram-se nos métodos educativos, na oferta educativa, no domínio do acesso à informação e na forma de comunicação e expressão.

Carvalho (2007) refere que, em Portugal, a escola procurou desenvolver na criança surda capacidades do uso da linguagem oral e da leitura, bem como das restantes aquisições escolares. Com resultados bem distintos nos alunos com surdez moderada e ligeira e nos alunos com surdez severa a profunda.

Os alunos com surdez moderada e ligeira, com possibilidade de desenvolverem o português como língua oral e materna, obtiveram resultados positivos. Porém, foi importante que, no seu percurso educativo, tenham desenvolvido procedimentos compensadores do seu défice de audição: uso de próteses auditivas; reeducação precoce da compreensão e produção da fala; introdução precoce da escrita enquanto suporte visual da língua falada; suportes visuais e estratégias específicas para análise e reflexão sobre a língua oral e facilitação dos processos de interação comunicativa, como a proximidade entre os interlocutores, o posicionamento frente a frente para a leitura de fala - articulação, expressão facial e contexto. Para além do apoio visual à aprendizagem da língua oral, foram igualmente utilizados auxiliares que tentam compensar dificuldades existentes na leitura de fala.

Para terminar, faz-se referência a Baptista (2008), segundo o qual, o carácter asilar e assistencial das instituições que no passado acolheram surdos, o modelo patológico da surdez e as escolas especiais para surdos, que ofereciam currículos adaptados a crianças com défice cognitivo, coibindo os surdos de aceder ao currículo normal, contribuíram largamente para uma imagem negativa dos surdos, o que tem sido desmistificado na atualidade.

Há também a referir o Programa de Português Língua Segunda (PL2) para Alunos Surdos que respeita os princípios expressos na Lei de Bases do Sistema Educativo e as orientações e pressupostos das políticas do Ministério da Educação para o Ensino Básico e para o Ensino Secundário (Baptista, Santiago, Almeida, Antunes, & Gaspar, 2011). Este Programa reconhece o modelo de educação bilingue com base na equidade entre a LGP e LP escrito, e na afirmação do grupo minoritário, pressupondo igualmente um modelo bicultural. Assim, o objetivo principal é ir aproximando cada vez mais o nível de proficiência linguística do nível de escolaridade do aluno, tendo em conta a proposta curricular constante no referido Programa.

Capítulo II – A Terapia da Fala nos Diferentes Graus de Surdez

No presente capítulo faz-se uma abordagem aos diferentes graus de surdez (ligeira, moderada, severa, profunda), seguindo-se a aquisição da linguagem e as línguas orais *versus* línguas gestuais. Por último, descrevem-se os métodos de intervenção dos terapeutas da fala.

1. Diferentes graus de surdez

A capacidade auditiva está à partida presente nos seres humanos e constitui um dos cinco sentidos, juntamente com os restantes órgãos sensoriais. O ouvido permite ao Homem perceber o meio envolvente e agir em conformidade com a informação recebida. É de destacar o papel relevante que a capacidade auditiva assume no desenvolvimento da linguagem, já que comumente a comunicação estabelece-se através de línguas orais, isto é, línguas produzidas pelo aparelho fonador e captadas pelo sistema auditivo (Jakubovicz, 2002).

A surdez reveste-se de especial interesse para investigadores da linguagem, da educação e do desenvolvimento, bem como para técnicos de saúde, já que as implicações da perda auditiva são de diversas naturezas, podendo afetar o indivíduo no seu desenvolvimento linguístico, cognitivo, social, cultural, entre outras áreas (Jakubovicz, 2002).

A capacidade auditiva não depende somente do aparelho auditivo, sendo que os mecanismos do sistema nervoso associados à localização espacial (localizar a origem do som), à discriminação (distinguir sons), à memória (para poder identificar, associá-los à fonte que os produz e para os reproduzir), à atenção, à análise e síntese, entre outros, são essenciais para que se ouça, em vez de somente escutar (Jakubovicz, 2002).

A variedade de fatores que podem causar perda auditiva e a variedade de consequências dessa mesma perda obriga a que, antes de mais, se faça uma clarificação de conceitos. Assim, em seguida apresentam-se as características do som e a composição do aparelho auditivo, bem como a determinação dos diferentes tipos de perda auditiva e das sequelas que essa perda pode deixar.

O som é um fenómeno físico que pode ser decomposto em ciclo, frequência, intensidade, timbre e velocidade. Se tivermos em conta que o campo auditivo humano processa sons de frequência entre os 20 e os 20000 Hz e de intensidade até 140 decibéis (dB), poder-se-á considerar um cenário de surdez sempre que um indivíduo não percecionem sons que sejam produzidos abaixo dos 140 dB. Assim, tendo em conta o grau de perda auditiva, e de acordo com a classificação do BIAP¹, a surdez ou hipoacusia pode ser diagnosticada como **ligeira**, caso não se percecionem sons entre os 20 e os 40 dB, **moderada**, num espectro de sons de 40 a 70 dB, **severa** quando os sons produzidos entre os 70 e os 90 dB não são percecionados e profunda, caso não se percecione sons acima dos 90 dB (Jakubovicz, 2002).

No entanto, Castillo e Tirado (2004) sugerem também a classificação da perda auditiva quanto ao nível de audição funcional, isto é, se a perda de audição afeta ou não a capacidade de percecionar sons de linguagem e comunicar oralmente. Quanto à localização da lesão, os autores referidos distinguem entre hipoacusia de condução ou de transmissão, a hipoacusia neurossensorial e a hipoacusia mista. As hipoacusias de condução ou transmissão estão relacionadas com dificuldades de captação do som, isto é, os obstáculos à audição localizam-se no ouvido externo ou no ouvido médio, não havendo comprometimento da zona neurossensorial (ouvido interno e estruturas cerebrais associadas à audição) e por conseguinte da qualidade da perceção do som. Já as hipoacusias neurossensoriais decorrem de perturbações na estrutura e/ou funcionamento do ouvido interno ou de alguma estrutura do sistema nervoso, sendo por isso as hipoacusias que podem afetar a qualidade da audição, além da quantidade de som que se processa. Como o nome indica, a hipoacusia mista advém de défices neurossensoriais, associados a perturbações de transmissão, sendo que nestes casos pode haver baixa perceção do som, acrescida de distorções.

Outro parâmetro relevante para a classificação do estado de surdez é o momento em que alguma contingência gerou perda auditiva. Assim, Castillo e Tirado (2004) classificam a perda auditiva em pré-linguística, isto é, congénita ou antes dos 3/5 anos, e pós-linguística. Paço et al. (2010) esclarece que a surdez congénita resulta de deformações na estrutura ou componentes do ouvido interno, sendo a deformação de Sheibe a mais frequente, seguida da deformação Mundini-Alexander. As causas das deformações congénitas podem ser genéticas, ou seja, adquiridas por hereditariedade, podem estar

¹ Bureau International d'Audiophonologie

relacionadas com outros distúrbios congénitos ou podem ser causadas por alterações durante o período de desenvolvimento embrionário.

Também a hipoacusia adquirida é classificada como aguda, crónica ou flutuante, dependendo da duração do estado de hipoacusia. No caso das flutuantes, a duração varia, apesar de ser um estado crónico, a intensidade dos sintomas não é constante no tempo.

De acordo com Paço et al. (2010), são vários os testes clínicos que se podem levar a cabo para diagnosticar a hipoacusia dos quais se destacam a audiometria tonal, que permite determinar o tipo de hipoacusia e o seu grau, a audiometria vocal, mais específica para os sons da fala, e os potenciais evocados auditivos (PEA). Estes últimos permitem uma avaliação integral do sistema auditivo e pode ser aplicado a utentes não colaborantes. Baseia-se na análise das reações de diferentes componentes do ouvido a estímulos, sendo que o mais utilizado é o *click*. Dependendo da onda gerada pela resposta ao estímulo auditivo pode-se determinar a estrutura do ouvido que causa hipoacusia. Para diagnosticar crianças existem avaliações audiométricas infantis, das quais se destacam os reflexos incondicionados, a aplicar a crianças até aos 7 meses de idade, e os reflexos condicionados, que podem ser aplicados a partir dos 7 meses.

A surdez, sendo de grau **severo** ou **profundo**, impossibilita a comunicação sonora com o mundo exterior. Este tipo de surdez pode comprometer o ajustado desenvolvimento da criança, nomeadamente se for pré-linguística ou pré-locutória, ou seja, se surgir na criança antes da emergência da fala. Se a surdez ocorre depois de a criança adquirir oralidade, designa-se de pós-locutória e as suas implicações têm um impacto menor no seu desenvolvimento. Esta diferença também é central no que diz respeito à forma como o indivíduo e a família reagem à realidade da surdez, sobretudo quando se apresenta no grau severo ou profundo (Ricou, 2006).

Segundo Coelho (2010), existem pelo menos duas perspetivas para abordar a perda auditiva: um modelo médico-terapêutico e um modelo socio antropológico. No primeiro caso, o indivíduo com perda auditiva é classificado como deficiente auditivo, ou seja, “identifica cada indivíduo, não pelo conjunto das suas características e singularidades, enquanto sujeito na sua relação com o meio envolvente, mas, através da exacerbação de apenas uma delas, elegendo precisamente aquela que o afasta daquilo que se convencionou médica e socialmente ser a norma.” (Coelho, 2010, p. 28) A consequência mais visível da adoção deste modelo é a intervenção junto dos surdos no sentido de potenciar ao máximo a sua audição através da aplicação de próteses auditivas ou implantes cocleares, além da aplicação de técnicas de “reabilitação” que minimizem as possíveis diferenças entre surdos

e ouvintes, nomeadamente “ensinar” os surdos a falar, potenciar a aprendizagem de leitura labial, treinar a audição, etc.

Já o modelo socio antropológico assume que a comunidade surda possui uma língua própria (a língua gestual) e, conseqüentemente, uma cultura própria e que toda a educação dos surdos se deve apoiar no respeito por essa língua e cultura. Para Estanqueiro (2006) pode fazer sentido para um médico que o surdo seja definido quanto ao seu grau de audição. No entanto, em relação à educação de surdos deve ter-se em atenção que

a criança surda, mais do que uma criança que não ouve, é uma criança visual. (...) Em vez de centrarmos toda a nossa ação pedagógica no sentido que a criança não possui, vamos comunicar usando a sua capacidade visual, o seu “ponto forte”, através do qual toda a aprendizagem é possível (Estanqueiro, 2006, p. 196).

Assim, assumindo que a Língua Gestual é a língua materna das crianças surdas, permitir-se-á um desenvolvimento linguístico e cognitivo igual ao das crianças ouvintes, tendo ainda a vantagem de ir de encontro à perspetiva que os surdos têm de si próprios, isto é, “uma minoria linguística e cultural, com língua e cultura próprias, formando uma comunidade com tradições, maneiras de estar e de sentir próprias, no seio da qual o adulto Surdo não se sente diferente” (Estanqueiro, 2006, p. 197).

2. Linguagem *versus* Língua *versus* Fala

A linguagem refere-se a todo e qualquer sistema de signos tidos como meios de comunicação. A linguagem humana, por definição, consiste num conjunto de processos mentais cuja função é representar conceitos e/ou comunicá-los através de um código (sinais convencionais, combinados ou arbitrários). Há vários tipos de linguagem: a visual, a auditiva, a tátil e outras mais complexas, constituídas por esses mesmos elementos. Os elementos que constituem a linguagem podem ser sons e símbolos, palavras ou gestos, usados para representar conceitos, ideias, significados, pensamentos e sentimentos (Carvalho, 1998).

De acordo com Chomsky (2006), principal adepto da existência de uma capacidade inata de linguagem, o essencial de tal faculdade consiste num sistema computacional, de natureza sintática, que possibilita a formação de um número infinito de ordens a partir de um elenco finito de elementos, daí o nome que lhe foi atribuído: Gramática Universal (GU).

Chomsky (2006) sempre tendeu a resistir à ideia de que a seleção natural seja o fator causal predominante dessa gênese. Acredita ser a GU de desenvolvimento muito recente na evolução humana e prefere atribuir o seu surgimento à organização do sistema nervoso ou ao resultado “de leis físicas e químicas em um cérebro que atingiu certo nível de complexidade” (Chomsky, 2006, p. 67). Este autor sustenta que o Homem tem uma predisposição genética para a aquisição da linguagem. Como tal, sugere os conceitos de língua e de fala, bem como o de competência e de desempenho.

Chomsky, referenciado por Baptista (2008, p. 177) define língua como o “conjunto de regras inconscientes que presidem e regulam a faculdade da linguagem” e fala como “o uso efetivo que cada indivíduo faz da sua língua”.

Na Gramática Generativa está referenciado que a “faculdade da linguagem” deve ser entendida como uma componente particular da mente humana, sendo esta faculdade o tema básico de uma teoria geral acerca da estrutura da linguagem, que objetiva a descoberta do conjunto de princípios e de elementos comuns às línguas humanas possíveis. Atualmente, esta teoria é muitas vezes chamada “gramática universal” (GU), por adaptação de um termo tradicional a um novo contexto de investigação.

A GU deve ser vista como uma caracterização da faculdade da linguagem geneticamente determinada. Pode encarar-se esta faculdade como um “mecanismo de aquisição da linguagem”, uma componente inata da mente humana que origina uma língua particular pela interação com a experiência vivida, ou ainda como “um mecanismo que converte a experiência num sistema de conhecimento atingido: conhecimento de uma ou de outra língua” (Chomsky, 1997, p.23).

“A noção de língua do senso comum tem uma dimensão sociopolítica crucial. Falamos do Chinês como “uma língua”, embora os vários dialetos chineses sejam tão diferentes como as várias línguas românicas (Chomsky, 1997, p.35).

A noção do senso comum tem também um elemento normativo-teleológico que não está presente nas abordagens científicas. Não me refiro aqui à gramática prescritiva mas a uma outra coisa. Considere-se o modo como se descreve a aprendizagem do Inglês por uma criança ou por um estrangeiro. Não há maneira de nos referirmos diretamente àquilo que essa pessoa sabe: não é Inglês nem qualquer outra língua que se pareça com o Inglês. Não dizemos, por exemplo, que a pessoa tem um perfeito conhecimento de uma qualquer língua L, semelhante ao Inglês, mas, ainda assim, diferente deste. O que dizemos é que a criança ou o estrangeiro têm um “conhecimento parcial do Inglês” ou que estão “no

caminho” para a aquisição do conhecimento do Inglês e, se alcançarem o objetivo, então, saberão Inglês” (Chomsky, 1997, pp.35-36).

“Cada indivíduo adquiriu uma língua no decurso de interações sociais complexas com pessoas que variam quer no modo como falam e como interpretam aquilo que ouvem, quer nas representações internas subjacentes ao seu uso da língua” (Chomsky, 1997, p.36).

“Existe seguramente uma certa propriedade da mente, P, que permitiria a uma pessoa adquirir uma língua em condições de experiência pura e uniforme e certamente P (caracterizada pela GU) é posta em uso sob as condições reais de aquisição de uma língua” (Chomsky, 1997, p.37).

David Lewis “define uma língua como um emparelhamento de frases e de significados (considerados estes últimos como construções baseadas na teoria dos conjuntos em termos de mundos possíveis) sobre um domínio infinito, em que a língua é “usada por uma população”, quando certas regularidades “na acção ou crença” se verificam entre a população no que respeita à língua, sustentadas por um interesse na comunicação” (Chomsky, 1997, p.39).

“Vamos referir-nos a tais conceitos técnicos como instâncias de “língua externa”, no sentido em que o constructo é compreendido independentemente das propriedades da mente/cérebro. Sob a mesma rubrica podemos incluir a noção de língua como um conjunto (ou sistema) de acções ou comportamentos de um certo tipo. Deste ponto de vista, uma gramática é uma colecção de afirmações descritivas que dizem respeito à língua-E, a actos linguísticos reais ou potenciais (...). Em termos técnicos, a gramática pode ser vista como uma função que enumera os elementos da língua-E” (Chomsky, 1997, p.39).

No que diz respeito à GU, esta teoria consistiria em asserções que são verdadeiras em relação a muitas ou mesmo a todas as línguas humanas, constituindo, talvez, “um conjunto de condições satisfeito por todas as línguas-E que funcionam como línguas humanas” (Chomsky, 1997, p.40).

“A língua-I é, pois, um elemento que existe na mente da pessoa que conhece a língua, adquirido por quem aprende e usado pelo falante-ouvinte” (Chomsky, 1997, p.41).

“A GU está agora construída como a teoria das línguas-I humanas, um sistema de condições que deriva do equipamento biológico humano que identifica as línguas-I que são humanamente acessíveis em condições normais” (Chomsky, 1997, p.43).

Baptista (2008) refere que, ao longo da história, a linguagem tem sido identificada como fala. A voz é a emissão sonora produzida pela laringe e a fala a articulação da voz, produzindo as palavras, ou seja, é a tradução sonora da linguagem.

2.1. Língua gestual

Stokoe, primeiro linguista a desenvolver estudos sobre a comunicação gestual, em 1965, demonstrou que este meio de comunicação era uma autêntica língua. Stokoe (2006, p. 342) refere que

a língua começa como modo de representar, de modo a que um dos nossos sentidos possa compreender todo o complexo mental das pessoas, animais, coisas e as ações em que estes intervêm, durante a vida quotidiana. (...) A língua é muito mais do que um conjunto de palavras ou designações para as coisas, implica um modo de representar toda a cultura.

Os estudos de Stokoe (2006) têm demonstrado que as línguas gestuais são compostas por símbolos arbitrários (gesto) com as mesmas propriedades universais que as outras línguas: sintaxe - estrutura gramatical; semântica - significado; morfologia - formação de palavras; fonologia - unidades da língua e pragmática - uso contextual. O mesmo autor refere que, comparativamente à língua oral, a combinação de um número restrito de sons ou fonemas cria um número vastíssimo de unidades com significado - as palavras. Por outro lado, ainda segundo o autor citado, a combinação de um número restrito de unidades mínimas na dimensão gestual - os queremas, produz um significativo número de unidades com significado - os gestos.

As línguas gestuais caracterizam-se por ser uma modalidade diferente das línguas orais auditivas, na medida em que são línguas visuo-motoras, pois são estabelecidas por meio do canal visuo-espacial. Estas são percecionadas pela visão e os seus processos articulatórios são produzidos pela utilização do corpo no espaço em três dimensões. Essa produção abarca movimentos dos membros superiores acompanhados de alterações dos olhos, músculos faciais e cabeça (Amaral, 2006). De acordo com Stokoe (2006), as alterações de expressão facial modulam o que os movimentos das mãos e dos braços representam. Segundo Amaral (2006), a língua gestual é um dos marcadores basilares da cultura surda, na medida em que, na língua oral, as relações gramaticais são sequenciais, na língua gestual estas são espaciais, resultando na sua adaptação à surdez.

Baptista (2008) refere que a língua gestual é utilizada entre os surdos que se conhecem, principalmente em meio escolar ou associativo, dado que estes são espaços onde a mesma é praticada. Partindo destes pressupostos e tendo em conta a inclusão educativa e social dos alunos surdos, estes têm de ter acesso à sua língua natural, a língua gestual (Almeida, Cabral, Filipe e Morgado, 2009). Desta feita, e fazendo-se alusão ao Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro, pode dizer-se que é imprescindível que a escola se assumira um lugar de plenos direitos para todos os alunos, independentemente das suas

características, necessitando, no caso de alunos surdos, de reconhecer a língua gestual como a sua língua natural. A escola tem de ser o espaço onde a língua gestual possa ser adquirida por crianças e jovens surdos como a primeira língua.

Neste contexto, Baptista (2008) considera importante saber-se se o fracasso escolar dos surdos se deve à surdez ou a fatores externos a ela. O mesmo autor, consubstanciado em várias investigações nas áreas da neurobiologia e da neurociência, menciona que “a herança genética do surdo e a sua aptidão para a linguagem conferem-lhe capacidades que não o diminuem perante o ouvinte” (Baptista, 2008, p. 155). Assim, com base nas investigações de Marentette e Petitto (1991) e de Poizner, Klima e Bellug, acrescenta que se pôde comprovar que as etapas de aquisição da fala e da língua gestual são processadas nas mesmas áreas cerebrais. Desta feita, o caminho traçado pelas crianças surdas, no que se refere à aquisição da linguagem, é análogo ao das crianças ouvintes. Ainda na opinião do autor supracitado, atualmente, já começa a ser consensual que, para o desenvolvimento global da criança surda, é fundamental a relevância que se coloca no seu desenvolvimento linguístico e, sobretudo, no que se refere à aquisição da primeira língua, a sua língua materna, a língua gestual.

2.2. Ensino bilingue

Afonso (2008) considera que, ao adotar-se o bilinguismo na educação de surdos tem de se operar mudanças expressivas no sistema educacional, quer ao nível organizacional, quer ao nível curricular, sobretudo, no que concerne aos conteúdos a serem lecionados na língua nativa das crianças, ou seja, na LGP, aparecendo a Língua Portuguesa como segunda língua.

Em conformidade com Lima, Boechat e Tega (2003), há dois modelos de educação bilingue: bilinguismo simultâneo e bilinguismo sucessivo. O bilinguismo simultâneo caracteriza-se pelo ensino das duas línguas; o bilinguismo sucessivo caracteriza-se pelo ensino da segunda língua somente após a aquisição da primeira língua. Os mesmos autores acrescentam que, quando a opção educacional é pela adoção do modelo de bilinguismo sucessivo, o ensino da Língua Portuguesa para surdos deve ser separado.

Skliar (1998), um defensor do bilinguismo, chama a atenção para o perigo desta metodologia, uma vez que, em muitos casos, continuar a ser usada com o objetivo de resolver a oralidade dos surdos e não como uma forma de reconhecimento de que estes possuem uma língua e identidade próprias. Lembra que, na maioria dos casos, o ensino de

surdos continua a estar sob a tutela da educação especial, o que significa que continua a estar inserido dentro de um discurso de deficiência.

O bilinguismo educativo é a proposta apresentada pelas escolas que disponibilizam às crianças surdas a aprendizagem de duas línguas no contexto escolar, perspectiva que tem sido apontada pela investigação como sendo a mais adequada para estas crianças (Almeida, Cabral, Filipe & Morgado, 2009).

Os conceitos de bilinguismo e educação bilingue podem ocorrer em diferentes situações, ou seja, no caso das crianças que aprendem uma segunda língua na escola, crianças cujos pais são de diferentes nacionalidades, nativos de países em que há mais do que uma língua oficial, emigrantes estrangeiros que falam a língua do país hospedeiro e pessoas surdas que, além da língua gestual, utilizam a língua da comunidade ouvinte, na sua modalidade oral ou escrita. No entanto e tendo em conta o tema da presente dissertação, abordar-se-á o bilinguismo dos surdos, como um caso especial de bilinguismo.

O ensino do bilinguismo assenta no reconhecimento da língua gestual como língua natural e primeira, parte-se desse pressuposto para o ensino da Língua Portuguesa na modalidade escrita. Quando as crianças são ensinadas na língua a que têm acesso, a sua educação é melhor sucedida e são mais elevadas as suas aspirações pessoais e sociais (Almeida et al., 2009). De acordo com os mesmos autores, o bilinguismo para surdos atravessa a fronteira linguística e abarca o desenvolvimento da criança surda dentro e fora dela, numa perspectiva sócio antropológica. A educação das crianças surdas deve ser perspectivada em termos dos seus fins educativos genéricos e não somente no mero plano de aprendizagem de línguas.

Neste contexto, o bilinguismo assume-se, de acordo com os autores supracitados, como um caminho de reflexão e de análise do processo desenvolvimental e escolar dos alunos surdos, um percurso comunicacional intercultural, que a escola começa a fazer, de compreensão do outro, do diferente, mas também do que é primordial, da própria compreensão. Constituir uma resposta bilingue é o primeiro dos objetivos das escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos. Tal advém da área curricular específica introduzida nas adequações curriculares dos alunos surdos, a LGP. Deste modo, estas escolas devem assegurar que esta se desenvolve como primeira língua, a língua em que a criança aprende a conhecer-se, a conhecer os outros e o meio em que se insere, implica também a capacidade de disponibilizar um serviço educativo capaz de intervir desde o primeiro momento, em estrita articulação com as redes de intervenção precoce e com as estruturas públicas da saúde (Almeida et al., 2009).

Os autores supramencionados referem que uma modalidade bilingue não se esgota na aprendizagem de uma e numa língua. Como tal, a escola bilingue terá que, sobre o adquirido da primeira língua, proporcionar a descoberta e o domínio da Língua Portuguesa.

3. O Terapeuta da Fala nas Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos

No decorrer dos últimos anos têm-se operado mudanças sociais, económicas e políticas, que se refletiram numa melhor integração dos Terapeutas da Fala no Ministério da Educação. Neste âmbito, refere-se Whitmire (2002), segundo o qual, há cinquenta anos atrás, a prática do Terapeuta da Fala nas escolas era muito distinta da atualidade. A mesma autora refere que na década de 1950, os Terapeutas da Fala trabalhavam sobretudo com crianças do ensino regular com dificuldades de grau leve a moderado nas áreas de articulação, fluência e voz. As crianças com deficiências mais graves eram colocadas em escolas particulares e/ou instituições ou não tinham qualquer apoio. A partir da década de 1960 do século XX, face à alteração da legislação, que passou a prever que as crianças com deficiências mais graves fossem apoiadas em escolas públicas, ocorreu igualmente uma modificação da atitude dos profissionais da área da educação no que se refere aos problemas de linguagem, a par da percepção acerca da importância do papel da linguagem no desempenho académico dos alunos (Whitmire, 2002).

No caso português, a partir de 1965, as escolas públicas do Ministério da Educação passaram a integrar alunos surdos e, em 1978, surgiram os Núcleos de Apoio a Crianças Deficientes Auditivas. Em 1998, foram fundadas as Unidades de Apoio à Educação de Alunos Surdos, pelo Despacho Normativo n.º 7520/98, tendo sido incluídos nas equipas educativas formadores de Língua Gestual Portuguesa, intérpretes de Língua Gestual Portuguesa e Terapeutas da Fala.

Atualmente, a legislação que rege a Educação Especial, designadamente o artigo 23º Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, estabeleceu a criação de uma rede de agrupamentos onde se incluem jardins-de infância, escolas básicas e escolas secundárias de ensino bilingue para alunos surdos, as denominadas Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos. Desde a criação das Unidades de Apoio à Educação de Alunos

Surdos tem-se assistido a um acréscimo progressivo de Terapeutas da Fala, que acompanham as crianças surdas ao longo de todo o percurso escolar.

Em conformidade com a *American Speech Language Hearing Association* (2007), os Terapeutas da Fala são profissionais com formação especializada para intervir em distúrbios da comunicação, diferenças e atrasos devido a vários fatores, abarcando os que podem estar relacionados com a perda auditiva. Os Terapeutas da Fala, em contexto educativo, ajudam a melhorar as competências dos alunos a nível da comunicação e do desempenho escolar.

A *American Speech Language Hearing Association* (2007) refere que a prática da terapia da fala se deve basear em evidências, tendo em conta uma abordagem que integra a experiência profissional com os valores e preferências de cada aluno no processo de intervenção terapêutica.

Neste âmbito, salienta-se a Organização Mundial de Saúde (2001) que criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001), cujo objetivo fulcral é fornecer uma linguagem comum e um quadro para a descrição de funcionalidade e de saúde. A CIF torna-se importante para descrever o papel do Terapeuta da Fala na prevenção, avaliação e intervenção.

A Organização Mundial de Saúde (2000) menciona que os Terapeutas da Fala em contexto educativo trabalham para aumentar a qualidade de vida das crianças e jovens, minimizando as deficiências das estruturas e funções corporais, as dificuldades da atividade e participação e as barreiras ambientais a que os alunos possam estar sujeitos, numa perspetiva biopsicossocial.

O Terapeuta da Fala que exerce funções numa escola de educação bilingue de alunos surdos tem como função principal promover o desenvolvimento da comunicação e da linguagem dos seus alunos, tendo em conta a especificidade de cada um. Centrando-se no aluno, tem de fazer uma avaliação pormenorizada, com a finalidade de identificar as áreas a privilegiar na sua intervenção, sendo as decisões tomadas em colaboração por todos os elementos da equipa, em prol de objetivos comuns.

No ensino bilingue de alunos surdos, a intervenção do Terapeuta da Fala não se relaciona unicamente com uma perspetiva puramente oralista. Desta feita, o Terapeuta da Fala deve desenvolver competências comunicativas nos alunos surdos, em que o domínio da LP, independentemente de ser através da modalidade oral ou escrita, possibilita a cada aluno com deficiência auditiva participar em situações de interação/comunicação com os ouvintes que não dominam a LGP (Souza & Silvestre, 2007).

Os diferentes graus de surdez (leve, moderada, severa e profunda) são necessariamente fatores determinantes em relação às consequências no desenvolvimento da criança e obrigam à atuação do Terapeuta da Fala, cujo papel abrange tanto a área da saúde, como a área educacional. Os principais objetivos da terapia da criança surda visam o desenvolvimento da língua oral (englobando fala e voz) e a aquisição da linguagem, levando-se em conta o facto de a surdez ter surgido no período pré ou pós linguístico. Sabendo-se disto, serão definidos mais especificamente os objetivos da terapia a ser realizada no aluno com deficiência auditiva (Souza & Silvestre, 2007).

A intervenção do Terapeuta da Fala, em contexto escolar, abrange o próprio aluno e o meio familiar, os professores, educadores, técnicos, assistentes operacionais e outros intervenientes educativos no processo escolar dos alunos. A sua envolvência com o contexto da surdez e com a LGP são analogamente fatores basilares para o progresso do aluno. Só quando estas condições estão reunidas, poderão ser estabelecidas pontes entre “o mundo oral”, que por vezes é de difícil acesso, sobretudo em fases mais precoces, e “o mundo gestual”. Desta feita, a linguagem deve ser contemplada de forma global, bem como a estruturação dos conceitos., para que se possa generalizar as aprendizagens realizadas em distintos contextos para o quotidiano dos alunos, de maneira a que influam positivamente o seu percurso futuro de vida (Souza & Silvestre, 2007).

Tendo em conta as características da surdez, o desenvolvimento da linguagem da criança surda terá que ser equacionado de forma bifurcada: a primeira diz respeito à aquisição da LG; a segunda à necessidade do domínio da estrutura da língua oral do país, no caso concreto a LP (Sim-Sim, 1998). De acordo com a mesma autora, a surdez afeta a aquisição e o desenvolvimento da língua falada pela simples razão que o *input* auditivo não é recebido convenientemente. No entanto, não significa que a capacidade para a aquisição da linguagem não exista e que o aluno não possa adquirir e desenvolver mestria linguística. A dissemelhança mais significativa reside na modalidade da aquisição natural que, não sendo auditiva ou vocal, assenta na LG.

O domínio da língua de aquisição natural é um direito, conhecer a língua da comunidade de ouvintes, onde decorre o quotidiano dos alunos, é uma necessidade, quer para a comunicação com o grupo maioritário, quer para o acesso à informação escrita. Assim, possibilitar que o aluno surdo seja fluente em ambas as línguas torna-se mais do que um objetivo, um imperativo do sistema educativo, onde o Terapeuta da Fala desempenha um papel fulcral (Sim-Sim, 1998). A mesma autora citada salienta ainda que

um bom funcionamento em ambas as línguas, gestual e oral, e comunidades, surdos e ouvintes, deverá assumir-se como meta prioritária na educação dos alunos surdos.

PARTE II
Estudo Empírico

Capítulo I - Metodologia

No decorrer deste capítulo, abordar-se-ão as questões metodológicas que orientam esta investigação, após a explanação da matriz teórica que lhe serviu de suporte.

Toda a investigação deve seguir processos operativos objetivos e rigorosos, adaptados ao tipo de problema em causa e facilitadores de uma nova aplicação nas mesmas condições (Tuckman, 2002). Assim sendo, na descrição da sequência metodológica utilizada, serão enunciados a problemática e questão de investigação, a amostra/participantes, as variáveis, as hipóteses, o instrumento de investigação, o processo de recolha de dados e os procedimentos adotados.

A metodologia de pesquisa empregue foi escolhida a fim de se atender às necessidades específicas de cada um dos objetivos, razão por que se socorreu dos paradigmas quantitativo e qualitativo.

A adoção do estudo quantitativo prende-se com o facto de este constituir um “processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador” (Vaz-Freixo, 2011, p.144).

Para ajudar ao entendimento do estudo qualitativo, opta-se pela definição de autores como Bogdan e Biklen (2004, p.57) que definem a investigação qualitativa como um “termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação com as seguintes características: os dados são recolhidos através de fonte direta e no ambiente natural”.

Recorreu-se, ainda, à investigação documental que se repercutiu na consulta bibliográfica, encontrando-se nela tudo quanto podia servir de suporte para compreender a Problemática em estudo e definir conceitos base.

1. Problemática e Questão de Partida

Tendo-se em conta o contexto de intervenção de um terapeuta da fala em Escolas de Referência para a Educação Bilingue com crianças surdas, há a referir que emergem vários problemas, sendo o primeiro grande entrave a questão da relevância da língua natural do surdo no ensino da língua oral. Deste modo, formula-se a questão de partida, fio condutor deste trabalho:

- *Qual o papel dos terapeutas da fala nos diferentes graus de surdez (ligeira, moderada, severa, profunda)?*

2. Objetivos

Tendo por base os pressupostos teóricos apresentados nos anteriores capítulos e a questão de investigação, definem-se os objetivos conducentes às questões que o investigador pretende responder, através da aplicação do seu estudo, no sentido de dar respostas ao problema formulado, e, inclusivamente, esclarecer a questão central da investigação (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Contextualizar e definir os objetivos deste trabalho tornam-se, pois, imperativos para a elaboração de uma investigação (Bell, 2008). Deste modo, elencaram-se como objetivos para este estudo:

- Verificar se nas crianças com surdez ligeira, em que a Língua Materna é a Língua Portuguesa, a Terapia da Fala não é necessária (boa articulação, boa pronúncia e entoação);
- Averiguar se nas crianças surdas profundas congénitas, em que a Língua Gestual Portuguesa é a língua natural e a Língua Materna, não existe espaço para a Terapia da Fala (por razões linguísticas e culturais);
- Verificar se nas crianças com surdez moderada e severa, quando a Língua Portuguesa é a Língua Materna, a Terapia da Fala é de importância fundamental.

3. Variáveis

Existem várias definições de variável, embora coexistam todas num mesmo princípio: “ao qual se pode atribuir uma medida”, são particularidades de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, podendo-se atribuir valores numerais (Fortin, 2009).

Neste contexto, as variáveis podem ser definidas como “qualidades, propriedades, ou características das pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos manipulados ou controlados”. (Fortin, 2009, p. 171). A mesma autora acrescenta que é um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos e que para operacionalizar variáveis é necessário um trabalho de construção e seleção, tornando-as compreensíveis e operáveis.

Existem vários tipos de variáveis, salientam-se pela sua importância, as variáveis dependente e independentes.

Variável dependente

A variável dependente, também denominada de variável crítica ou explicada é, segundo Fortin (2009), a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente. A mesma autora acrescenta que, num estudo de investigação, pode haver várias variáveis dependentes submetidas ao efeito de uma ou mais variáveis independentes.

A variável dependente é definida como a “variável de resultado que interesse ao pesquisador, a variável que é formulada como uma hipótese para depender de outra variável, por vezes chamada de critério” (Polit & Hungler, 2004, p. 373).

Tendo por base Polit e Hungler (2004), esta variável consiste naqueles valores (fenómenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados determinados ou afetados pela variável independente.

Deste modo, considera-se a variável dependente como sendo a correspondente ao fator ou fenómeno que se pretende explicar ou descobrir e que é determinado pelas variáveis independentes.

A variável dependente deste estudo é **o papel da terapia da fala na educação da criança surda.**

Variáveis independentes

A variável independente, também chamada muitas vezes de tratamento ou intervenção ou simplesmente de variável experimental, é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente (Fortin, 2009). Também pode ser conceituada como “a variável que segundo a crença, causa ou influencia a variável dependente, em uma pesquisa experimental a variável independente é aquela que é manipulada” (Polit & Hungler, 2004, p. 373).

A variável independente está relacionada com a variável dependente no sentido que uma influencia a outra. A referida relação constitui a base da predição exprimindo-se pela formulação de hipóteses. Assim, as variáveis independentes correspondem às condições ou fatores que influenciam direta ou indiretamente a variável dependente.

Na presente investigação, tomaram-se como variáveis independentes:

- O grau de surdez (ligeira, moderada, severa, profunda)
- A LGP
- A LP falada

4. Hipóteses de Investigação

Atendendo aos objetivos delineados, formularam-se as seguintes hipóteses gerais de investigação:

H₁ - Nas crianças com surdez ligeira, em que a LM é a LP, a TF não é necessária (boa articulação, boa pronúncia e entoação);

H₂ - Nas crianças surdas profundas congénitas, em que a LGP é a língua natural e a LM, não existe espaço para a TF (por razões linguísticas e culturais);

H₃ - Nas crianças com surdez moderada e severa, quando a LP é a LM, a TF é de importância fundamental.

5. Amostra/participantes

Este estudo, pela própria problemática a que está subjacente, aplica-se a uma população muito específica – Terapeutas da Fala a exercer em Escolas de Referência para a Educação Bilingue com crianças surdas.

De modo a fundamentar, com o rigor metodológico exigível, a extração de conclusões, procurou-se uma amostra representativa da população, selecionando-se o maior número de Terapeutas da Fala a nível nacional, dos quais apenas se conseguiu resposta de 12 sujeitos, os quais constituem a amostra da presente investigação.

Na etapa seguinte, procede-se à caracterização da amostra dos sujeitos da amostra.

5.1. Caracterização da amostra

De seguida faz-se a caracterização da amostra, tendo em conta o grau académico, instituição onde completou a sua formação académica e o ano que concluiu a formação académica.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que, em igual valor percentual, encontram-se os sujeitos da amostra licenciados e pós-graduados, (41,7%, respetivamente). Os terapeutas da fala mestrados representam 16,7% da amostra (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o grau académico mais elevado

Grau académico	n	%
Licenciatura	5	41,7
Pós-graduação	5	41,7
Mestrado	2	16,7
Total	12	100,0

A análise dos resultados apresentados na Tabela 2 demonstra que o número mais significativo de sujeitos da amostra (16,7%) completou a sua formação académica na Escola Superior de Educação do Porto e na Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, igualmente com uma representatividade de 16,7%.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a(s) instituição(ões) onde completou a sua formação académica

Instituição(ões) onde completou a sua formação académica	n	%
Esc. Sup. de Educação do Porto	2	16,7
Int. sup. de Saúde do Alto Ave	1	8,3
Politécnico do Porto	1	8,3
Escola Sup. de Tecnologia de Saúde do Porto	1	8,3
ESE Paula Frassinetti	2	16,7
Escola Sup. Jean Piaget Viseu	1	8,3
Universidade do Algarve	1	8,3
Esc. Sup. de Saúde Egas Moniz	1	8,3
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto	1	8,3
Universidade de Aveiro	1	8,3
Total	12	100,0

Tendo em conta a análise dos dados apurados em relação ao ano em que os sujeitos da amostra concluíram a sua formação académica, refere-se que o valor percentual mais significativo é o dos inquiridos que concluíram a sua formação no ano de 2009 (27,3%), seguindo-se os que o fizeram em 2006 e 2012, com igual representatividade (18,2%, respetivamente). Os restantes sujeitos da amostra, cada um com igual valor percentual, nomeadamente 9,1%, concluíram a sua formação académica em 2000, 2002, 2003 e 2005 (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o ano que concluiu a formação académica

Ano de conclusão da formação académica	n	%	% Válida
2000	1	8,3	9,1
2002	1	8,3	9,1
2003	1	8,3	9,1
2005	1	8,3	9,1
2006	2	16,7	18,2
2009	3	25,0	27,3
2012	2	16,7	18,2
Não resposta	1	8,3	
Total	12	100	100,0

6. Instrumento de colheita de dados

Para Fortin (2009), a recolha de informação é desenvolvida tendo como suporte os instrumentos de colheita de dados.

Um instrumento de recolha de dados deve ser composto por um conjunto de questões que permita colher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação, como dizem Polit e Hungler (2004).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), a operação da recolha consiste em obter ou reunir concretamente as informações imprescindíveis junto das pessoas incluídas na amostra.

Para Fortin (2009), a escolha do instrumento prende-se com as variáveis e a sua operacionalização, tendo em conta determinados fatores, nomeadamente os objetivos do estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui acerca das variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e a

validade dos instrumentos de medida.

Para o presente estudo selecionou-se como instrumento de recolha de dados o inquérito por questionário (cf. Anexo I), elaborado de acordo com a revisão da literatura efetuada e sob a supervisão do Orientador desta investigação, na medida em que não se encontrou nenhum instrumento de recolha de dados que se ajustasse aos objetivos da investigação.

7. Procedimentos

A primeira etapa correspondeu à realização de um pré-teste ao questionário, o qual foi elaborado pela investigadora. Como tal, antes de ser aplicado aos sujeitos da amostra, elaborou-se um pré-teste, o qual foi distribuído por 5 Terapeutas da Fala, com o intuito de se verificar se o mesmo era compreendido pelos diferentes intervenientes e dava resposta à questão que se propunha investigar. Dos resultados obtidos, não houve necessidade de se proceder a reformulações.

A segunda etapa correspondeu à autorização do questionário por parte do Professor Orientador, o qual deu o seu parecer positivo após correção de alguns termos científicos. Os questionários foram enviados por correio para cada uma das escolas, acompanhados com uma carta explicativa do estudo a ser realizado.

8. Tratamento estatístico dos dados

De acordo com Fortin (2009), o método de análise deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho do estudo quer este vise descrever relações, verificar relações entre as variáveis ou comparar o grupo.

Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados descritivos e inferenciais recorreremos ao programa de tratamento estatístico designado por *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 20.0 de 2012.

Ao longo do estudo recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente, apresentação em tabelas de frequências (absolutas e percentuais).

Capítulo II - Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

No discorrer deste capítulo, procede-se à apresentação dos resultados referentes aos dados recolhidos dos questionários, os quais se encontram expostos em tabelas, precedidos da respetiva análise, por forma a facilitar o estudo dos dados estatísticos obtidos.

No capítulo, estruturado em duas partes, apresentam-se os resultados do questionário, com base na análise descritiva e, por fim, procede-se à discussão dos resultados alcançados, tendo presente os pressupostos teóricos expostos na primeira parte do trabalho. Adotando estes procedimentos, o investigador assemelha-se a um marceneiro. “Não produz móveis, mas produz informação na forma de conclusões e, muitas vezes, obtém estas conclusões aplicando técnicas estatísticas aos dados da investigação” (Hill & Hill, 2009, p.191).

1. Apresentação dos resultados dos questionários

No presente ponto, pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, em função de toda a informação colhida, através do instrumento utilizado – inquérito por questionário. Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorreu-se ao uso de tabelas com os respetivos dados estatísticos.

De acordo com os dados obtidos, poder-se-á dizer que 75% dos inquiridos frequentou ou teve disciplinas na área da língua gestual portuguesa (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo a frequência ou disciplinas na área da língua gestual portuguesa

Frequência ou disciplinas na área da língua gestual portuguesa	n	%
Sim	9	75,0
Não	3	25,0
Total	12	100,0

Os resultados apurados demonstram que 75% dos inquiridos considera que a aprendizagem de LGP torna mais eficaz a sua intervenção junto das crianças surdas, contrariamente a 25% (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Aprendizagem de LGP torna mais eficaz a intervenção junto das crianças surdas

Aprendizagem de LGP torna mais eficaz a intervenção junto das crianças surdas	n	%
Sim	9	75,0
Não	3	25,0
Total	12	100,0

A análise dos dados obtidos permite referir que a maioria dos sujeitos da amostra não respondeu à questão (75%). Assim, dos 3 sujeitos que responderam à questão, 66,7% confirmou que se a LGP fosse uma área da formação académica a intervenção junto de alunos com deficiência auditiva seria mais eficaz (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Se a LGP fosse uma área da formação académica a intervenção junto de alunos com deficiência auditiva seria mais eficaz

Se a LGP fosse uma área da formação académica a intervenção junto de alunos com deficiência auditiva seria mais eficaz	n	%	% válida
Sim	2	16,7	66,7
Não	1	8,3	33,3
Não resposta	9	75,0	
Total	12	100,0	100,0

Dos 12 sujeitos inquiridos, 75% referiu já ter formação sobre LGP, contrariamente a 25% (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Formação sobre LGP - Cursos de LGP

Cursos em LGP	n	%
Sim	9	75,0
Não	3	25,0
Total	12	100,0

Apurou-se que metade da amostra (50%) já frequentou seminários em LGP, enquanto a outra metade (50%) respondeu que não (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Formação em LGP – Seminários

Seminários	n	%
Sim	6	50,0
Não	6	50,0
Total	12	100,0

Quanto à frequência em congresso sobre LGP, verificou-se que a maioria dos sujeitos da amostra não os frequentou, enquanto 41,7% já o fez (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Formação em LGP – Congressos

Congressos	n	%
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
Total	12	100,0

Constatou-se que a maioria dos sujeitos da amostra (83,3%) possui formação em LGP, contrariamente a 16,7% que não a possui (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Formação em LGP – Nenhuma

Formação em LGP	n	%
Nenhuma formação	2	16,7
Formação	10	83,3
Total	12	100,0

Contou-se com inquiridos de vários distritos do país, estando a maioria (41,7%) a exercer atividade no Porto, seguindo-se em Coimbra (25%). Nos restantes distritos (Castelo Branco, Braga, Santarém e Faro) exerce apenas uma terapeuta da fala, o que corresponde, cada um, a 8,3% do total da amostra (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Distrito onde exerce a atividade

Distrito onde exerce atividade	n	%
Castelo Branco	1	8,3
Coimbra	3	25,0
Porto	5	41,7
Braga	1	8,3
Santarém	1	8,3
Faro	1	8,3
Total	12	100,0

Em conformidade com os dados apurados, verificou-se que o maior número de meses de exercício de funções com crianças surdas corresponde a um inquirido com 400 meses (8,3%), seguindo-se o que possui 396 meses (8,3%) e a que tem 180 meses de exercício de funções com este tipo de alunos (8,3%). Os restantes terapeutas inquiridos têm entre 17 a 95 meses de exercício de funções com crianças surdas (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Total de meses de exercício de funções com crianças surdas

Total de meses de exercício de funções com crianças surdas	n	%	% Válida
17	1	8,3	10,0
26	1	8,3	10,0
27	1	8,3	10,0
43	1	8,3	10,0
50	1	8,3	10,0
80	1	8,3	10,0
95	1	8,3	10,0
180	1	8,3	10,0
396	1	8,3	10,0
400	1	8,3	10,0
Total	10	83,3	100,0
Não resposta	2	16,7	
Total	12	100,0	

Quanto ao número de crianças com surdez que os sujeitos da amostra acompanham atualmente, verificou-se que 30% acompanham 13, os restantes inquiridos acompanham entre 2 a 16 crianças, o que corresponde, cada situação a 10% da amostra (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Número de crianças com surdez que acompanha atualmente

Número de crianças com surdez que acompanha atualmente	n	%	% Válida
2	1	8,3	10,0
6	1	8,3	10,0
10	1	8,3	10,0
11	1	8,3	10,0
12	1	8,3	10,0
13	3	25,0	30,0
15	1	8,3	10,0
16	1	8,3	10,0
Total	10	83,3	100,0
Não resposta	2	16,7	
Total	12	100,0	

No que respeita ao número de horas de trabalho semanal com crianças surdas, apurou-se que as mesmas se situam entre um mínimo de 1,30 e um máximo de 35 horas semanais, correspondendo estas a 20% da amostra, respetivamente (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Nº de horas de trabalho semanal com crianças surdas

Nº de horas de trabalho semanal com crianças surdas	n	%	% Válida
1,30	2	16,7	20,0
20	1	8,3	10,0
22	1	8,3	10,0
25	1	8,3	10,0
29	1	8,3	10,0
30	1	8,3	10,0
32	1	8,3	10,0
35	2	16,7	20,0
Total	10	83,3	100,0
Não resposta	2	16,7	
Total	12	100,0	

Constatou-se que 5 terapeutas inquiridos trabalham com crianças com surdez ligeira, dos quais 16,7% diz trabalhar com 1 criança com este tipo de surdez, os restantes trabalham com 2 a 5 crianças, correspondendo cada um a 8,3% da amostra (cf. Tabela 15).

Tabela 15 - Surdez ligeira

Surdez ligeira	n	%
1	2	16,7
2	1	8,3
3	1	8,3
5	1	8,3
Não	7	58,3
Total	12	100,0

Constatou-se que 6 Terapeutas da Fala é que trabalham com crianças com surdez moderada, dos quais 25% tem 1 criança com este tipo de surdez; 16,7% tem 2 crianças e 8,3% tem uma criança com esta surdez (cf. Tabela 16).

Tabela 16 - Surdez moderada

Surdez moderada	n	%
1	3	25,0
2	2	16,7
3	1	8,3
Não	6	50,0
Total	12	100,0

Verificou-se que 7 inquiridos afirmaram que trabalham com crianças com surdez severa, dos quais a maioria (25%) tem apenas uma criança; os restantes inquiridos têm entre 2 a 7 crianças com este tipo de surdez, o que perfaz cada um 8,3% do universo da amostra (cf. Tabela 17).

Tabela 17 - Surdez severa

Surdez severa	n	%
1	3	25,0
2	1	8,3
4	1	8,3
5	1	8,3
7	1	8,3
Não	5	41,7
Total	12	100,0

Verificou-se que 8 terapeutas da fala inquiridos afirmaram que trabalham com crianças com surdez profunda, dos quais salienta-se que 1 (8,3%) acompanha 23 crianças surdas profundas, 2 (16,7%) acompanham 11 crianças com este tipo de surdez (16,7%), os restantes intervêm em 2 a 5 crianças com este tipo de surdez (cf. Tabela 18).

Tabela 18 - Surdez profunda

Surdez profunda	n	%
2	2	16,7
4	1	8,3
5	2	16,7
11	2	16,7
23	1	8,3
Não	4	33,3
Total	12	100,0

Verificou-se que 41,7% dos sujeitos da amostra referiram intervir na área da articulação verbal oral no caso de alunos com surdez ligeira (cf. Tabela 19).

Tabela 19 - Hipoacusia ligeira *versus* intervenção na área da articulação verbal oral

Hipoacusia ligeira <i>versus</i> intervenção na área da articulação verbal oral	n	%
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
Total	12	100,0

Constatou-se que apenas 16,7% dos sujeitos da amostra referiram fazer intervenção ao nível da comunicação não verbal em alunos com surdez ligeira (cf. Tabela 20).

Tabela 20 - Hipoacusia ligeira *versus* comunicação não verbal

Hipoacusia ligeira <i>versus</i> comunicação não verbal	n	%
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Total	12	100,0

De acordo com os resultados, apenas 25% dos sujeitos da amostra intervêm ao nível da linguagem (semântica) com alunos com surdez ligeira (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Hipoacusia ligeira versus linguagem (semântica)

Hipoacusia ligeira versus linguagem (semântica)	n	%
Sim	3	25,0
Não	9	75,0
Total	12	100,0

Apurou-se que 16,7% da amostra intervêm ao nível da leitura labial em alunos com surdez ligeira (cf. Tabela 22).

Tabela 22 - Hipoacusia ligeira versus leitura labial

Hipoacusia ligeira versus Leitura labial	n	%
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Total	12	100,0

Os resultados demonstram que 16,7% dos sujeitos da amostra intervêm ao nível da motricidade oro facial em alunos com surdez ligeira (cf. Tabela 23).

Tabela 23 - Hipoacusia ligeira versus motricidade oro facial

Hipoacusia ligeira versus motricidade oro facial	n	%
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Total	12	100,0

No que se refere à intervenção ao nível da linguagem (fonologia) em alunos com surdez ligeira, apurou-se que 33,3% dos sujeitos da amostra fá-lo (cf. Tabela 24).

Tabela 24 - Hipoacusia ligeira versus linguagem (fonologia)

Hipoacusia ligeira versus linguagem (fonologia)	n	%
Sim	4	33,3
Não	8	66,7
Total	12	100,0

No que concerne à intervenção na área da linguagem (morfofossintaxe), verificou-se que 33,3% dos sujeitos da amostra o faz em alunos com surdez ligeira (cf. Tabela 25).

Tabela 25 - Hipoacusia ligeira versus linguagem (morfofossintaxe)

Hipoacusia ligeira versus linguagem (morfofossintaxe)	n	%
Sim	4	33,3
Não	8	66,7
Total	12	100,0

Quanto à intervenção nas diversas áreas com alunos com surdez moderada, começa-se por referir que 41,7% dos sujeitos da amostra diz intervir ao nível da articulação oro verbal (cf. Tabela 26).

Tabela 26 - Hipoacusia moderada versus articulação verbal oral

Hipoacusia moderada versus articulação verbal oral	n	%
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
Total	12	100,0

Constatou-se, conforme indicam os dados apurados, 16,7% dos inquiridos intervêm ao nível da área da comunicação não verbal em alunos com surdez moderada (cf. Tabela 27).

Tabela 27 - Hipoacusia moderada versus comunicação não verbal

Hipoacusia moderada versus comunicação não verbal	n	%
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Total	12	100,0

De acordo com os resultados, 41,7% dos sujeitos da amostra intervêm ao nível da linguagem (semântica) com alunos com surdez moderada (cf. Tabela 28).

Tabela 28 - Hipoacusia moderada versus linguagem (semântica)

Hipoacusia moderada versus linguagem (semântica)	n	%
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
Total	12	100,0

Apurou-se que 33,3% da amostra intervêm ao nível da leitura labial em alunos com surdez moderada (cf. Tabela 29).

Tabela 29 - Hipoacusia moderada versus leitura labial

Hipoacusia moderada versus Leitura labial	n	%
Sim	4	33,3
Não	8	66,7
Total	12	100,0

Os resultados demonstram que apenas uma terapeuta da fala (8,3%) intervêm ao nível da motricidade oro facial em alunos com surdez moderada (cf. Tabela 30).

Tabela 30 - Hipoacusia moderada versus motricidade oro facial

Hipoacusia moderada versus motricidade oro facial	n	%
Sim	1	8,3
Não	11	91,7
Total	12	100,0

No que se refere à intervenção ao nível da linguagem (fonologia) em alunos com surdez moderada, apurou-se que 33,3% dos sujeitos da amostra fá-lo (cf. Tabela 31).

Tabela 31 - Hipoacusia moderada *versus* linguagem (fonologia)

Hipoacusia moderada <i>versus</i> linguagem (fonologia)	n	%
Sim	4	33,3
Não	8	66,7
Total	12	100,0

No que concerne à intervenção na área da linguagem (morfofossintaxe), verificou-se que 33,3% dos sujeitos da amostra o faz em alunos com surdez moderada (cf. Tabela 32).

Tabela 32 - Hipoacusia moderada *versus* linguagem (morfofossintaxe)

Hipoacusia moderada <i>versus</i> linguagem (morfofossintaxe)	n	%
Sim	4	33,3
Não	8	66,7
Total	12	100,0

Quanto à intervenção nas diversas áreas com alunos com surdez severa, começa-se por referir que 58,3% dos sujeitos da amostra diz intervir ao nível da articulação oro verbal (cf. Tabela 33).

Tabela 33 - Hipoacusia severa *versus* articulação verbal oral

Hipoacusia severa <i>versus</i> articulação verbal oral	n	%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Total	12	100,0

Constatou-se, conforme indicam os dados apurados, 50% dos inquiridos intervêm ao nível da área da comunicação não verbal em alunos com surdez severa (cf. Tabela 34).

Tabela 34 - Hipoacusia severa *versus* comunicação não verbal

Hipoacusia severa <i>versus</i> comunicação não verbal	n	%
Sim	6	50,0
Não	6	50,0
Total	12	100,0

De acordo com os resultados, 58,3% dos sujeitos da amostra intervêm ao nível da linguagem (semântica) com alunos com surdez severa (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Hipoacusia severa versus linguagem (semântica)

Hipoacusia severa versus linguagem (semântica)	n	%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Total	12	100,0

Apurou-se que 50% da amostra intervêm ao nível da leitura labial em alunos com surdez severa (cf. Tabela 36).

Tabela 36 - Hipoacusia severa versus leitura labial

Hipoacusia severa versus Leitura labial	n	%
Sim	6	50,0
Não	6	50,0
Total	12	100,0

Os resultados demonstram que apenas duas terapeutas da fala (16,7%) intervêm ao nível da motricidade oro facial em alunos com surdez severa (cf. Tabela 37).

Tabela 37 - Hipoacusia severa versus motricidade oro facial

Hipoacusia severa versus motricidade oro facial	n	%
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Total	12	100,0

No que se refere à intervenção ao nível da linguagem (fonologia) em alunos com surdez severa, apurou-se que 58,3% dos sujeitos da amostra fá-lo (cf. Tabela 38).

Tabela 38 - Hipoacusia severa versus linguagem (fonologia)

Hipoacusia severa versus linguagem (fonologia)	n	%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Total	12	100,0

No que concerne à intervenção na área da linguagem (morfofossintaxe), verificou-se que 58,3% dos sujeitos da amostra o faz em alunos com surdez severa (cf. Tabela 39).

Tabela 39 - Hipoacusia severa *versus* linguagem (morfofossintaxe)

Hipoacusia severa <i>versus</i> linguagem (morfofossintaxe)	n	%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Total	12	100,0

Quanto à intervenção nas diversas áreas com alunos com surdez profunda, começa-se por referir que 16,7% dos sujeitos da amostra diz intervir ao nível da articulação oro verbal (cf. Tabela 40).

Tabela 33 - Hipoacusia profunda *versus* articulação verbal oral

Hipoacusia profunda <i>versus</i> articulação verbal oral	n	%
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Total	12	100,0

Constatou-se, conforme indicam os dados apurados, 50% dos inquiridos intervêm ao nível da área da comunicação não verbal em alunos com surdez profunda (cf. Tabela 41).

Tabela 41 - Hipoacusia profunda *versus* comunicação não verbal

Hipoacusia profunda <i>versus</i> comunicação não verbal	n	%
Sim	6	50,0
Não	6	50,0
Total	12	100,0

De acordo com os resultados, 50% dos sujeitos da amostra intervêm ao nível da linguagem (semântica) com alunos com surdez profunda (cf. Tabela 42).

Tabela 42 - Hipoacusia profunda *versus* linguagem (semântica)

Hipoacusia profunda <i>versus</i> linguagem (semântica)	n	%
Sim	6	50,0
Não	6	50,0
Total	12	100,0

Apurou-se que 50% da amostra intervêm ao nível da leitura labial em alunos com surdez profunda (cf. Tabela 43).

Tabela 43 - Hipoacusia profunda versus leitura labial

Hipoacusia profunda versus Leitura labial	n	%
Sim	6	50,0
Não	6	50,0
Total	12	100,0

Os resultados demonstram que apenas uma terapeuta da fala (8,3%) intervêm ao nível da motricidade oro facial em alunos com surdez profunda (cf. Tabela 44).

Tabela 44 - Hipoacusia profunda versus motricidade oro facial

Hipoacusia profunda versus motricidade oro facial	n	%
Sim	1	8,3
Não	11	91,7
Total	12	100,0

No que se refere à intervenção ao nível da linguagem (fonologia) em alunos com surdez profunda, apurou-se que 16,7% dos sujeitos da amostra fá-lo (cf. Tabela 45).

Tabela 45 - Hipoacusia profunda versus linguagem (fonologia)

Hipoacusia profunda versus linguagem (fonologia)	n	%
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Total	12	100,0

No que concerne à intervenção na área da linguagem (morfofossintaxe), verificou-se que 50% dos sujeitos da amostra o faz em alunos com surdez profunda (cf. Tabela 46).

Tabela 46 - Hipoacusia profunda versus linguagem (morfofossintaxe)

Hipoacusia profunda versus linguagem (morfofossintaxe)	n	%
Sim	6	50,0
Não	6	50,0
Total	12	100,0

Os resultados da Tabela 47 demonstram que a totalidade da amostra discorda com o facto de, nas crianças com surdez ligeira, em que a Língua Materna é a Língua Portuguesa, a

Terapia da Fala não é necessária, com a maioria (83,3%) a demonstrar um grau de discordância completa.

Já no que respeita à questão de, nas crianças surdas profundas congénitas, em que a Língua Gestual Portuguesa é a língua natural e a Língua Materna, não existir espaço para a Terapia da Fala (por razões linguísticas e culturais), verificou-se que todos os entrevistados discordam com a afirmação, pois 50% assinalou discordo completamente e 50% assinalou a opção discordo.

Verificou-se também que a maioria dos sujeitos da amostra concorda com a afirmação com o facto de, nas crianças com surdez moderada e severa, quando a Língua Portuguesa é a Língua Materna, a Terapia da Fala é de importância fundamental. Assim, apurou-se que 58,3% manifestou completo grau de concordância e 25% assinalou que concordam.

Tabela 47 – Grau de concordância/discordância face às afirmações colocadas

Questões	Discordo completamente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo completamente
1. Nas crianças com surdez ligeira, em que a Língua Materna é a Língua Portuguesa, a Terapia da Fala não é necessária	83,3%	16,7%	0%	0%	0%
2. Nas crianças surdas profundas congénitas, em que a Língua Gestual Portuguesa é a língua natural e a Língua Materna, não existe espaço para a Terapia da Fala (por razões linguísticas e culturais)	50,0%	50,0%	0%	0%	0%
3. Nas crianças com surdez moderada e severa, quando a Língua Portuguesa é a Língua Materna, a Terapia da Fala é de importância fundamental.	0%	8,3%	8,3%	25,0%	58,3%

Das 12 Terapeutas da Fala inquiridas, apenas duas acompanham crianças do pré-escolar, uma delas trabalha com 1 criança e outra com 6 crianças (cf. Tabela 48).

Tabela 48 – Crianças acompanhadas do ensino pré-escolar

nº de crianças	n	%
1	1	50
6	1	50
Total	2	100,0

Verificou-se que 6 Terapeutas da Fala acompanham alunos do 1º CEB, das quais 2 (33,3%) trabalham com 4 crianças, as restantes, ou seja, cada uma (16,7%) acompanham entre 2 a 9 crianças (cf. Tabela 49).

Tabela 49 – Crianças acompanhadas do 1º CEB

nº de crianças	n	%
2	1	16,7
3	1	16,7
4	2	33,3
5	1	16,7
9	1	16,7
Total	6	100,0

Constatou-se que 6 Terapeutas da Fala acompanham alunos do 2º CEB, das quais 2 (33,3%) trabalham com 2 crianças, as restantes, ou seja, cada uma (16,7%) acompanham entre 2 a 9 crianças (cf. Tabela 50).

Tabela 50 – Crianças acompanhadas do 2º CEB

nº de crianças	n	%
1	1	16,7
2	2	33,3
3	1	16,7
5	1	16,7
6	1	16,7
Total	6	100,0

Apurou-se que apenas 2 Terapeutas da Fala acompanham alunos do 3º CEB, das quais 1 (25%) trabalha com 2 alunos e 1 acompanha 3 alunos do 3º CEB (75%) (cf. Tabela 51).

Tabela 51 – Crianças acompanhadas do 3º CEB

nº de crianças	n	%
2	1	25,0
5	3	75,0
Total	2	100,0

Apurou-se que apenas 4 Terapeutas da Fala acompanham alunos do Ensino Secundário, variando entre 1 a 16 alunos, o que corresponde a 25% cada caso (cf. Tabela 52).

Tabela 52 – Alunos acompanhados do Ensino Secundário

nº de alunos	n	%
1	1	25,0
11	1	25,0
12	1	25,0
16	1	25,0
Total	4	100,0

Apurou-se que a equipa com a qual os sujeitos da amostra trabalham é constituída maioritariamente por docentes de Educação Especial (n=12); seguindo-se o Psicólogo e outro Terapeuta da Fala, ambos fazem parte da equipa de 6 sujeitos da amostra, respetivamente. Verificou-se também que 2 inquiridas dizem ter na equipa um Terapeuta Ocupacional e 1 referiu a presença de um Fisioterapeuta (cf. Tabela 52).

Tabela 53 – Profissionais que compõem a equipa

Profissionais que compõem a equipa	n
Docentes de Educação Especial	12
Terapeuta Ocupacional	2
Fisioterapeuta	1
Psicólogo	6
Outro Terapeuta da Fala	6
Assistente social	12

Os resultados demonstram que apenas 10 Terapeutas da Fala responderam à questão, das quais 8 (80%) confirmaram que algumas das sessões que realizam com crianças com deficiência auditiva são em grupo (cf. Tabela 54).

Tabela 54 - Sessões realizadas em grupo com crianças surdas

Sessões realizadas em grupo com crianças surdas	n	%	% válida
Sim	8	66,7	80,0
Não	2	16,7	20,0
Total	10	83,3	100,0
Não resposta	2	16,7	
Total	12	100,0	

Questionou-se sobre quantos Meios de Comunicação Aumentativa e Alternativa os sujeitos da amostra utilizam no acompanhamento de alunos com deficiência auditiva, tendo-se

apurado que há Terapeutas da Fala que não utilizam nenhum (22,2%) e dos que os utilizam verificou-se o recurso a uma variedade de MCAA (cf. Tabela 55). Salvaguarda-se que apenas 1 sujeito da amostra referiu que o recurso a estes meios foi decisão sua, não tendo os restantes respondido à questão.

Tabela 55 - Utilização de Meios de Comunicação Aumentativa e Alternativa (MCAA)

Utilização de meios de Comunicação Aumentativa e Alternativa (MCAA)	n	%	% válida
Nenhum	2	16,7	22,2
1	2	16,7	22,2
2	1	8,3	11,1
5	1	8,3	11,1
8	1	8,3	11,1
11	1	8,3	11,1
12	1	8,3	11,1
Total	9	75,0	100,0
Não resposta	3	25,0	
Total	12	100,0	

Dos sujeitos da amostra que confirmaram utilizar Meios de Comunicação Aumentativa e Alternativa no acompanhamento de alunos com surdez, 3 (25%) recorrem aos gestos de uso comum (cf. Tabela 56).

Tabela 56 – Utilização de gestos de uso comum

Gestos de uso comum	n	%
Sim	3	25,0
Não	9	75,0
Total	12	100,0

Verificou-se que apenas 1 (8,3%) dos sujeitos da amostra utiliza o SPC/PECS/ Sistema *Bliss* no acompanhamento dos alunos com deficiência auditiva (cf. Tabela 57).

Tabela 57 – Utilização de SPC/PECS/ Sistema Bliss

SPC/PECS/ Sistema Bliss	n	%
Sim	1	8,3
Não	11	91,7
Total	12	100,0

Constatou-se que 4 (33,3%) dos sujeitos da amostra utilizam objetos reais e fotografias no acompanhamento dos alunos com deficiência auditiva (cf. Tabela 58).

Tabela 58 – Utilização de objetos reais e fotografias

Objetos reais e fotografias	n	%
Sim	4	33,3
Não	8	66,7
Total	12	100,0

A análise dos resultados mostra que só 2 (33,3%) dos sujeitos da amostra utilizam a ortografia no acompanhamento dos alunos com deficiência auditiva (cf. Tabela 59).

Tabela 59 – Utilização de ortografia

Ortografia	n	%
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Total	12	100,0

Questionou-se acerca dos contextos em que os alunos utilizam os MCAA, tendo-se apurado que 8 (66,7%) sujeitos da amostra referiram a sua utilização em conjunto com os professores, outros técnicos e familiares (cf. Tabela 60).

Tabela 60 – Utilização dos MCAA em conjunto com professores, outros técnicos e familiares

Utilização dos MCAA em conjunto com professores, outros técnicos e familiares	n	%
Sim	8	66,7
Não	4	33,3
Total	12	100,0

Constatou-se que 9 (75%) dos sujeitos da amostra confirmaram que os alunos utilizam os MCAA na escola (cf. Tabela 61).

Tabela 61 – Utilização dos MCAA na escola

Utilização dos MCAA na escola	n	%
Sim	9	75,0
Não	3	25,0
Total	12	100,0

Apurou-se que 9 (75%) dos sujeitos da amostra confirmaram que os alunos utilizam os MCAA em situação de quotidiano (cf. Tabela 62).

Tabela 62 – Utilização dos MCAA em situação do quotidiano

Utilização dos MCAA em situação do quotidiano	n	%
Sim	9	75,0
Não	3	25,0
Total	12	100,0

Os dados alcançados demonstram que 7 (58,3%) dos sujeitos da amostra confirmaram que os alunos utilizam os MCAA na terapia (cf. Tabela 63).

Tabela 63 – Utilização dos MCAA na terapia

Utilização dos MCAA na terapia	n	%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Total	12	100,0

Os dados obtidos demonstram que 7 (58,3%) dos sujeitos da amostra confirmaram que os alunos utilizam os MCAA em casa (cf. Tabela 64).

Tabela 64 – Utilização dos MCAA em casa

Utilização dos MCAA em casa	n	%
Sim	7	58,3
Não	5	41,7
Total	12	100,0

3. Discussão dos Resultados

Na sequência da apresentação dos resultados obtidos, através da aplicação dos inquéritos por questionário a 12 Terapeutas da Fala de Agrupamentos e Escolas Secundárias de Referência para o Ensino Bilingue de Alunos Surdos do país, procede-se à discussão dos mesmos, com base nos pressupostos teóricos deste trabalho, dando ênfase aos resultados mais significativos.

Com base nos resultados apurados, poder-se-á dizer que, de acordo com a maioria dos inquiridos, nas crianças com surdez ligeira, em que a LM é a LP, a TF não é necessária. No entanto, houve inquiridos que consideraram que a mesma é necessária em termos de articulação, de fonologia e morfossintaxe. Ainda que possam não estar presentes perturbações articulatórias, geralmente, por mais mínimas que estas sejam, as mesmas devem ser corrigidas para se obter uma fala exímia e sucesso futuro na leitura escrita. No que respeita à fonologia, esta encontra-se sempre dependente de uma boa capacidade auditiva, pelo que esta área deve ser sempre trabalhada, juntamente com o trabalho da morfossintaxe. Neste âmbito, Sim-Sim (1998) refere que o grupo de alunos, cujo acesso à leitura apresenta algumas dificuldades, motivadas pelo facto da LP, em que são ensinados a ler, não ser a respetiva língua de aquisição natural é a população surda. Como tal, há que fazer os alunos aceder ao domínio da estrutura da LP (se não oral, pelo menos escrita), se se pretende que o sucesso escolar e social destes alunos seja uma realidade. A mesma autora acrescenta que a discriminação auditiva antecede a produção, o que pode sugerir que alguns erros de produção possam ter a sua etiologia numa discriminação auditiva deficitária. Esta é uma variável a considerar quando as dificuldades articulatórias são persistentes, para além do decurso normal da evolução fonológica. De salientar também que os problemas de discriminação podem ser, *a posteriori*, a causa de determinado tipo de erros ortográficos, nomeadamente no que concerne às trocas entre os sons vozeados e não vozeados.

Sim-Sim (2005) defende que os dois problemas cruciais que a educação de uma criança surda coloca à sociedade, à família e ao sistema educativo estão relacionados com a criação de condições que possibilitem, por um lado, o pleno desenvolvimento da linguagem na criança e, por outro, a aptidão para interagir em diferentes meios sociais e linguísticos, na comunidade surda e na ouvinte. A reforçar esta ideia importa referir que a LP deve seguir um currículo próprio, não como qualquer outra língua estrangeira, mas como segunda língua,

sobretudo para surdos. Assim sendo, o objetivo final do ensino bilingue é tornar os alunos surdos competentes em ambas as línguas: a sua língua natural e a língua oficial do seu país. Esta competência assegurará a aprendizagem de todo o tipo de conteúdos curriculares, assim como de um vasto conjunto de conhecimentos a que poderá aceder em sociedade, ao longo da sua vida (Carmo, Martins, Morgado & Estanqueiro, 2008).

Neste contexto, os professores, particularmente o de LP, têm de ter a consciência de que a LGP é a primeira língua dos alunos surdos, necessitando de ter um bom conhecimento linguístico da LGP, não só em termos de vocabulário, mas também em termos de estrutura gramatical (Gomes, 2009). Assume também relevância esta formação ao nível do Terapeuta da Fala e, no caso concreto deste estudo, verificou-se que a maioria dos inquiridos possui-a, considerando-a fundamental, bem como foram de opinião que a sua intervenção beneficia mais quando é feita num trabalho em equipa, nomeadamente com outros técnicos, professores e familiares dos alunos, com abrangência a diferentes contextos.

A corroborar o anteriormente referenciado, Capitão (2009) salienta que, o Terapeuta da Fala tem estado unicamente relacionado com uma perspetiva de educação de surdos puramente oralista, o que não acontece no ensino bilingue. Pelo contrário, como salienta a mesma autora, através de um trabalho de equipa interdisciplinar, devem desenvolver-se competências comunicativas nos alunos surdos e na comunidade educativa, em que o domínio da LP, independentemente de ser através da modalidade oral ou da escrita, lhes possibilita participar ativamente em situações de interação com pessoas ouvintes e, sobretudo, comunicar com aqueles que estão mais perto de si e que muitas vezes não dominam a LGP (familiares, amigos, etc.).

Nas crianças surdas profundas congénitas, em que a LGP é a língua natural e a LM, existe espaço para a Terapia da Fala, tal como explicitaram os sujeitos da amostra, o que leva à rejeição da hipótese inicialmente formulada. Como forma de se corroborar os resultados obtidos faz-se referência a Coelho (2007), segundo a qual, é importante que a criança surda tenha precocemente acesso a uma língua gestual estruturada, que lhe possibilite fazer um processo de aquisição análogo ao das crianças ouvintes. Ela apropriar-se-á, deste modo, dessa língua, tornando-se um falante nativo da mesma e será essa a sua língua materna (Coelho, 2007). A reforçar, Sim-Sim (2005) postula que o uso da LGP, como primeira língua, e o uso do Português, como segunda língua, é fulcral na educação do aluno surdo de modo a que se tenha sempre presente o desenvolvimento de competências que lhe permitam funcionar adequadamente nas duas línguas e nas duas comunidades. Daí que o papel do Terapeuta da

Fala é deveras importante, nas diferentes áreas (comunicação verbal e não verbal, articulação, em termos semânticos, morfossintáticos, leitura labial), conforme a opinião dos inquiridos.

Nas crianças com surdez moderada e severa, quando a LP é a LM, a Terapeuta da Fala é de importância fundamental, pelo facto de, na surdez moderada haver problema na transmissão e percepção do som, e porque a surdez severa ou profunda impossibilita a comunicação sonora com o mundo exterior (Ricou, 2006).

A primeira hipótese não se confirmou, uma vez que, na surdez ligeira, é geralmente necessária a correção da perturbação articulatória existente, caracterizada pela distorção de certos fonemas. A linguagem também se encontra alterada, nomeadamente a fonologia e a morfossintaxe. Nas crianças surdas profundas o lugar da terapia da fala é muito importante, o que vem também contrariar a hipótese supramencionada, pois a terapia é fulcral no que concerne à comunicação do surdo, à linguagem: morfossintaxe, fonologia e semântica. No caso de ser surdo profundo implantado, é essencial que o trabalho abranja todas as categorias da linguagem e a metalinguagem, geralmente muito alteradas.

A terceira hipótese confirma-se visto que o papel dos terapeutas é sempre necessário, nuns casos mais do que outros, mas sempre fundamental para a reabilitação da criança surda como se pôde observar pela recolha dos resultados.

Acresce dizer que, em conformidade com o Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, é importante sensibilizar-se toda comunidade educativa acerca das potencialidades dos alunos surdos e fomentar a colaboração ativa dos pais/encarregados de educação na coadjuvação do processo de ensino e aprendizagem, tendo em conta que estes são considerados como fundamentais no processo de inclusão escolar destes alunos. Tal como para a aprendizagem de uma língua estrangeira, é importante que se faculte ao aluno surdo mais do que uma lista de vocabulário, o mesmo significa que é fulcral ensinar-lhes as regras gramaticais da língua oral. Apenas um domínio da estrutura gramatical possibilitará ao aluno surdo a compreensão do texto escrito, por inerência, a extração do significado, indispensável na leitura. Muito do insucesso, conforme refere Sim-Sim (1998, 2005), assenta precisamente na incapacidade de os alunos conseguirem extrair informação dos textos informativos, essenciais ao estudo de todos os conteúdos escolares. Esta autora defende que o ensino da estrutura da língua oral é um passaporte para o acesso à informação escrita.

Mas importa salientar que, na surdez profunda congénita, e porventura na surdez severa, a LGP é o caminho indispensável para o desenvolvimento cognitivo e para o acesso à LP escrita, em alguns casos para a LP oral. A LM é sempre a base de acesso ao conhecimento, inclusive de outras línguas.

Conclusão

O presente trabalho de investigação, centrado no papel do Terapeuta da Fala nos diferentes graus de surdez, contribuiu para o crescimento de conhecimentos a diferentes níveis, tais como: profissionais, académicos e investigativos, sem menosprezar a dimensão pessoal e social nele contida.

Profissionalmente permitiu o aprofundar de conhecimentos nas áreas dos tipos de surdez, terapia da fala e intervenção do Terapeuta da Fala no processo académico do aluno com surdez. Possibilitou reequacionar modos de ação pedagógica.

Em termos académicos possibilitou consolidar conhecimentos teórico-práticos sustentados cientificamente que permitam agir com maior segurança na intervenção em alunos surdos.

Na dimensão investigativa, o presente trabalho pretendeu encontrar respostas para a questão traçada inicialmente e que agora se recorda, reflete e diseca: *Qual o papel dos terapeutas da fala nos diferentes graus de surdez (ligeira, moderada, severa, profunda)?*

Para se responder a essa questão, aos objetivos que lhe subjazem e respetivas hipóteses de investigação, seguiu-se um estudo quantitativo, cujos dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário, numa amostra de 12 Terapeutas da Fala, de Agrupamentos e Escolas Secundárias de Referência para o Ensino Bilingue de Alunos Surdos do país. Deste modo, com base no estudo empírico, não se confirmou a primeira, dado que, na surdez ligeira, por norma, é imprescindível a correção da perturbação articulatória existente, caracterizada pela distorção de certos fonemas. Estes alunos têm a linguagem alterada, designadamente a fonologia e a morfossintaxe. No caso dos alunos surdos profundos, a terapia da fala é indispensável, constatação que contraria a hipótese supramencionada. A terapia da fala é fulcral no que respeita à comunicação do surdo, à linguagem: morfossintaxe, fonologia e semântica. Salvaguarda-se que, no caso de alunos surdos profundos implantados, é fundamental que o trabalho abarque todas as categorias da linguagem e a metalinguagem, por norma muito alteradas. Quanto à terceira hipótese, a mesma foi confirmada, tendo subjacente a importância do papel do Terapeuta da Fala. Ainda que a sua intervenção seja mais relevantes nuns casos do que noutros, todavia, é sempre fundamental para a reabilitação destes alunos.

Conclui-se que o papel do Terapeuta da Fala assume uma maior relevância na surdez moderada, severa e profunda. No entanto, o mesmo, no que se refere à surdez ligeira, deve intervir na articulação dos sons da fala e na linguagem (morfologia, sintaxe, semântica e fonologia), bem como na discriminação auditiva, assumindo-se esta intervenção como fulcral para o futuro sucesso escolar destes alunos.

Outra conclusão a que se chegou tem a ver com o facto de a LGP ser essencial na intervenção no aluno surdo, uma vez que é a sua língua materna, sendo um vetor de desenvolvimento cognitivo e social. Deste modo, facilita a aquisição de competências em todas as áreas da linguagem quer oral, quer escrita. Constatou-se que a combinação das três componentes, visual, auditiva e quinestésica, assume-se como um instrumento indispensável no processo de acompanhamento do aluno surdo. Isto porque as modalidades de aprendizagem referem-se à preferência sensorial que cada pessoa possui, quando regista ou retém a informação. Como tal, há três modalidades de aprendizagem: a visual, a auditiva e quinestésica. Este é um dos motivos pelo qual os alunos processam a informação de modo diverso, como é o caso dos alunos surdos. Assim, a mesma atividade ou tarefa nem sempre resulta de igual forma para todos os alunos porque cada um tem o seu sentido dominante, determinando o modo como processa a informação.

De acordo com o Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de dezembro, que estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, dentro da qual se inclui o Terapeuta da Fala, este é o profissional responsável pelo

“desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não verbal”.

Deste modo, sugere-se uma maior ‘carga’ nos *curricula* dos Terapeutas da Fala no que se refere à problemática da surdez, tanto ao nível da avaliação, como ao nível da intervenção e ensino de LGP. Assim como a avaliação, também a intervenção do Terapeuta da Fala deve ser holística, tendo, *grosso modo*, como objetivo otimizar o processo de aprendizagem dos alunos surdos e minimizar as suas alterações nas funções ou estruturas do corpo, as limitações da atividade, as restrições da participação, bem como as barreiras criadas pelos fatores contextuais, como sustenta a Organização Mundial de Saúde (2004).

Face à problemática estudada, sugere-se igualmente que se proporcione formação para toda a comunidade educativa, sobretudo professores de Educação Especial e do ensino regular e pais, no âmbito da língua gestual.

Depois de se analisar criticamente os resultados e tendo em conta todo o percurso desta investigação, salienta-se que houve algumas limitações. Começa-se por referir que uma das maiores limitações, no início da elaboração do trabalho, era a parca experiência face à metodologia, particularmente no que respeita ao tratamento de dados estatísticos. Mas, no seu *terminus*, esta dificuldade transformou-se em experiência e ganhos de conhecimento, conseqüentemente. Salienta-se, ainda, o fator tempo, ou seja, nem sempre foi possível conciliar a vida pessoal e profissional, com todas as suas peculiaridades e exigências próprias, com a elaboração desta investigação.

Um outro fator importante prende-se com o número de Terapeutas da Fala inquiridos que não correspondeu às expectativas (n=12), não sendo, por isso, uma amostra necessariamente representativa a nível nacional, o que impossibilita quaisquer generalizações dos resultados. Como se sabe, isto trouxe algumas limitações ao presente estudo, mas, por outro lado, o mesmo foi realizado em condições reais de atuação dos Terapeutas da Fala em alunos com os vários tipos de surdez. Considera-se que é importante continuar a desenvolver outras investigações neste âmbito, com uma amostra mais dilatada.

Bibliografia

- Afonso, C. (2007). *Reflexões sobre a surdez. A educação de surdos. A problemática específica da surdez*. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.
- Ainscow, M. & Ferreira, W. (2003). Compreendendo a educação inclusiva. Algumas reflexões sobre experiências internacionais. In David Rodrigues (org). *Perspectivas sobre a inclusão. Da educação à sociedade*. (pp.111-141). Porto: Porto Editora.
- Almeida, D., Cabral, E., Filipe, I. & Morgado, M. (2009). Educação Bilingue de Alunos Surdos – Manual de Apoio à Prática. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Amaral, M. A. (2006). Prespectivas teóricas na aquisição da linguagem em crianças surdas. In A. C. Maria Bispo, *O Gesto e a Palavra I: Antologia de Textos Sobre a Surdez* (pp. 109-150). Lisboa: Caminho.
- American Speech-Language-Hearing Association (2000). Guidelines for the roles and responsibilities of school-based speech-language pathologist. Desk Reference Comité Permenent de Liaison des Orthophonistes (1997). Professional Profile of the Speech and Language Therapist. Acedido em março de 2013 em: www.cplol.org/eng/en/profil_professionnel.html
- American Speech-Language-Hearing Association (2007). *Scope of Praticice in Speech-Language pathologist*. Acedido a 13 de julho, de 2013, em: www.asha.org/policy .
- Bairrão, J., Pereira, F., Felgueiras, I., Fontes, P. & Vilhena, C. (1998). *Os Alunos com Necessidades Educativas Especiais: Subsídios para o Sistema de Educação*. Lisboa: CNE.
- Baptista, J. A. (2008). *Os surdos na escola. A exclusão pela inclusão*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.
- Baptista, J. A. (2011). *Introdução às Ciências da Educação: temas e problemas da educação inclusiva*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Baptista, J. A. (Coord.), A. Santiago, D. Almeida, P. Antunes, R. Gaspar (2011): *Programa de Português Língua Segunda para Alunos Surdos. Ensinos Básico e Secundário*. Lisboa: Ministério da Educação/Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. http://me2.addition.pt/index.php?destaque=382_.

-
- Bautista, R (1997). Uma escola para todos: integração escolar. In Bautista R. *Necessidades educativas Especiais*. (pp 21-35). Lisboa: Dinalivro
 - Bell, J. (2003). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.
 - Bispo, M., Couto, A., Clara, M., & Clara, L. (Coord.). *O gesto e a palavra I - Antologia de textos sobre a surdez* (pp. 109-150). Lisboa: Caminho.
 - Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
 - Booth, T. & Ainscow, M. (2000). *Índex for Inclusion: Developing Learning and Participation in Schools*. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education.
 - Carmo, H., Martins, M., Morgado, M. & Estanqueiro, P. (2008). *Programa Curricular de Língua Gestual Portuguesa*. Ministério da Educação: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
 - Carvalho, J. G. H. de (1998). *Teoria da Linguagem. Volume I*. Coimbra: Coimbra Editora.
 - Carvalho, P. (2007). *Breve história da educação dos surdos: no mundo e em Portugal*. Lisboa: Mariana Martini.
 - Castilho, A. F. & Tirado, J. L. A. (2004). *Necessidades Educativas Especiais: Manual de evaluación psicológica*. Madrid: McGraw Hill.
 - Ricou, M. (2006). *Psicologia e Surdez*. In *O Gesto e a Palavra I* (pp.275 – 312). Lisboa: Editorial Caminho.
 - Chomsky, N. (1997). *Reflexões sobre a linguagem*. Lisboa: Edições 70.
 - Chomsky, N. (2006). *Sobre Natureza e Linguagem*. (Tradução Marylene Pinto Michael; revisão da tradução Evandro Ferreira e Silva). São Paulo: Martins Fontes.
 - Clark, C., Dyson, A., Skidmore D. & Millward, A. (1997). *New Direction in Special Needs. Innovations in Mainstream Schools*. London: Cassel.
 - Coelho, O. (2007). *Construindo carreiras: (re)desenhar o percurso educativo dos surdos a partir de Modelos Bilingues*. Porto: Tese de doutoramento, F.P.C.E.U.P.
 - Coelho, O. (2010). Da lógica da justificação à lógica da descoberta. Ser surdo num mundo ouvinte: Um testemunho autobiográfico. *Cadernos de Educação* (BR), 36: 197-221.
 - Correia, L. & Cabral, M. (1999), Da exclusão à segregação. In *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. (pp.13-15). Porto: Porto Editora.

- Correia, L. (1997). Colaboração. *Um pressuposto para o êxito da inclusão*. O Docente, edição especial, 9-11.
- 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.
- Costa, A. (1997). *Caminhos para as escolas inclusivas*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Costa, A. (2006). A Educação Inclusiva dez anos após a Declaração de Salamanca: Reflexões sobre o caminho percorrido. In D. Rodrigues (ed). *Educação Inclusiva – Estamos a fazer progressos?* (pp.12-29) *Fórum de estudos de educação inclusiva*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Crespo, A., Correia, C., Cavaca, F., Croca, F., Brela, G., & Micaelo, M. (2008). *Educação Especial - Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Socio-Educativo.
- Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) (2008). *Educação Especial: Manual de apoio à Prática*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Estabrooks, W. (1996). The Auditory-Verbal Approach. In S. Schwartz (Ed.), *Choices in Deafness*: Woodbine House.
- Estanqueiro, P. (2006). O meio menos restritivo na educação de Surdos In Bispo, M. & Clara, M. & Couto, A. (Coord.). *O gesto e a palavra I* (pp. 191 220). Lisboa: Caminho.
- Fernandes, H. (1999). *Educação especial – Integração das crianças e Adaptação das Estruturas de Educação*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.
- Ferreira, A. V. (2006). Subsídio para o estudo da história da educação de surdos em Portugal. In Bispo, M., Couto, A., Clara, M., & Clara, L. (Coord.). *O gesto e a palavra I - Antologia de textos sobre a surdez* (pp. 57-81). Lisboa: Caminho.
- Fonseca, V. (1995). *Necessidades educativas especiais programa de estimulação precoce*. Lisboa: Noticias Editorial.

- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gaspar, M. (1995). A Educação Especial nos Países da União Europeia. *Revista Educação*. 10, 70-78.
- Goldfeld, M. (2002). *A Criança Surda – linguagem e cognição numa perspectiva sociointeracionista*. São Paulo: Brasil, Plexus Editora.
- Gomes, M.C. (2009). O Ensino do Português num Contexto de Educação Bilingue. *Revista Diversidades*, 25: 10-14.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Jakubovicz, R. (2002). *Avaliação, Diagnóstico e Tratamento em Fonoaudiologia: Disfonia, Disartria e Dislália*. Rio de Janeiro, Revinter.
- Castilho, A. F. & Tirado, J. L. A. (2004). *Necessidades Educativas Especiais: Manual de evaluación psicológica*. Madrid: McGraw Hill.
- Jiménez, R. (1997). Educação Especial e Reforma Educativa. In R. Bautista (Coord.), *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 9-19). Lisboa: Dinalivro.
- Lima, M. C. M. P.; Boechat, H. A. & Tega, L. M. (2003). *Habilitação fonoaudiológica da surdez: uma experiência no Cepre/FCM/Unicamp*. São Paulo: Plexus Editora.
- Louro, C. (2001). *Acção Social na Deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Madureira, I. & Leite, T. (2003). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Moltó, M. (2005). *Diversidad y educación inclusiva*. Madrid: Prentice Hall.
- Monfort, M. & Juárez, A. (2001). *Algo que decir*. Madrid: Entha Ediciones.
- Niza, S. (2004). *Escola Inclusiva Evolução e Perspetivas. 1º Seminário sobre cidadania e direito à inclusão*. Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologias, 21 de Maio.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde*. Centro colaborador da OMS. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Pacheco, J. (2007). *Caminhos para a inclusão. Um guia para o aprimoramento da equipe escolar*. São Paulo: Artmed Editora S.A..

- Paço, J. et al. (2010). *Introdução à Surdez*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Ricou, M. (2006). Psicologia e Surdez. In Bispo, M., Couto, A., Clara, M.C., & Clara, L. (Coord.). *O gesto e a palavra I - Antologia de textos sobre a surdez* (pp. 275-312). Lisboa: Caminho.
- Paixão, R. (2002). *Manual de Psicopatologia Infantil e Juvenil*. Coimbra: Edição do Autor.
- Pereira, F. (1996). *As Representações dos Professores de Educação Especial e as Necessidades das Famílias*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Polit, D. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre (RS): Artmed.
- Quivy, R & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações Lda.
- Rodrigues, D. (2001). A educação e a diferença. In D. Rodrigues (Org), *Educação e diferença-valores e práticas para uma educação inclusiva* (pp.13-34). Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, D. (2003). Educação inclusiva - as boas e as más notícias. In D. Rodrigues (Org), *Perspectivas sobre a inclusão-da educação à sociedade* (pp. 89-101). Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, D. (2006). Notas sobre Investigação em Educação Inclusiva. In D. Rodrigues (Ed.), *Investigação em Educação Inclusiva*, (pp.11-16). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Rodriguez, M. & Irujo, H. (2002). *Implantes Cocleares*. Madrid: Masson.
- Sanches, I. (2006). *Da Integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos*. Revista Lusófona de Educação, 8, 63-83.
- Santos, J. (2008). *Necessidades Educativas Especiais: da Identificação à Intervenção*. <http://inclusaoaquilino.blogspot.com/search/label/Avaliaçãoeintervenção> . Consultado em 25 de novembro de 2013.
- Serrão, D. (1998). *A comunicação gestual e a evolução do Homem. Controvérsias na Reabilitação da Criança Surda*. Porto: Edição da Fundação Eng.º António de Almeida.
- Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

-
- Sim-Sim, I. (2005). O ensino do Português escrito aos alunos surdos na escolaridade básica, in Inês Sim-Sim (Org.). *A criança surda. Contributos para a sua educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 15-28.
 - Skliar, C. B. (Org.). (1998). *A Surdez: Um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre: Mediação.
 - Souza, R. & Silvestre, N. (2007). *Educação de Surdos*. São Paulo: Summus Editorial.
 - Stokoe, W. (2006). Língua gestual como primeira língua da humanidade. In: Bispo, M., Couto, A., Clara, M., & Clara, L. (Coord.) *O gesto e a palavra I - Antologia de textos sobre a surdez* (pp. 339-348). Editorial Caminho. Lisboa.
 - Tuckman, B.W. (2002). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
 - UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais*. Salamanca: UNESCO
 - UNESCO (2003). *Open File on Inclusive Education*. Paris: Editorial da UNESCO.
 - UNESCO (2005). *Orientações para a inclusão - Garantindo o Acesso à Educação para Todos*. Editado em França, UNESCO.
 - Vaz-Freixo, M. João (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
 - Vieira, R. (1999). *Histórias de vida e identidade. Professores e interculturalidade*. Porto: Ed. Afrontamento.
 - Whitmire, K. (2002). The evolution of school-based speech-language services: a half century of change and a new century of practice. *Communication Disorders Quarterly*. 23(2): 68-76

Legislação consultada:

- Decreto-Lei n.º 564/99. Diário da Republica, I Série-A, n.º 295, n.º 295.
- Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de agosto. Diário da Republica, 1 Série-A, n.º 193.
- Decreto-lei n.º 20/2006, de 31 de janeiro- Diário da Republica, 1 Série A, n.º 22.
- Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro. Diário da Republica, I Série, n.º 4.
- Despacho Normativo n.º 7520/98. Diário da República- II Série – n.º104.
- Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (LBSE). Diário da Republica I Série, n.º 237.

Anexos

Questionário

Instruções: Este questionário foi concebido para recolher dados sobre o papel dos terapeutas da fala nos diferentes graus de surdez (ligeira, moderada, severa, profunda). Os dados serão analisados estatisticamente e utilizados no âmbito de um projeto de Mestrado em Educação Especial e Terapia da Fala.

Existem três tipos de resposta possíveis: quando se encontra um quadrado à frente da hipótese de resposta deve colocar-se um X no interior do quadrado cuja resposta seja a que se pretende dar (ver pergunta 1), caso haja mais do que uma resposta, devem ser assinaladas todas as hipóteses de resposta que se considerem válidas (ver pergunta 7). Em casos especificados durante o questionário, o que se pretende é uma resposta numérica, na qual o número deve ser inserido no quadrado à frente da hipótese de resposta (ver pergunta 12). Um terceiro tipo diz respeito às perguntas de resposta aberta, as quais possuem uma linha que prolonga o texto da pergunta e onde deve ser escrita a resposta (ver pergunta 2).

Parte I – Formação académica

1. Qual o grau académico mais elevado que concluiu?

Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento

2. Em que instituição(ões) completou a sua formação académica?

3. Em que ano concluiu a sua formação académica?

4. No seu plano curricular frequentou disciplinas na área da Língua Gestual Portuguesa (LGP)?

Sim Não

Caso tenha respondido afirmativamente à pergunta anterior, responda à pergunta 5.

Caso tenha respondido negativamente à pergunta anterior, passe para a pergunta 6.

5. Considera que a aprendizagem de LGP torna mais eficaz a sua intervenção junto das crianças com deficiência auditiva?

Sim Não

6. Considera que se a LGP fosse uma área da sua formação académica a sua intervenção junto das crianças com deficiência auditiva seria mais eficaz?

Sim Não

7. Que tipo de formação já realizou sobre LGP?

Cursos de LGP Seminários Congressos Nenhuma

Parte II – Caracterização da atividade profissional e intervenção

8. Em que distrito(s) exerce a sua atividade?

Viseu Coimbra Porto Aveiro

9. Qual o número total de meses em que já exerceu funções com crianças com deficiência auditiva?

10. Quantas crianças com deficiência auditiva acompanha atualmente?

11. Atualmente, qual o número de horas de trabalho semanal com crianças com deficiência auditiva? _____

12. Das crianças que acompanha quantas têm os seguintes diagnósticos clínicos (colocar número no interior do quadrado)?

Hipoacusia ligeira

Hipoacusia moderada

Hipoacusia severa

Hipoacusia profunda

13. Caso trabalhe com crianças com hipoacusia ligeira, qual/quais a(s) área(s) de intervenção que trabalha mais frequentemente com as crianças com deficiência auditiva?

Articulação Verbal Oral	<input type="checkbox"/>	Motricidade Oro facial	<input type="checkbox"/>
Comunicação Não-Verbal	<input type="checkbox"/>	Linguagem (Fonologia)	<input type="checkbox"/>
Linguagem (Semântica)	<input type="checkbox"/>	Linguagem (Morfossintaxe)	<input type="checkbox"/>
Leitura labial	<input type="checkbox"/>		

14. Caso trabalhe com crianças com hipoacusia moderada, qual/quais a(s) área(s) de intervenção que trabalha mais frequentemente com as crianças com deficiência auditiva?

Articulação Verbal Oral	<input type="checkbox"/>	Motricidade Oro facial	<input type="checkbox"/>
Comunicação Não-Verbal	<input type="checkbox"/>	Linguagem (Fonologia)	<input type="checkbox"/>
Linguagem (Semântica)	<input type="checkbox"/>	Linguagem (Morfossintaxe)	<input type="checkbox"/>
Leitura labial	<input type="checkbox"/>		

15. Caso trabalhe com crianças com hipoacusia severa, qual/quais a(s) área(s) de intervenção que trabalha mais frequentemente com as crianças com deficiência auditiva?

Articulação Verbal Oral	<input type="checkbox"/>	Motricidade Oro facial	<input type="checkbox"/>
Comunicação Não-Verbal	<input type="checkbox"/>	Linguagem (Fonologia)	<input type="checkbox"/>
Linguagem (Semântica)	<input type="checkbox"/>	Linguagem (Morfossintaxe)	<input type="checkbox"/>
Leitura labial	<input type="checkbox"/>		

16. Caso trabalhe com crianças com hipoacusia profunda, qual/quais a(s) área(s) de intervenção que trabalha mais frequentemente com as crianças com deficiência auditiva?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Articulação Verbal Oral

Motricidade Oro facial

Comunicação Não-Verbal

Linguagem (Fonologia)

Linguagem (Semântica)

Linguagem (Morfossintaxe)

Leitura labial

17. Na tabela seguinte assinale o seu grau de concordância/discordância face às afirmações colocadas, pontuando-os numa escala de 1 a 5 (considerando 1 como sendo o discordo completamente e 5 o concordo completamente).

	1 Discordo completamente	2 Discordo	3 Nem concordo nem discordo	4 Concordo	5 Concordo completamente
1. Nas crianças com surdez ligeira, em que a Língua Materna é a Língua Portuguesa, a Terapia da Fala não é necessária					
2. Nas crianças surdas profundas congénitas, em que a Língua Gestual Portuguesa é a língua natural e a Língua Materna, não existe espaço para a Terapia da Fala (por razões linguísticas e culturais)					
3. Nas crianças com surdez moderada e severa, quando a Língua Portuguesa é a Língua Materna, a Terapia da Fala é de importância fundamental.					

18. Das crianças que acompanha quantas frequentam os seguintes níveis de ensino (colocar número no interior do quadrado)

Ensino pré-escolar

1.º ciclo do ensino básico (EB)

2.º ciclo do EB

3.º ciclo do EB

Ensino Secundário

19. A equipa em que se insere é composta por:

Docente(s) de Educação Especial

Terapeuta Ocupacional

Fisioterapeuta

Psicólogo

Outro Terapeuta da Fala

Assistente Social

20. Algumas das sessões que realiza com crianças com deficiência auditiva são em grupo?

Sim

Não

17. Das crianças com deficiência auditiva que acompanha quantos utilizam Meios de Comunicação Aumentativa e Alternativa (MCAA)?

18. Qual/Quais os MCAA mais utilizados:

Gestos de uso comum

Objetos reais e fotografias

SPC/PECS/Sistema Bliss

Ortografia tradicional

Makaton

LGP

19. A decisão de utilizar MCAA foi:

Somente sua

Em conjunto com os familiares

Em conjunto com os professores e outros técnicos

Em conjunto com professores, outros técnicos e familiares

20. Em que contextos os utentes utilizam os MCAA:

Na escola

Na terapia

Em situações do quotidiano

Em casa

Muito obrigada pela disponibilidade!