



Licenciatura em Terapia da Fala

Investigação Aplicada à Terapia da Fala II

4.ºAno - II Semestre

**Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação
com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação
de um Centro no Distrito de Lisboa**

Projecto Final de Licenciatura

Elaborado por Joana Pires Fernandes, Aluna n.º 200691222

Docente Orientadora: Professora Maria Manuel Vidal

Barcarena

Setembro de 2010

Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa

DECLARAÇÃO

Nome: Joana Pires Fernandes

Endereço electrónico: joana_foios@hotmail.com Telemóvel: 96 944 11 21

Número do Bilhete de Identidade: 13378779

Título do Trabalho: *“Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no distrito de Lisboa”*.

Orientadora: Professora Assistente, Licenciada, Maria Manuel Vidal

Declaro que concedo à Universidade Atlântica uma licença não-exclusiva para arquivar e tornar acessível o presente trabalho no todo ou em parte.

Retenho todos os direitos de autor relativos ao presente trabalho, e o direito de o usar futuramente.

Assinatura,

Universidade Atlântica, Barcarena 08-09-2010.

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.”

Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa

IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS E FACILITADORES À COMUNICAÇÃO COM CRIANÇAS COM SURDEZ PELOS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO DE UM CENTRO NO DISTRITO DE LISBOA

“Barriers and Facilitators Identification in the Communication with Children with
Deafness by Guardian of a District Center in Lisbon”

Joana Pires Fernandes, aluna n.º 200691222

Orientadora: Professora Assistente, Licenciada, Maria Manuel Vidal

Universidade Atlântica (2009/2010)

RESUMO

Objectivos: Identificar e descrever quais as barreiras e os facilitadores existentes na comunicação com a criança com surdez, por parte dos principais intervenientes no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem, especificamente os Encarregados de Educação; Percepcionar qual a importância da Terapia da Fala quanto à sua influência na comunicação entre o Encarregado de Educação e a criança com surdez. **Método:** Estudo exploratório descritivo de nível I, transversal por inquérito. Amostra composta por 14 Encarregados de Educação de crianças com surdez. Foi elaborado um questionário que visa percepcionar a importância da Terapia da Fala através da identificação e descrição das barreiras e dos facilitadores considerados pelos Encarregados de Educação na comunicação com os seus educandos com surdez. Posteriormente à recolha de dados, procedeu-se ao tratamento e à análise estatística dos mesmos através da construção de uma base de dados em *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** Os Encarregados de Educação identificaram como facilitadores à comunicação todas as áreas que, segundo a revisão bibliográfica, podem estar comprometidas nestas crianças e que são do âmbito de actuação da Terapia da Fala, sendo que apenas os aspectos segmentais e supra-segmentais não foram considerados facilitadores. Nas respostas acerca da importância da Terapia da Fala quanto à sua influência na comunicação entre o Encarregado de Educação e a criança com surdez verificou-se que os primeiros reconhecem a importância do trabalho do

Terapeuta da Fala ao nível da resolução de problemas, da socialização com os outros, da integração social, da adaptação ao recurso auditivo, da comunicação com o próprio e da comunicação com os outros. **Discussão / Conclusão:** Com os dados obtidos pode concluir-se que quer através de uma intervenção direccionada para o que é mais funcional quer através da passagem de informação/formação aos Encarregados de Educação sobre as áreas que foram percebidas por estes como de menor pertinência para a comunicação (aspectos segmentais e supra-segmentais seguidos da fonologia) a Terapia da Fala tem um papel fulcral na intervenção com estas crianças. **Palavras-chave:** CIF, Comunicação, Encarregado de Educação, Surdez, Terapia da Fala.

ABSTRACT

Objectives: To identify and describe the barriers and facilitators that exist in communication with the child with hearing loss, by the major actors in the process of development and learning, specifically their Guardian; Understand the importance of Speech and Language Therapy taking into account his influence in the communication between the officers of education and the child with hearing loss. **Method:** A descriptive exploratory study from Level I, transverse by inquiry. Sample consists of 14 officers of education of children with hearing loss. A questionnaire was developed that aims to perceive the importance of Speech and Language Therapy through the identification and description of barriers and facilitators perceived by Guardian in communicating with their students with hearing loss. After data collection, was conducted over the processing and statistical analysis of data by building a database in Statistical Package for Social Sciences (SPSS). **Results:** The Guardian identified as facilitators of communication all areas that according with the review, may be compromised in these children and are of the scope of the Speech and Language Therapy, being only considered as non-facilitators, segmental and supra-segmental aspects. In their responses about the importance of the Speech and Language Therapy as to its influence on communication between the officer of education and the child with hearing loss, was found that all claims are considered by participants, relevant in the context of intervention of Speech and Language Therapy, in particular at the level of

problem solving, socializing with others, social integration, adapting the appeal hearing, communication with self and communication with others. **Discussion / Conclusion:** With these data we can conclude that either through an intervention focused on what is most functional either by passing information / training to the Guardian about the areas that were perceived by them as of minor relevance for communication (segmental and suprasegmental followed phonology aspects) Speech and Language Therapy has a central role in the intervention with these children. **Keywords:** Communication, Hearing Loss, ICF, Officers of education, Speech and Language Therapist.

Introdução

O ser humano é um comunicador nato. Segundo Sim-Sim (1998) é esta condição que faz dos Homens seres sociais. No dia-a-dia o ser é bombardeado por estímulos que constantemente chegam aos primeiros receptores da informação que nos rodeia, os chamados órgãos dos sentidos. A nossa capacidade comunicativa depende da funcionalidade dos mesmos, mais precisamente da visão e da audição, para além da capacidade de fonação. Os nossos olhos permitem a entrada de estímulos não verbais e os nossos ouvidos desempenham uma função não menos importante que a nossa boca (McLaughlin, 1998). Desta forma, a audição é a primeira etapa de um processo cognitivo, sendo o meio pelo qual a criança pode entrar em contacto com o mundo sonoro e com as estruturas da língua, possibilitando o desenvolvimento de um código estruturado, característico da espécie humana, e tendo como produto final o conhecimento humano (Sim-Sim, 1998; Santos *et al*, 2003). Para além deste aspecto, a audição desempenha um papel de extrema relevância nos processos de aprendizagem e nas relações interpessoais por parte da criança, influenciando directamente um desenvolvimento linguístico, educacional, cultural, social e emocional adequado (Santos *et al*, 2003; Goldfeld, 2003).

A linguagem, como parte integrante deste desenvolvimento, está estritamente ligada à audição (Chevrie-Muller e Narbona 2005), uma vez que a aquisição e o desenvolvimento da mesma dependem da interacção de factores biológicos, cognitivos,

psicossociais e ambientais (ASHA, 1982). Especificamente, no caso das crianças com surdez, em que pelo menos o factor biológico se encontra comprometido ao nível auditivo, o processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem poderá estar afectado (Pontes, 2005). A linguagem é um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionais, usado para comunicar e para pensar. Este sistema circunscreve-se em pelo menos cinco parâmetros, nomeadamente o fonológico, o morfológico, o sintáctico, o semântico e o pragmático (ASHA, 1982). Assim, as dificuldades da criança com perda auditiva não se limitam apenas ao nível da audição (Bevilacqua e Formigoni, 2000) uma vez que a capacidade da criança comunicar pode encontrar-se comprometida e este facto levar inevitavelmente ao impedimento do progresso da criança em outras áreas do desenvolvimento (New York State Department of Health, 2007), que pressupõem necessidades e competências específicas (Bevilacqua e Formigoni, 2000). Alguns autores como Bachmann (1998), Buttross (1998), Calderon (1997) e Carney, (1998) defendem que as crianças que não adquirem nem desenvolvem linguagem tendem a ficar atrasadas, comparativamente aos seus pares ouvintes, no que diz respeito a alguns domínios do desenvolvimento como o cognitivo e o sócio-emocional. Torna-se então pertinente encarar estes domínios do desenvolvimento numa visão mais abrangente, nomeadamente à luz da surdez (New York State Department of Health, 2007).

A surdez ou hipoacúsia pode ser caracterizada através de duas abordagens distintas que acabam por se complementar, possibilitando uma visão biopsicossocial do indivíduo. Numa perspectiva médica/audiológica a surdez é definida por Martin (2005), bem como por Spínola e Spínola (2009) como a incapacidade total ou parcial para ouvir sons, provocada por uma lesão em qualquer parte do sistema auditivo. Este facto inclui problemas no canal auditivo, na membrana timpânica e nos pequenos ossos do ouvido médio ou do ouvido interno, ou seja é encarado numa abordagem neurobiológica (New York State Department of Health, 2007). No entanto, é importante entendê-la sem restringir a sua visão à incapacidade/deficiência e, desta forma, é então conveniente enveredar por uma abordagem sociocultural, onde a criança surda pode ser entendida como uma entidade pertencente a um grupo linguístico minoritário, detentor de especificidades linguísticas e culturais (Spínola e Spínola, 2009).

De forma a possibilitar o ingresso célere destas crianças, ao meio cultural e linguístico específico que lhes é favorável, é necessário que exista um exame que permita detectar a sua surdez de forma precoce. A detecção da perda auditiva uni ou bilateral, pode ser feita com o auxílio de exames como o audiograma de potenciais evocados, o audiograma tonal, a avaliação auditiva comportamental e as emissões acústicas. A surdez, de acordo com Nascimento (2002) e Cleary (2008), pode ser classificada consoante diversos factores, nomeadamente a etiologia, a localização da lesão, a severidade (grau) e a idade em que surgiu. No que se refere à etiologia da lesão Nascimento (2002) refere que esta pode ser de natureza congénita ou adquirida. Quanto às possíveis causas, Mogford (2002) enumera algumas das mais comuns: (i) Infecções (rubéola pré-natal que dará origem a uma perda bilateral; sarampo e meningite após o nascimento); (ii) Traumatismos (lesão traumática mecânica; hipóxia perinatal); (iii) Mal formação no desenvolvimento (origem hereditária); (iv) Prematuridade (fetos com baixo peso com incidência elevada de deficiência neurológica); (v) Causas metabólicas (afecções hereditárias associadas à ocorrência de atraso mental); (vi) Causas tóxicas (medicamentos; icterícia nuclear; elevados níveis de bilirrubina no sangue do feto) e; (vii) Causas genéticas (ocorrem em 50% dos casos de perda congénita).

De acordo com as directrizes do Bureau International d'Audiophonologie (BIAP) (1997), na maioria dos casos, as perdas auditivas ocorrem devido a perdas da percepção sonora e, particularmente, da não percepção da fala. A surdez pode ser, assim, classificada em termos de grau (severidade da perda) como (i) “normal”, quando o tom de perda médio é inferior a 20 dB, verificando-se uma leve perturbação sem consequências sociais; (ii) “ligeira”, para perdas situadas entre os 21-40 dB, neste caso o discurso é percebido quando a voz é normal, sendo que as dificuldades surgem quando a voz é de baixa intensidade ou quando está fora de contexto; (iii) “moderada”, com valores entre os 41-71 dB, em que o discurso só é percebido quando a voz tem uma intensidade elevada, ficando mais perceptível se o individuo estiver a ver o interlocutor; (iv) “severa”, entre 71-90 dB, quando o discurso só é percebido se a intensidade de voz for alta e se o interlocutor falar perto do ouvido; (v) “profunda”, se os valores se situarem entre os 91-119 dB, sendo que neste caso o discurso não é percebido e só os

ruídos muito altos são perceptíveis e; (vi) “total/cofoso”, para perdas superiores a 120 dB, nas quais nenhum tipo de som/ruído é percebido pela criança.

No que diz respeito à localização da lesão a surdez pode ser classificada como hipoacúsia de condução ou transmissão, quando a lesão se encontra no ouvido externo ou no médio, criando uma diminuição da eficiência na condução do som para o ouvido interno; hipoacúsia neurossensorial ou de percepção, quando no ouvido interno a cóclea e/ou nervo auditivo estão afectados; e hipoacúsia mista, quando se verificam lesões em ambos os mecanismos, no ouvido médio e interno. (Nascimento, 2002; Bernstein e Tiegerman-Farber, 1993; New York State Department of Health, 2007)

No que concerne à idade em que a surdez pode surgir, apesar de haver muitas divergências relativamente às etapas em que isto pode suceder, existe consenso por parte da maioria dos autores na distinção de duas fases principais, nomeadamente a pré-linguística e linguística (Jakubovicz, 2002). Monreal *et al* (1995) admitem que a fase pré-linguística vai desde o nascimento da criança aos três anos de idade, pois este é o estágio de maior desenvolvimento da linguagem, e a linguística dos três anos à etapa terminal de consolidação das suas aquisições linguísticas fundamentais. Esta variável é de extrema importância quando falamos da intervenção em crianças com surdez, uma vez que esta influencia directamente o prognóstico da criança. Desta forma, sendo a surdez pré-linguística a que ocorre com maior frequência, estes autores salientam a pertinência do desenvolvimento linguístico obtido até ao momento da sua ocorrência

A surdez pode, então, ser entendida como a capacidade diminuída para detectar, discriminar, identificar, compreender e memorizar informações auditivas. A detecção diz respeito à identificação do som, a discriminação à competência de detectar diferenças entre os padrões e os estímulos sonoros, a identificação à capacidade de identificar o local de origem do som e de identificar correctamente um evento sonoro previamente conhecido, a compreensão à aptidão de apreender o significado da informação auditiva e a memória ao processo que permite armazenar informações acústicas para poder recuperá-las quando houver necessidade (Frota, 2003). Ao conjunto destas etapas dá-se o nome de processamento auditivo e é através deste que se realiza a recepção da fala (Sim-Sim, 1998). A percepção dos sons da fala, de acordo

com esta autora, é o primeiro passo na compreensão da Língua Oral (LO). O termo processamento da fala é usado para referir todas as capacidades incluídas no *input* para receber a informação e no *output* para seleccionar e produzir as palavras e frases, assim como nas capacidades periféricas como as competências articulatória e auditiva (Stackhouse e Wells, 1997 cit. in Bishop e Leonard, 2000). Antes de aprenderem a ler e a soletrar, as crianças têm de desenvolver determinadas capacidades de processamento da fala para lidar com a sua LO (idem).

Borg et al (2002) referem que o desenvolvimento da LO se inicia desde cedo, e mesmo nos períodos pré-natal e neo-natal a criança reconhece vozes e distingue vários sons da fala. Durante o primeiro ano de vida, o comportamento pré-linguístico que se verifica é o balbucio. Quando a criança começa a descobrir que a voz evoca reacções, que é um instrumento comunicativo, o comportamento vocal da criança torna-se mais variado. O comportamento linguístico vai-se tornando gradualmente numa linguagem mais específica e são ouvidos um número crescente de sons e fonemas da língua materna. Existe uma variação individual substancial quanto ao momento em que a criança compreende que as mudanças semânticas podem ser assinaladas por diferenças fonéticas. Este princípio universal fonológico, fundamental para a comunicação, reflecte-se no comportamento vocal das crianças por volta dos dois anos de idade. À medida que a criança está a praticar a produção de sons e palavras, continua a adquirir mais palavras e frases, estando cada vez mais próxima do seu uso correcto. Geralmente, a compreensão está a um nível mais elevado do que a expressão, isto é, a criança compreende palavras/frases que provavelmente não conseguirá produzir. Neste sentido, o desenvolvimento da LO dá-se pela interacção, ou seja, pela reprodução e comunicação da criança com as pessoas que fazem parte do seu meio ambiente. Desde cedo a criança participa em situações de diálogo, o que vai permitir que gradualmente a sua linguagem tenha mais componentes e que a criança adquira competências comunicativas através de *input* (Borg e tal, 2002).

Da perda auditiva resultará, então, uma perturbação da comunicação, pois a capacidade de ouvir sons é crucial para o desenvolvimento da fala e da linguagem (New York State Department of Health, 2007). No entanto, isto não significa que a criança com surdez

não possa adquirir e desenvolver linguagem (Sim-Sim, 1998), até porque a capacidade de linguagem é inata ao ser humano, sendo uma capacidade indispensável para o desenvolvimento como pessoa e essencial à vida em comunidade (Duarte e Almeida, 2006; Sim-Sim, 2005). Mas para que a aquisição e desenvolvimento da linguagem, e se possível o desenvolvimento da fala, se dêem com sucesso é necessário que a opção comunicativa adoptada seja a mais adequada. Para isso deve ter-se em conta as especificidades de cada criança, bem como as opções dos pais, pois em qualquer abordagem escolhida os pais desempenham sempre um papel preponderante na promoção das competências comunicativas da criança. Desta forma, é importante reconhecer que muitas crianças com perda auditiva têm audição residual suficiente para desenvolver a LO como a sua principal forma de comunicação, como é o caso das crianças com perda auditiva leve ou moderada e, nestes casos, a abordagem de comunicação que se mostra mais eficaz é a oralista (New York State Department of Health, 2007). No entanto, as crianças com perdas auditivas de maior severidade, em que a audição residual não permite o desenvolvimento da LO naturalmente, têm necessidade de ser expostas a uma língua que assente num sistema simbólico visual, ou seja numa Língua Gestual (LG). Nesta base, e juntamente com um ambiente favorável, o seu desenvolvimento torna-se semelhante ao dos seus pares ouvintes (Borg et al, 2002; Sim-Sim, 1998). Este sistema simbólico visual não é senão um sistema linguístico, ou seja, a língua natural da comunidade de surdos. Esta língua é tão natural como a LO, tem características e propriedades semelhantes na sua estrutura e cumpre as funções comunicativas e cognitivas da linguagem com a mesma eficácia (Sim-Sim, 1998; Baptista, 2008), muito embora não tenha uma componente escrita ou oral (Reamy, 1999 cit in New York State Department of Health, 2007).

Com base na abordagem bilinguista a educação destas crianças passa a ser encarada de uma forma mais justa e coerente. Após quase um século do domínio das metodologias oralistas (Capitão, 2009), ou seja, o uso exclusivamente da LO durante a intervenção terapêutica (Grosjean, 2000), independentemente da severidade da mesma, surge uma nova realidade instituída legalmente através do artigo 23º n.º.1 do Decreto-Lei 3/2008 de 7 de Janeiro. Este artigo afirma que *“a educação das crianças e jovens surdos deve ser feita em ambientes bilingues que possibilitem o domínio da Língua Gestual Portuguesa*

(LGP), o domínio do português escrito (P_E) e, eventualmente, falado, competindo à escola contribuir para o crescimento linguístico dos alunos surdos, para a adequação do processo de acesso ao currículo e para a inclusão escolar e social”.

A Educação Bilingue tem implícito o conceito de biculturalismo, que defende que os surdos formam uma comunidade com cultura e línguas próprias. Desta forma, torna-se relevante a aprendizagem da LO, mas não como principal objectivo (Goldfield 2002; Goldfield, 2003). Esta abordagem não se restringe apenas aos aspectos biológicos da surdez, tentando ir ao encontro de uma perspectiva biopsicossocial (Goldfeld, 2003). O Centro no distrito de Lisboa, onde foi recolhida a amostra deste estudo, seguindo uma abordagem bilingue, parte do princípio que a aquisição da LG como língua materna (L1) e a aprendizagem da LO na sua vertente escrita (LO_E) e possivelmente na sua vertente oral (L2) funcionam como base para o desenvolvimento linguístico e cognitivo da criança com surdez (Akyama *et al*, 2004). De acordo com Akiyama *et al* (2004) e Carmo *et al* (2007) a L1 e a L2 devem ser adquiridas e aprendidas em momentos diferentes do desenvolvimento, apesar de que na mesma época e com diferentes intervenientes, designadamente um adulto surdo (formador de LGP) e um Terapeuta da Fala. O Bilinguismo segue, então, uma filosofia social, que surgiu pela necessidade de comunicação e inserção da criança com surdez em dois contextos, o ouvinte e o surdo (Lacerda *et al*, 2006).

Para que uma língua possa ser adquirida e desenvolvida, oral ou gestualmente, é imprescindível que esta seja empregue em situações e contextos reais, tal como enunciado anteriormente. Ou seja, é com base na interacção comunicativa que as crianças adquirem a língua da comunidade em que estão inseridas (Carmo *et al*, 2007; Sim-Sim, 1998; Sim-Sim *et al*, 2008). Assim sendo, quanto mais elevado e melhor for o envolvimento na LG ou LO mais facilmente a criança com surdez se converterá num falante fluente e auto confiante (Carmo *et al*, 2007). É, então, importante ressaltar o facto da linguagem desempenhar uma função de mediadora, daí a importância de uma língua natural comum (Vygotsky, 1978 cit in Giola, 2001). Para famílias ouvintes, a exigência de uma língua comum é compreensível, basta ter-se em consideração o facto de que 90% das crianças com surdez são filhas de pais ouvintes (Allen, 1986; Lederberg

& Mobley, 1990; Meadow, 1980 cit in Giola, 2001) que, possivelmente, nunca conviveram com indivíduos com surdez (Ruela, 2000). Como tal, verifica-se ausência de um sistema comum de linguagem entre os pais e a criança, pois a língua natural dos pais é oral e da criança é visuo-gestual (Giola, 2001; Ruela, 2000). Esta diferença é altamente limitativa no desenvolvimento linguístico oral, em razão do défice perceptual que dificulta a aquisição de traços distintivos importantes para a organização fonémica e consequentemente prejudica o desenvolvimento semântico-lexical. Relativamente à LGP, e porque a grande maioria dos pais ouvintes não a conhece, torna a interacção pais/filhos muito limitada, estabelecendo-se uma barreira linguística capaz de prejudicar o desenvolvimento linguístico e social destas crianças (Batista e Costa, 2003).

Geralmente, as crianças ouvintes filhas de pais ouvintes e as crianças surdas filhas de pais surdos, que estão imersas na linguagem desde o momento do nascimento, demonstram padrões de aquisição da linguagem de uma forma surpreendentemente similar (Goldin-Meadow e Mylander, 1990; Meier, 1991 cit in Giola, 2001). Quando as crianças não têm nem experiências similares, nem o acesso equivalente a essas experiências, como no caso de crianças surdas filhas de pais ouvintes, diferenças qualitativas são susceptíveis de serem vistas em vários domínios do desenvolvimento. Na verdade, muitas crianças surdas, filhas de pais ouvintes, começam a demonstrar atrasos na aquisição da linguagem, que tendem a persistir ao longo do seu desenvolvimento (Giola, 2001). Neste contexto, ao contrário da criança ouvinte, que está imersa numa linguagem acessível a partir do momento do seu nascimento, as barreiras de comunicação muitas vezes vivenciadas pela criança com surdez levam frequentemente à privação de uma comunicação eficaz (Giola, 2001; Felizes, 2005).

A criança com surdez, devido a todas as características e especificidades que a patologia tem inerente, sejam elas de cariz médico ou social, depara-se no seu dia-a-dia com barreiras e facilitadores para o desempenho das suas actividades quotidianas e para o exercício do direito e dever de participação social. Estes conceitos foram desenvolvidos e apresentados através de um documento denominado por Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Torres *et al*, 2007). A CIF vai de encontro ao modelo biopsicossocial que subentende uma abordagem ecológica,

sistémica e interdisciplinar na compreensão do funcionamento humano (Mediacode, 2009). Esta permite, assim, responder às exigências subseqüentes de uma classificação dinâmica, interactiva e multidimensional das Necessidades Educativas Especiais (NEE) de algumas crianças. Um dos exemplos é o caso das crianças com surdez, uma vez que pelos seus objectivos e estrutura possibilita clarificar não apenas os níveis de funcionalidade e incapacidade destas, no caso das estruturas e funções do corpo e actividade e participação, como também os factores ambientais que podem funcionar como facilitadores ou barreiras dessa funcionalidade, comprometendo o contributo e envolvimento de profissionais de diferentes áreas (WHO, 2010). Desta forma, os qualificadores que podem ser considerados no caso destas crianças no âmbito da Terapia da Fala e que foram considerados neste estudo foram qualificadores das funções mentais, da voz e fala, do aparelho respiratório, da aprendizagem e aplicação dos conhecimentos, da comunicação, das interacções e relacionamentos interpessoais e da vida comunitária social e cívica, como pode ser observado na Checklist em Apêndice (ver apêndice A). Este sistema de classificação proporciona uma linguagem unificada/padronizada (Üstün, 2001) e permite a substituição de um enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, a qual valoriza as funções que o sujeito pode desempenhar no exercício das suas actividades quotidianas e participação social (Coutinho, 2006).

É importante, então, descrever as características da LO, pois só assim é possível perceber de que forma estas implicações vão funcionar como barreiras à comunicação com os outros, nomeadamente com os pais/encarregados de educação, e à integração social. As crianças com perda auditiva apresentam dificuldades ao nível da consciência linguística, isto é, apresentam dificuldades na relação entre saberes linguísticos e o uso adequado desses mesmos conhecimentos em contexto. O domínio do processo linguístico implica a articulação de três aspectos: forma (fonologia, morfologia e sintaxe), conteúdo (significado das palavras e das suas relações semânticas) e uso (pragmática). Não é de surpreender que o desenvolvimento da LO seja protelado na criança com surdez pré-linguística, visto que são imensas as dificuldades com que a criança se depara quando está a aprender a LO exclusivamente através da leitura labial. Tal acontece porque a leitura labial não dispõem da vantagem de informação

concomitante que a percepção auditiva possibilita, uma vez que, como é apreendida exclusivamente como aptidão visual, não permite uma discriminação, isenta de ambiguidades, dos sons falados (Mogford, 2002). Existe também uma menor coerência entre os sons percebidos e os eventos do meio ambiente (Borg *et al*, 2002).

Quando se avalia o nível semântico, verifica-se que as crianças com surdez apresentam um vocabulário pobre; nomeiam objectos familiares, mas desconhecem o nome de muitos outros objectos e conceitos, que são conhecidos pela maioria das crianças da sua idade; têm um discurso ininteligível e não compreendem contextos (Cleary, 2008).

No que concerne à morfossintaxe, pode observar-se a omissão de partículas de ligação, a falta de concordância dos verbos quanto ao género e número, a utilização de frases curtas e/ou soltas e de estrutura simples e, a ausência de subordinação e coordenação de frases. Verifica-se também uma tendência a aceitar todas as frases segundo o padrão sujeito+predicado+objecto (Mogford, 2002).

No que diz respeito à pragmática é possível constatar dificuldades na adequação aos diferentes contextos, na tomada de vez, nas mudanças dos tópicos da conversa, uso básico da linguagem, poucas competências para começar e desenvolver de modo coerente as conversações e dificuldade em estabelecer alguns temas que são relevantes para elas próprias e para os interlocutores (Mogford, 2002).

A nível da fonologia, os diferentes graus de perda podem suscitar redução do número de consoantes aglutinadas, substituições de consoantes, eliminação das sílabas finais e dificuldades na diferenciação dos traços distintivos (Mogford, 2002). Estudos realizados com jovens com surdez revelam, ainda, que a produção das consoantes é influenciada pela visualização do ponto e modo de articulação (Cleary, 2008). As questões referentes à fonologia destas crianças ultrapassam aquelas relacionadas directamente à compreensão e à produção da fala. Através de vários estudos experimentais, que recorrem a tarefas que exigem a manipulação de um código fonológico, conclui-se que certas crianças com surdez podem usar, e na verdade usam, as competências fonológicas para executar operações mentais. Estas crianças podem utilizar a consciência fonológica para efectuar tarefas metalinguísticas e linguísticas de maneira

similar ao que é feito pelas crianças ouvintes. Este processo pode ser demonstrado nas crianças que dependem inteiramente da leitura labial e, por conseguinte, trata-se de uma aptidão não totalmente dependente da audição (Mogford, 2002).

As dificuldades impostas pela perda auditiva, sobre o desenvolvimento linguístico, também produzem efeitos sobre a escrita, já que para esta são necessárias competências de natureza linguística e metalinguística. Neste contexto, é importante ter em consideração que a primeira necessidade no caso da aprendizagem da leitura e da escrita por crianças com surdez é possibilitar-lhes o acesso ao seu léxico comunicativo, seja este fonológico ou quirémico, facilitando-lhes o processo de aprendizagem (Batista e Costa, 2003). Quando falamos da escrita em criança com perda auditiva é importante ter-se presente uma série de características, que resultam das dificuldades na LO e da compreensão da leitura. As características mais salientes são: frases muito simples e curtas; frases com mais palavras de conteúdo (nomes e verbos) do que palavras de função; grande pobreza de vocabulário; uso inadequado do tempo nas frases; erros de concordância de género, número e pessoa; dificuldade no uso de frases compostas, uso escasso de pronomes, falta de coordenação de ideias e má disposição de parágrafos; uso incorrecto dos sinais de pontuação; frases estereotipadas e erros frequentes de omissão, substituição, bem como adição e troca da ordem das palavras. (Bautista, 1997). Por outro lado, a escrita também vai influenciar o conhecimento segmental, aumentando a compreensão de que uma palavra é composta por uma sequência de sons que podem ser identificados e manipulados um a um, tendo em conta que a consciência fonémica corresponde a um grau de compreensão que depende, em parte, da aquisição da linguagem escrita (McGuinness e Donohue, 1995; Siegel, 1995 cit in Marchesa e Zorzi, 2003).

No que se refere às características fonéticas, podem verificar-se alterações como falta de emissão vocal e não produção das oclusivas. A articulação está comprometida, devido à falta de feedback auditivo, visto que para os fonemas velares e palatais o controle visual não consegue suprir a falta de informação auditiva (Manrique e Huarte, 2005; Mogford, 2002). O desenvolvimento da fala está, assim, directamente interligado com a capacidade de utilização de informações visuais, ou seja de leitura labial (Graham e

Martin, 2005), podendo esta ser o único *input* consistente na compreensão da LO para algumas crianças (Spínola e Spínola, 2009).

Relativamente aos aspectos segmentais e suprasegmentais verifica-se que podem estar comprometidos na criança com surdez, principalmente nos casos de maior severidade. Os fonemas e as sílabas têm durações mais longas que o normal, verificam-se alterações na entoação (as frases têm um ritmo anormal e cada sílaba é acentuada) e verifica-se uma pausa inter-silábica que geralmente não existe. (Manrique e Huarte, 2005). A voz destas crianças é, também, caracterizada por ser demasiado aguda ou grave, a sua intensidade ser instável com tendência a ser excessiva, o timbre ser hiponasal ou hipernasal e verificar-se escassez ou excesso de tensão muscular. A velocidade de emissão é muito lenta quando as crianças são pequenas e torna-se, geralmente, excessivamente rápida numa relação proporcional ao seu desenvolvimento (Juárez cit in Casanova, 2001).

Neste seguimento, visto que a comunidade portuguesa é maioritariamente ouvinte, a criança com surdez e os Encarregados de Educação têm de arranjar estratégias para que a integração e participação social da mesma sejam eficazes. Assim, procura-se nos avanços tecnológicos, nomeadamente nos aparelhos auditivos como as próteses auditivas e os implantes cocleares, respostas que permitam a estimulação da comunicação verbal oral, através da amplificação dos sons (Feres e Pereira, 2005; Nausbaum, 2003; Pastorello e Rocha, 2006). Os aparelhos auditivos, para Carney (1998), são ajudas sensoriais concebidas para ampliar os sons da fala e do meio ambiente e para que estes possam ser perceptíveis para a criança com perda auditiva. Desta forma, quando a amplificação é fornecida, muitas crianças com surdez podem tornar-se capazes de usar a informação auditiva para a comunicação, incluindo para o desenvolvimento da LO. No entanto, tendo em consideração os critérios da CIF, os aparelhos auditivos tanto podem funcionar como facilitadores ou barreiras, durante o processo de desenvolvimento infantil, dependendo das especificidades de cada criança e da sua conjuntura de vida. Por exemplo, se os níveis de pressão sonora emitidos ao ouvido pela amplificação forem excessivos, a criança pode optar por não a usar, pois é

desconfortável e pode inclusivamente criar danos no seu ouvido interno (New York State Department of Health, 2007).

É neste contexto das actividades quotidianas e participação social que se pode pensar nas contribuições da intervenção do Terapeuta da Fala junto das crianças com surdez. Este profissional de saúde tem como base da sua intervenção a comunicação humana, e é responsável pela prevenção, avaliação, tratamento e estudo científico da comunicação, da linguagem oral e escrita, e da fala, assim como de perturbações que lhes possam estar associadas (CPLOL, 2003; Capitão, 2009). Convém salientar que tem preparação especializada para abordar a eficiência da comunicação, perturbações da comunicação e alterações relacionadas com uma grande variedade de etiologias, incluindo aquelas que podem estar associadas à perda auditiva. O Terapeuta da Fala, em contexto educacional, de acordo com as directrizes da ASHA (2004), pode contribuir para a promoção das competências comunicativas, ou seja, a capacidade de entender e usar uma ou mais línguas (gestual e/ou oral) efectivamente numa grande variedade de contextos socioculturais, e linguísticas da criança com surdez. Este desempenha, assim, um papel fulcral na identificação das barreiras e facilitadores da comunicação da criança com surdez, minimizando as primeiras e proporcionando maiores oportunidades de comunicação com as segundas (Lopes *et al*, 2009). No entanto, o trabalho do terapeuta só terá resultados eficazes se este estiver inserido numa equipa multidisciplinar, da qual os pais façam parte, caminhando e colaborando todos no mesmo sentido (ASHA, 2008).

Os pais e/ou Encarregados de Educação têm um papel primordial como mediadores (Gomes *et al*, 2005), pois é através destes que o processo de aprendizagem da comunicação da criança ocorre de maneira efectiva (Bevilacqua e Formigoni, 2000). Como já foi referido, as competências comunicativas e a aquisição e o desenvolvimento da linguagem estão directamente relacionadas com as experiências sociais das crianças (Bat-Chava *et al*, 2005). Assim, Sacks (1990) e Litowitz (1987) alegam que embora todas as crianças, incluindo as com surdez, tenham uma capacidade inata para a linguagem, esta só é impulsionada se as crianças se envolverem em contínuas interacções com pessoas linguisticamente competentes (Gomes *et al* 2005).

A competência linguística que se adquire por modelo é o principal foco de intervenção que se pretende que seja o mais precoce possível. Até porque se torna imprescindível quando falamos da intervenção em crianças com surdez (SCIH, 2000; Moeller, 2000 cit in New York State Department of Health, 2007). Esta intervenção exige acompanhamento e orientação do desenvolvimento da comunicação, linguagem e fala no contexto global do desenvolvimento da criança, garantindo, assim, uma comunicação acessível e eficaz, ou seja competente (Goh-Taylor, 2005). Estudos recentes têm evidenciado um desenvolvimento da linguagem e da comunicação mais eficaz nas crianças identificadas que receberam intervenção precoce (antes do primeiro ano) em comparação com os seus pares identificados mais tarde (Apuzzo e Yoshinaga-Itano, 1995; Moeller, 1998; Robinshaw, 1995; Strong, Clark, Johnson, Watkins, Barringer e Walden, 1994; White e White, 1987; Yoshinaga-Itano e Apuzzo, 1998^a, 1998b; Yoshinaga-Itano, Sedey, Coulter e Mehl, 1998 cit in Mayne 1998).

Quando falamos da intervenção precoce com os pais e/ou encarregados de educação (intervenção indirecta) é de extrema importância que os profissionais que lidam com estas crianças tenham em vista o bem-estar, as potencialidades linguísticas e a posterior alfabetização destas crianças (Batista e Costa, 2003). A postura e as concepções do Terapeuta da Fala a respeito da surdez e do desenvolvimento da criança com surdez podem influenciar a opção comunicativa dos pais/encarregados de educação (Lodi, 2000). Para evitar esta situação é importante que o Terapeuta da Fala tenha em conta todas as abordagens comunicativas existentes, de modo a poder orientar e responder às perguntas dos pais de forma imparcial, referindo todos os aspectos positivos e negativos de cada uma delas e tendo sempre em vista as especificidades de cada criança. No entanto, o terapeuta tem que ter em consideração que, segundo a prática baseada na evidência, em crianças com perdas auditivas em que a audição residual permite haver aquisição e desenvolvimento natural da LO o método oralista é o mais indicado. Da mesma forma, em crianças com perdas auditivas de maior severidade, em que não existem ganhos suficientes para que a criança consiga adquirir e desenvolver naturalmente a LO, o bilinguismo é a abordagem que demonstra resultados mais eficazes, uma vez que possibilita uma base linguística que, por sua vez, proporciona o desenvolvimento cognitivo e biopsicossocial (Akyama *et al*, 2004).

Para além das informações supracitadas o Terapeuta da Fala deve, ainda, segundo Miranda e Alegria (2009), ensinar estratégias de interacção que propiciem a comunicação e o desenvolvimento da linguagem e que impulsionem atitudes parentais mais eficazes. Para isso, torna-se imperativo compreender as competências comunicativas e as dificuldades de cada caso específico. Estes processos contemplam, nomeadamente, a anamnese e a avaliação, através dos quais é possível fazer a compilação das informações, tendo sempre em consideração o que a criança e os Encarregados de Educação têm a dizer (Goh-Taylor, 2005).

Com base nas informações recolhidas através da anamnese, da avaliação e de outros processos inerentes no acompanhamento de crianças com surdez, o Terapeuta da Fala identifica as necessidades da família e da criança. Seguidamente, traça um plano de intervenção, visando sempre a atribuição de um papel preponderante à família durante todo o processo de intervenção e a promoção e desenvolvimento comunicativo e linguístico da criança. A intervenção pode ser directa (individual e directamente com a criança) e/ou indirecta, como já foi referido (Lopes *et al*, 2009). Quanto à intervenção directa, o objectivo principal, comum a toda a equipa, é o desenvolvimento da linguagem e da comunicação. O Terapeuta da Fala tem como propósito central ajudar a ultrapassar as barreiras linguísticas sentidas pelas crianças e pelos pais/encarregados de educação (Lane, 1995; Jones e tal, 2001 cit in Harns e Bamford, 2001). Assim, de acordo com Capitão (2009), deve actuar de forma específica na melhoria da compreensão e produção da LO, de acordo com as capacidades de cada criança. Desta forma, a intervenção incide no treino auditivo, nas competências comunicativas e linguísticas, na leitura labial, na produção de fala e nas características segmentais e supra-segmentais (Goh-Taylor, 2005). As boas práticas apontam para que o terapeuta tente adequar sempre os objectivos da terapia às reais necessidades da criança e às da sua família (Brazorotto, 2005). Este princípio prevalece quando falamos do ensino especializado e reabilitação de crianças com surdez deste Centro no distrito de Lisboa.

Este Centro é uma instituição que se baseia num contexto bilingue e inclusivo para alcançar o seu principal objectivo, a inserção social e profissional destas crianças e jovens. Deste modo, declama o lema “ser excelente por ser diferente”. Esta instituição

recebe alunos em regime de internato e semi-internato de ambos os sexos, desde os zero anos aos 22 anos de idade, reflectindo-se o seu percurso histórico na descrição das metodologias de ensino de surdos em Portugal. Actualmente é frequentada por 190 educandos, dos quais 115 têm surdez e 75 são ouvintes, a que se adicionam 53 formandos com surdez e 22 ouvintes que estão a ser acompanhados pela Unidade de Formação e Integração Profissional. O ensino deste Centro abrange a valência de Intervenção Precoce através de apoio domiciliário, a Creche, a Pré-escola, o 1.º e 2.º Ciclo do Ensino Básico e o nível III do Ensino Técnico-Profissional (Ferreira, 2008).

Desde cedo que o Centro onde se realizou o estudo adoptou a LGP como a língua de educação dos seus educandos com surdez, sendo esta parte integrante dos programas curriculares e da prática diária. Presentemente, o seu foco centra-se na consolidação e fortalecimento do projecto de educação e ensino Bilingue nos alunos com surdez, sendo dada especial atenção à valência de Intervenção Precoce. Neste contexto, cada uma das turmas tem disponibilizado um docente ouvinte, a leccionar Língua Portuguesa (LP) escrita como segunda língua, e de um docente com surdez (formador de LGP) que trabalham em colaboração com as crianças em diferentes períodos do dia. De maneira a certificar-se que os alunos têm à sua disposição todos os recursos necessários para assegurar a sua formação integral, este Centro apresenta um variado conjunto de apoios especializados. Esses compreendem a Terapia da Fala, a Psicomotricidade e apoio à Leitura e à Escrita, assim como actividades extra-curriculares de natureza desportiva, cultural e artística, como a natação, o teatro e as visitas de estudo. Esta organização dispõe ainda de um Centro de Diagnóstico para a Audição que tem como objectivo o *“despiste e encaminhamento de situações de patologia do ouvido”*. Todo o acompanhamento das crianças e jovens na instituição é feito por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte o Terapeuta da Fala e os Encarregados de Educação, tendo estes últimos um papel importantíssimo na reabilitação eficaz dos seus educandos (Ferreira,2008).

Neste contexto, no que diz respeito ao papel do Terapeuta da Fala junto das crianças com surdez, a percepção dos Encarregados de Educação enquanto membros activos da equipa multidisciplinar é de extrema importância, tendo em consideração que estes

desempenham um papel crucial na educação dos seus Educandos lidando diariamente com eles, sendo parceiros fundamentais no processo terapêutico e vivendo de perto as dificuldades comunicativas inerentes à surdez. Deste modo, a pertinência deste estudo centra-se nas dificuldades comunicativas existentes entre a criança surda e o encarregado de educação, bem como na sua percepção acerca da importância do papel da Terapia da Fala num Centro com estas características. Ao serem identificadas as barreiras e facilitadores da comunicação com estas crianças é possível perceber qual a contribuição da Terapia da Fala neste contexto de intervenção, minimizando as barreiras e proporcionando maiores oportunidades de comunicação, de modo a potenciar a performance comunicativa das crianças com surdez. Por outro lado, a percepção da importância das diferentes áreas do âmbito da Terapia da Fala no contacto com os Encarregados de Educação, poderá ser uma mais valia na actuação do Terapeuta da Fala sob dois pontos de vista. Nomeadamente ao possibilitar uma intervenção centrada nas áreas que, segundo os Encarregados de Educação, desempenham um papel de maior pertinência no dia-a-dia destas crianças ou ao proporcionar uma maior formação/informação aos Encarregados de Educação sobre a relevância da intervenção em determinadas áreas.

Tendo em conta a pertinência deste estudo e a recolha bibliográfica, foi estabelecida a seguinte Questão Orientadora: “Quais as barreiras e facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez identificados pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa?”. De forma a dar resposta à mesma, foram estabelecidos dois objectivos: 1) identificar e descrever quais as barreiras e os facilitadores existentes na comunicação com a criança com surdez por parte dos principais intervenientes no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem, especificamente os Encarregados de Educação; 2) perceber qual a importância da Terapia da Fala quanto à sua influência na comunicação entre o Encarregado de Educação e a criança com surdez. As conclusões permitirão adequar de forma mais eficaz a intervenção em Terapia da Fala junto destas crianças.

Metodologia

Em termos metodológicos, a investigação aplicada tem as características de um estudo não experimental de carácter observacional não-participante, na medida em que não houve nenhuma intervenção por parte da investigadora e não existiu interacção por parte da mesma durante o momento em que os participantes responderam ao inquérito (Carmo e Ferreira, 2008), e transversal pois o instrumento de recolha de dados foi aplicado num único momento no tempo (Fortin, 1999). Este é, também, caracterizado como exploratório-descritivo de nível I visto que se pretendeu realizar uma descrição dos resultados obtidos baseada nas respostas levantadas através do instrumento de recolha de dados e pelo facto de existirem poucos conhecimentos no domínio do estudo (Carmo e Ferreira, 2008). Ou seja, o inquérito define toda a actividade de investigação no seu decorrer, sendo que foi feita uma recolha de dados junto dos Encarregados de Educação, com a finalidade de estudar a opinião dos mesmos em relação às barreiras e facilitadores que sentem na comunicação com os seus Educandos (Fortin, 1999).

A população é caracterizada pelo conjunto de elementos que possuem uma ou mais características comuns a todos eles, características essas que os distinguem de outros conjuntos de elementos (Carmo e Ferreira, 2008). Quando num estudo é estabelecida apenas uma parte dessa população essa designa-se por amostra. Neste estudo a amostra é constituída por 14 Encarregados de Educação de crianças com surdez que frequentem um Centro no distrito de Lisboa e que estejam, ou não, a ser acompanhadas ao nível da Terapia da Fala. O facto da amostra ser composta por apenas 14 indivíduos condiciona toda a investigação, uma vez que esta não ostenta um valor significativo que possa ser válido para toda a população nas circunstâncias propostas. A amostra foi seleccionada com base nas técnicas de amostragem não probabilística / não casual por conveniência, uma vez que envolve a selecção, de entre toda a população, das pessoas mais acessíveis (Fortin, 1999), neste caso pertencentes ao Centro no distrito de Lisboa onde se pretendeu realizar o estudo, tendo, assim, por base um grupo de indivíduos que esteja disponível ou seja voluntário (Carmo e Ferreira, 2008).

Como variáveis de controlo foram definidas variáveis de inclusão e exclusão. Quanto às primeiras estabeleceu-se o facto de a amostra incluir apenas Encarregados de Educação

de crianças com surdez, que frequentem um Centro no distrito de Lisboa, e do seu educando frequentar a escolaridade entre a Creche e o 2º ciclo do Ensino Básico. No que diz respeito às variáveis de exclusão considerou-se os Encarregados de Educação que estejam diagnosticados clinicamente com hipoacúsia.

Relativamente aos aspectos sócio-demográficos da amostra, foi possível observar que quatro (28,57%) dos indivíduos têm idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos, três (21,43%) têm entre os 31 e os 36 anos, quatro (28,57%) têm entre os 37 e os 42 anos e três (21,43%) têm entre os 43 e os 48 anos. Relativamente ao género verificou-se que 12 (85, 71%) dos indivíduos são do género feminino e dois (14, 29%) são do masculino.

No que concerne à escolaridade constata-se que três (21,43%) dos participantes têm o ensino básico de escolaridade, dois (14,29%) têm concluído o 7º ano, três (21,43%) têm o 9º ano, dois (14,29%) têm o ensino secundário terminado, dois (14,29%) têm bacharelato, um (7,14%) tem licenciatura e um (7,14%) não respondeu. A maioria (21,43%) dos participantes exerce a profissão de Doméstica, dois (14,29%) de Ajudantes de Cozinha, um (7,14%) de Gestor de Recursos, um (7,14%) de Administrativo, um (7,14%) de Empregado de Balcão, um (7,14%) de Auxiliar de Acção Educativa, um (7,14%) de Fisioterapeuta, um (7,14%) de Gerente de Loja, um (7,14%) de Jornalista, um (7,14%) está desempregado e um (7,14%) não respondeu.

No que diz respeito ao concelho e distrito dos participantes é possível observar-se que no primeiro a maioria dos participantes são do concelho de Sintra (42,86%) e do concelho de Lisboa (28,54%), quanto ao distrito verifica-se que apenas um (7,14%) dos participantes é do distrito de Setúbal sendo os outros 13 (92,86%) do distrito de Lisboa.

Foi ainda possível constatar-se que 14 (100%) dos indivíduos não estão diagnosticados clinicamente com hipoacúsia, sendo este critério uma variável de exclusão. Observou-se que dez (71,43%) dos participantes, ou seja a maioria, afirma conhecer o trabalho do Terapeuta da Fala no acompanhamento de crianças com surdez, no entanto nenhum dos participantes frequentou alguma vez Terapia da Fala.

Além da caracterização sócio-demográfica da amostra foi também realizada uma ficha de caracterização sócio-demográfica dos respectivos educandos. Então, constatou-se

que quatro (28,57%) dos educandos têm três anos de idade, três (14,29%) têm cinco anos, dois (14,29%) têm quatro anos e cinco meses, um (7,14%) tem cinco anos e nove meses, um (7,14%) tem sete anos e nove meses, um (7,14%) tem nove anos e oito meses, um (7,14%) tem dez anos e dois meses e um (7,14%) tem doze anos e dois meses. Estes resultados apontam para uma média de aproximadamente cinco anos e onze meses de idade com um desvio padrão de aproximadamente dois anos e onze meses, como pode ser averiguado no Quadro 1.

N	14
Média	5Anos 11Meses
Mediana	5Anos
Moda	3Anos
Desvio Padrão	2Anos e 11Meses

Quadro 1 – Idade dos Educandos

No que concerne à variável género constatou-se que 50% dos educandos são do sexo masculino e 50% do sexo feminino. A grande maioria (64,29%) dos educandos, como é possível ser constado na Figura 2, frequentam a pré-escola, dois (14,29%) frequentam o 1º ano, dois (14,29%) frequentam o 2º ano e um (7,14%) frequenta o 3º ano de escolaridade.

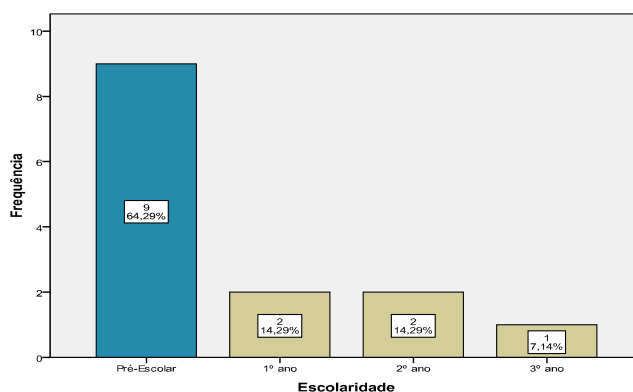


Fig. 2 – Escolaridade dos educandos

Quanto à idade de aparecimento dos primeiros sintomas da surdez verificou-se que três (21,43%) dos educandos apresentavam um ano e seis meses, três (21,43%) dos

educandos tinham dois anos, dois (14,29%) tinham três meses, dois (14,29%) quatro meses, dois (14,29%) dez meses, um (7,14%) foi ao nascimento e um (7,14%) tinha um ano. Estes valores, consoante o Quadro 2, indicam que a média de aparecimento dos primeiros sintomas de surdez dos educandos desta amostra é de um ano de idade com um desvio padrão de aproximadamente oito meses. Em relação à idade dos educandos quando lhes foi diagnosticada a surdez observou-se que seis (42,86%) tinham dois anos, dois (14,29%) tinham dois anos e oito meses, dois (14,29%) apresentavam quatro anos, um (7,14%) foi ao nascimento, um (7,14%) tinha dois meses, um (7,14%) tinha seis meses e um (7,14%) foi diagnosticado ao um ano. Nesta variável a média é de aproximadamente um ano e onze meses de idade com um desvio padrão de aproximadamente um ano e dois meses, conforme demonstrado no Quadro 3.

N	14
Média	1 Ano
Mediana	11 Meses
Moda	1 Ano 6 Meses e 2 Anos
Desvio Padrão	8 Meses

Quadro 2 – Idade de aparecimento dos primeiros sintomas da surdez nos educandos

N	14
Média	1 Ano e 11 Meses
Mediana	2 Anos
Moda	2 Anos
Desvio Padrão	1 Ano e 2 Meses

Quadro 3 – Idade dos educandos quando foram diagnosticados com surdez

No que concerne à causa da surdez, cinco (35,71%) dos educandos apresentam etiologia desconhecida, em dois (14,29%) a surdez provém do Síndrome de Charge, dois (14,29%) foi derivado a etiologia congénita, um (7,14%) foi devido a meningite viral, um (7,14%) advém de causas genéticas, um (7,14%) ainda está em estudo e dois (14,29) dos participantes não sabem responder a esta pergunta.

Quanto ao tipo de Surdez, 12 (85,71%) dos educandos apresentam uma surdez Neurosensorial Bilateral e dois (14,29%) dos participantes não sabem responder a esta pergunta. Relativamente ao grau de surdez, quatro (28,57%) dos educandos têm uma surdez profunda, quatro (28,57%) têm uma surdez severa, um (7,14%) tem uma surdez severa à esquerda e moderada à direita, um (7,14%) tem uma surdez severa à esquerda e

profunda à direita e quatro (28,57%) dos indivíduos não sabem responder a esta pergunta.

No que se refere aos aparelhos de amplificação, 13 (92,86%) dos educandos estão aparelhados, sendo que apenas um (7,14%) não está aparelhado. Verificou-se que três (21,43%) dos educandos foram aparelhados aos três anos, três (21,43%) aos quatro anos, dois (14,29%) aos dois anos, dois (14,29%) aos cinco anos, um (7,14%) aos seis meses, um (7,14%) aos onze anos, um (7,14%) aos doze anos e um (7,14%) dos participantes não respondeu. A partir destes resultados apurou-se que a média é de aproximadamente quatro anos e seis meses de idade com um desvio padrão de aproximadamente três anos e três meses, como refere o Quadro 4. O tipo de aparelho mais utilizado (50,00%) é a prótese bilateral, três (21,43%) educandos usam implante coclear, dois (14,29%) têm prótese unilateral e dois (14,29%) dos participantes não responderam.

N	13
Média	4 Anos e 6 Meses
Mediana	4 Anos
Moda	3 Anos e 4 Anos
Desvio Padrão	3 Anos e 3 Meses

Quadro 4 – Idade em que o educando foi aparelhado.

No que diz respeito à pergunta se os educandos já frequentaram Terapia da Fala, 13 (92,86%) dos educandos já frequentaram e um (7,14%) dos participantes não respondeu à questão. Quanto à idade em que começou a ser acompanhado a este nível, quatro (28,57%) dos educandos começaram a ter apoio aos quatro anos, três (21,43%) aos três anos, dois (14,29%) aos dois anos, dois (14,29%) aos dois anos e oito meses, um (7,14%) aos dez meses, um (7,14%) aos seis anos e um (7,14%) dos participantes não respondeu a esta pergunta. Assim sendo, a média da idade em que os educandos iniciaram apoio em Terapia da Fala é de três anos e dois meses, com um desvio padrão de aproximadamente um ano e três meses, tal como comprova o Quadro 5.

N	13
Média	3 Anos e 2 Meses
Mediana	3 Anos
Moda	4 Anos
Desvio Padrão	1 Ano e 3 Meses

Quadro 5 – Idade em que o educando iniciou o apoio.

Verificou-se ainda que 12 (85,71%) dos educandos frequentam actualmente Terapia da Fala, um (7,14%) não tem apoio a este nível e um (7,14%) dos participantes não respondeu a esta pergunta. Em relação à frequência das sessões seis (42,86%) dos educandos têm uma frequência trissemanal, cinco (35,71%) têm bissemanal, um (7,14%) tem semanal, um (7,14%) dos participantes não sabe e um (7,14%) não respondeu a esta pergunta. No que concerne à duração das sessões, segundo os participantes, sete (50,00%) dos educandos têm sessões de 30 minutos, cinco (35,71%) têm de 45 minutos, um (7,14%) dos participantes não sabe e um (7,14%) não respondeu. Para facilitar a visualização dos resultados todos os gráficos, relativos à caracterização sócio-demográfica, que não foram aqui apresentados podem ser consultados em Apêndice B.

O instrumento de recolha de dados é um questionário de auto-preenchimento que vai de encontro aos objectivos enunciados anteriormente (ver Apêndice C). Paralelamente a este estudo está a ser realizado um outro com o tema “*Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pela Equipa Multidisciplinar de um Centro no Distrito de Lisboa*” pela aluna Cátia Andreia Pereira e Costa Alves da Silva. A pertinência de estarem a ser realizados dois estudos com o mesmo tema, mas com amostras distintas, reside no facto de estes se complementarem, sendo assim possível perceber qual a pertinência da Terapia da Fala quanto à sua influência na comunicação entre os principais intervenientes no processo de desenvolvimento e aprendizagem da criança e a criança com surdez, consoante os seus diversos pontos de vista e, nomeadamente, as diferenças existentes entre eles. Neste sentido, o instrumento foi realizado pelas alunas em colaboração com a orientadora.

O questionário está dividido em três partes: as partes I e II são constituídas por questões de caracterização sócio-demográfica dos Encarregados de Educação e dos seus Educandos, através de questões de resposta aberta, fechada e semi-fechada. A parte III abrange o preenchimento de questões colocadas através da escala de Lickert (Discordo, Discordo em Parte, Concordo, Concordo em Parte, Não Sei), sendo que cada item deverá ser preenchido com apenas uma cruz (X). O seu tempo de preenchimento é de aproximadamente 10 minutos.

Previamente à análise dos resultados obtidos no instrumento de recolha de dados foi efectuada uma análise da consistência interna da escala do mesmo através do coeficiente *Alpha de Cronbach*. O resultado obtido foi um *Alpha* de 0,952 como se pode verificar e, Apêndice D. Murphy e Davidsholder (1988) referem que um *Alpha* superior a 0,90 indica uma fiabilidade elevada, o que vai de encontro ao resultado obtido neste estudo (Garcia-Marques e Maroco, 2006).

Para a elaboração de qualquer trabalho de investigação é imprescindível desenvolver um conjunto de procedimentos ao longo do decurso do mesmo. A primeira etapa deste estudo foi a elaboração de um projecto inicial do qual constou alguma fundamentação teórica sobre o tema escolhido e o esboço do instrumento de recolha de dados. Com a respectiva aprovação deu-se início às respectivas correcções e reformulações. Neste seguimento, foi realizado um pré-teste do questionário, em Março de 2010, do qual participaram 17 alunos do 4º ano da Licenciatura em Terapia da Fala, com idades compreendidas entre os 21 e os 50 anos e do qual foi possível retirar sugestões de melhoria do mesmo. Desta forma, foram feitas alterações ao nível de alguns aspectos formais do instrumento, a escala de Lickert foi reduzida (passou de seis hipóteses para cinco) e foram eliminadas algumas questões que, devido ao facto de estarem muito análogas, não fazia sentido constarem no mesmo. Após a validação do mesmo foi enviado por fax uma carta de apresentação e um pedido de autorização ao Ex.mo Sr Director deste Centro no distrito de Lisboa (ver Apêndice E). O pedido de autorização foi aceite, sendo entregue um comprovativo do mesmo e da entrega dos questionários na instituição (Apêndice F). Posteriormente foi nomeada por parte da direcção da instituição uma Terapeuta da Fala como responsável por supervisionar o estudo dentro

deste estabelecimento de ensino. Sucedeu-se a entrega de 50 questionários com a carta de apresentação e o consentimento livre e informado (ver Apêndice C) à mesma, ficando esta responsável pela sua entrega aos encarregados de educação e posterior recolha dos mesmos.

Para trabalhar estatisticamente os dados obtidos foi criada uma base de dados, utilizando o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0 e subsequentemente foi realizada uma análise dos mesmos, através de uma estatística descritiva. A estatística descritiva inclui as distribuições de frequência, as medidas de tendência central e as medidas de dispersão (Fortin, 2003). Esta sugere a representação dos dados de forma a destacar factos ou padrões, descrevendo um fenómeno, verificando frequências e calculando as medidas de localização central (média aritmética, mediana e moda) e de dispersão para cada variável (frequências absolutas; frequências relativas; média; mediana; e desvio-padrão). Finalmente, quando terminada a fase de análise estatística, foi elaborada a discussão e conclusão.

É importante ressaltar que no decorrer de todo este processo de investigação, elaboração, obtenção, processamento, trabalho de campo e publicação dos resultados o investigador tem de ter em consideração o cumprimento de vários princípios éticos. Neste contexto o investigador deve respeitar e garantir os direitos daqueles que participam voluntariamente no trabalho de investigação; informar os participantes sobre todos os aspectos da investigação que podem ter influência na sua decisão de nela colaborar ou não, realizado a partir de carta com breve descrição do estudo e seus objectivos; manter total honestidade nas relações estabelecidas com os participantes; aceitar a decisão de não colaborar na investigação ou de desistir no seu decurso; proteger os participantes de quaisquer danos ou prejuízos físicos, morais e profissionais no decurso da investigação ou causadas pelos resultados que venham a ser obtidos; informar os participantes dos resultados da investigação e do mesmo modo, esclarecer quaisquer dúvidas que estes possam vir a levantar aos participantes; garantir a confidencialidade da informação obtida; e solicitar autorização das instituições a que pertencem os participantes para estes colaborarem no estudo (Carmo e Ferreira, 2008).

Em suma, qualquer investigação que envolva participantes deve, acima de tudo, ter em vista os direitos, o bem-estar físico e psicológico e a dignidade dos mesmos.

Resultados

No que concerne à análise das afirmações que foram contempladas no questionário, de forma a facultar uma análise mais pormenorizada e facilitar a percepção dos resultados, as questões foram agrupadas consoante os dois objectivos delineados para este estudo. Relativamente ao primeiro objectivo foi elaborada uma análise das afirmações referentes às barreiras e facilitadores identificados pelos Encarregados de Educação de crianças com surdez de um Centro do distrito de Lisboa, quanto à comunicação que estabelecem com as crianças. De maneira a sistematizar, a permitir respostas mais eficazes e a facilitar a discussão dos resultados, as questões foram agrupadas em áreas: Aquisição da Linguagem (LO, LGP), Leitura Labial, Processamento Auditivo, Fonética e Fonologia, Semântica, Morfossintaxe, Aspectos Segmentais e Supra-Segmentais, Leitura e Escrita, Pragmática e Comunicação. Com o objectivo de facilitar a visualização dos resultados foram também elaborados gráficos para cada uma das afirmações (ver Apêndice G). A presente análise é efectuada com vocabulário técnico, distinto do vocabulário utilizado no questionário para melhor compreensão por parte dos inquiridos.

Neste encadeamento, quanto à Aquisição da Linguagem, como se pode observar na Tabela 1, os participantes consideram ser um facilitador à comunicação a aprendizagem da LGP (92,8% em que apenas um concorda em parte), o saber LGP (78,5%, em que meramente 7,1% só discorda que dificulta a comunicação em parte) e a compreensão da LO (78,5%, em que só 7,1% concorda em parte).

AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM						
		Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
N = 13		F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
LGP	1.1 A comunicação com o meu educando é facilitada se ele aprender LGP.	F=1 (7,1%)	F=0 (0%)	F=12 (85,7%)	F=1 (7,1%)	F=0 (0%)
	2.1. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele souber LGP.	F=10 (71,4%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)	F=0 (0%)
LO	1.11. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele compreender a LO.	F=1 (7,1%)	F=0 (0%)	F=10 (71,4%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)

Tabela 1 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca da Aquisição da Linguagem

Através da análise da Tabela 2 é possível perceber que os Encarregados de Educação consideram como facilitadores à comunicação o uso da leitura labial (78,5%, apesar de 21,4% só concordarem em parte com a afirmação relativa a esta área).

LEITURA LABIAL						
		Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
N = 13		F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
	1.8. A educação do meu educando é facilitada se ele utilizar a leitura labial.	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=8 (57,1%)	F=3 (21,4%)	F=1 (7,1%)

Tabela 2 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca da Leitura Labial

No Processamento Auditivo, tal como é possível verificar através da Tabela 3, os participantes afirmaram que a discriminação auditiva (71,4%, em que unicamente 7,1% só o conclua em parte) e a detecção auditiva (78,5%, onde 7,1% é apenas em parte) são facilitadores à comunicação.

PROCESSAMENTO AUDITIVO						
		Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
N = 13		F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Detecção	2.7. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele detectar um som olhando para onde está a ser emitido.	F=10 (71,4%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)	F=0 (0%)
Discriminação	2.2. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele distinguir o som do cão de outro som.	F=9 (64,3%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)

Tabela 3 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca do Processamento Auditiva

A Tabela 4 é alusiva às questões sobre Fonética e Fonologia e demonstra que a amostra considera o falar (85,7%, dos quais 14,3% concordam em parte), a articulação (57,2% embora 28,6% só o afirmem em parte), o auto-conhecimento das estruturas oro-faciais (78,5% onde 7,1% o fizeram em parte), a percepção da diferença entre pares mínimos

(71,5%, embora 28,6% só concordem em parte) e a consciência fonémica (71,4%, em que somente 7,1% concordo em parte) facilitadores à comunicação com o seu Educando.

FONÉTICA E FONOLOGIA						
		Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
	N = 13	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Fonética	1.3. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele falar	F=1 (7,1%)	F=0 (0%)	F=10 (71,4%)	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)
	2.9. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele trocar alguns sons (ex: disser “boua” em vez de “bola”).	F=3 (21,4%)	F=0 (0%)	F=4 (28,6%)	F=4 (28,6%)	F=3 (21,4%)
	2.13. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele se ele souber distinguir que estruturas orais são usadas na produção dos sons (ponta da língua e dentes para o “s”).	F=10 (71,4%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)
Fonologia	1.2. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele perceber a diferença entre palavras parecidas, como “bola” e “mola”.	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=6 (42,9%)	F=4 (28,6%)	F=2 (14,3%)
	1.5. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele distinguir os sons do Português e respectivas combinações (sílabas).	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=9 (64,3%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)
	2.9. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele trocar alguns sons (ex: disser “boua” em vez de “bola”).	F=3 (21,4%)	F=0 (0%)	F=4 (28,6%)	F=4 (28,6%)	F=3 (21,4%)

Tabela 4 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca da Fonética e Fonologia

Como se pode observar na Tabela 5 a maioria dos Encarregados de Educação consideram o vocabulário alargado (78,6%, ainda que 14,3% somente concordem em parte) e a definição de palavras (85,7%, sendo que 21,4% só concordem em parte) como facilitadores à comunicação.

SEMÂNTICA						
		Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
	N = 13	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
	1.14. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele tiver um vocabulário alargado.	F=0 (0%)	F=0 (0%)	F=11 (78,6%)	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)
	1.15. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele souber definir com clareza palavras (como um pato ou uma pessoa simpática).	F=0 (0%)	F=0 (0%)	F=9 (64,3%)	F=3 (21,4%)	F=2 (14,3%)

Tabela 5 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca da Semântica

A Tabela 6 contempla as respostas obtidas nas afirmações sobre a Gramática, nomeadamente a Morfologia e a Sintaxe e revela que os participantes consideram como facilitadores à comunicação a morfologia (78,5%, sendo que se verifica o mesmo que na afirmação anterior), a compreensão de frases complexas (71,4% apesar de 14,3% só o faça parte) e a produção correcta da ordem das palavras na frase (64,2%, dos quais apenas 7,1% concorda em parte e 28,6% responderam “não sei”).

GRAMÁTICA						
		Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
	N = 13	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Morfologia	2.3. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele perceber a informação das palavras e como se alteram na frase (“o cão ladra” – “os cães ladram”).	F=10 (71,4%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)
Sintaxe	2.12. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele compreender frases complexas.	F=8 (57,1%)	F=2 (14,3%)	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)
	1.7. A educação do meu educando é facilitada se ele produzir correctamente a ordem das palavras na frase.	F=0 (0%)	F=1 (7,1%)	F=8 (57,1%)	F=1 (7,1%)	F=4 (28,6%)

Tabela 6 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca da Gramática

Como é possível visualizar na Tabela 7 a maioria da amostra considera ser um facilitador à comunicação a adequação da entoação da fala (64,3%, sendo que 7,1% dos participantes concorda em parte e 28,6% não sabem responder), a velocidade de fala adequada (71,4%, ainda que 21,4% só o faça em parte e 21,4% respondeu “não sei”), o fazer as pausas adequadas na frase (71,4%, mesmo que 21,4% somente o afirme em parte), a acentuação das palavras (71,4%, embora 14,3% apenas o faça em parte) e a qualidade vocal (57,1% em que somente 7,1% o afirma em parte). Contudo os participantes afirmaram que a intensidade vocal adequada (42,9% responderam o esperado, 42,9% discordam e 14,3% não sabem responder) não é um facilitador à comunicação. Quanto à voz nasalada dificultar a comunicação apenas 50% da amostra concordou com esta pergunta, o que não permite concluir que esta seja um facilitador à comunicação quando a criança não apresenta uma perturbação a este nível.

ASPECTOS SEGMENTAIS E SUPRA-SEGMENTAIS					
	Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
N = 13	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
1.4. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele adequar a entoação (melodia) da fala.	F=1 (7,1%)	F=0 (0%)	F=8 (57,2%)	F=1 (7,1%)	F=4 (28,6%)
1.6. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele falar muito rápido.	F=7 (50%)	F=3 (21,4%)	F=0 (0%)	F=1 (7,1%)	F=3 (21,4%)
1.9. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele não fizer as pausas adequadas na frase.	F=7 (50%)	F=3 (21,4%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)
1.13. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele disser “bola” em vez de “bolá” ou “cadeira” em vez de “cádeirá”.	F=0 (0%)	F=2 (14,3%)	F=8 (57,1%)	F=2 (14,3%)	F=2 (14,3%)
2.5. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele falar muito alto.	F=4 (28,6%)	F=2 (14,3%)	F=2 (14,3%)	F=4 (28,6%)	F=2 (14,3%)
2.8. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele tiver uma voz nasalada.	F=6 (42,9%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)	F=4 (28,6%)
2.14. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele não estiver rouco.	F=7 (50%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)	F=0 (0%)	F=4 (28,6%)

Tabela 7 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca dos Aspectos Segmentais e Supra-Segmentais

Com o auxílio da Tabela 8 pode comprovar-se que a maioria dos participantes concordam que o apoio da leitura (78,5%, em que unicamente 7,1% concorda em parte) e o apoio da escrita (64,3%) são facilitadores à comunicação.

LEITURA E ESCRITA					
	Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
N = 13	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Leitura 1.12. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele tiver apoio da leitura.	F=1 (7,1%)	F=0 (0%)	F=10 (71,4%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)
Escrita 2.10. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele tiver apoio da escrita.	F=9 (64,3%)	F=0 (0%)	F=3 (21,4%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)

Tabela 8 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca da Leitura e Escrita

Quanto à pragmática (Tabela 9), os Encarregados de Educação afirmam que a adequação da fala aos diferentes contextos (71,4%, ainda que 14,3% só concordem em parte), o saber dar tempo aos outros para falar (71,4% apesar de 7,1% o faça em parte) e o saber quando é a sua vez de falar (78,5%, em que apenas 7,1% somente o façam em parte) são facilitadores à comunicação com o seu Educando.

PRAGMÁTICA					
	Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
N = 13	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
1.10. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele adequar a fala aos diferentes contextos em que pode estar (sala de aula, recreio, em casa, etc.)	F=0 (0%)	F=1 (7,1%)	F=8 (57,1%)	F=2 (14,3%)	F=3 (21,4%)
2.4. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele souber quando é a sua vez de falar.	F=10 (71,4%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)	F=0 (0%)
2.6. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele souber dar tempo aos outros para falar.	F=9 (64,3%)	F=1 (7,1%)	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)

Tabela 9 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca da Pragmática

No que concerne à Comunicação, os participantes consideram funcionalidade da mesma (57,1% ainda que 7,1% da amostra certifique em parte) como um facilitador.

COMUNICAÇÃO					
	Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
N = 13	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
2.15. A comunicação com o meu educando é dificultada se esta for funcional.	F=7 (50%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)	F=4 (28,6%)

Tabela 10 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca da Comunicação

Para o segundo objectivo, foi efectuada uma análise das afirmações referentes à importância da Terapia da Fala quanto à sua influência na comunicação entre o Encarregado de Educação e a criança com surdez. Em Apêndice H podem ser consultados os gráficos alusivos aos dados obtidos para cada uma destas afirmações.

Neste objectivo, como se pode observar na Tabela 11, verificou-se que a maioria dos indivíduos concordam ou concordam em parte com o facto da Terapia da Fala ser pertinente ao nível da resolução de problemas (71,4% de onde 7,1% fá-lo em parte), da socialização com os outros (78,5% dos quais apenas 7,1% o afirma em parte), da integração social (78,5% em que somente 7,1% o façam em parte), da adaptação ao recurso auditivo (71,4%), da comunicação com o Encarregado de Educação (78,6% com 14,3% a concordar em parte) e da comunicação com os outros (78,6% apesar de 14,3% o certificarem em parte).

	Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei
N=14	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
3.1. Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da resolução de problemas.	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)	F=9 (64,3%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)
3.2. Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da socialização com os outros (amigos, família).	F=2 (14,3%)	F=0 (0%)	F=10 (71,4%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)
3.3. Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da integração social.	F=2 (14,3%)	F=0 (0%)	F=10 (71,4%)	F=1 (7,1%)	F=1 (7,1%)
3.4. Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da adaptação ao recurso auditivo.	F=2 (14,3%)	F=0 (0%)	F=10 (71,4%)	F=0 (0%)	F=2 (14,3%)
3.5. Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da comunicação comigo.	F=2 (14,3%)	F=0 (0%)	F=9 (64,3%)	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)
3.6. Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da comunicação com os outros.	F=2 (14,3%)	F=0 (0%)	F=9 (64,3%)	F=2 (14,3%)	F=1 (7,1%)

Tabela 11 – Respostas dos participantes referentes às afirmações acerca da importância da Terapia da Fala quanto à sua influência na comunicação entre o Encarregado de Educação e a criança com surdez

Discussão

A discussão dos resultados finais é um processo fulcral em qualquer trabalho de investigação. Neste estudo, este procedimento teve por base a amostra recolhida especificamente para este caso, os objectivos traçados para o mesmo e a revisão bibliográfica. Como foi possível constatar no ponto anterior, os objectivos para este estudo abrangem determinadas questões e é importante perceber até que nível os resultados podem ter sido influenciados pelos aspectos referidos na caracterização sócio- demográfica dos participantes e dos seus respectivos educandos com surdez.

Neste contexto, as variáveis que se destacam na caracterização sócio-demográfica dos participantes são o facto de todos os participantes não estarem diagnosticados com hipoacúsia (sendo este um critério de exclusão deste estudo) e da grande maioria dos participantes (10) referirem conhecer o trabalho desenvolvido pelo Terapeuta da Fala no acompanhamento de crianças com surdez. O primeiro factor influencia os resultados na medida em que, como a maioria dos Encarregados de Educação não são fluentes em LGP, leva a que a interacção entre estes e as crianças possa ser limitada estabelecendo-se barreiras linguísticas muito mais significativas do que no caso dos Encarregados de

Educação com surdez (Batista e Costa, 2003). Mas neste estudo, tal não se confirma, sendo considerada a LGP um facilitador à comunicação. Relativamente ao segundo, pode levar a um conhecimento muito mais aprofundado acerca da Terapia da Fala e à prevalência de um trabalho conjunto que permitirá resultados mais eficazes e conseqüentemente a tipos de resposta diferentes (ASHA, 2008).

Quanto à caracterização sócio-demográfica dos educandos salientam-se as variáveis da idade, da idade que tinham quando foi diagnosticada a surdez, o facto de ser ou não aparelhado, da idade com que foi aparelhado, se já frequentou e se frequenta actualmente Terapia da Fala e desde que idade começou a ter apoio a este nível. A idade dos educandos influencia as respostas no sentido em que idades diferentes levam a barreiras e facilitadores diferentes. No que diz respeito à idade em que a surdez foi diagnosticada vai interferir directamente com o desenvolvimento linguístico da criança (Monreal *et al*, 1995). A variável de ser ou não aparelhado e a idade em que foi aparelhado contribuem para determinadas respostas pois os aparelhos auditivos podem funcionar como barreiras ou facilitadores durante o processo de desenvolvimento infantil e no caso das últimas, colaborar no uso da informação auditiva para a comunicação, incluindo para o desenvolvimento da LO (New York State Department of Health, 2007). A idade por sua vez permite saber se houve ou não uma estimulação através de comunicação verbal oral, influenciando o prognóstico e inevitavelmente as respostas dadas pela amostra (Feres e Pereira, 2005; Naussbaum, 2003; Pastorelo e Rocha, 2006). O facto de os educandos já terem frequentado e/ou frequentarem Terapia da Fala e desde que idade, faz com que os participantes possam ter conhecimentos mais aprofundados sobre o trabalho desenvolvido pelos Terapeutas da Fala, a idade em que este apoio foi iniciado vai influir essa mesma percepção pois quando existe um trabalho precoce evidencia-se um desenvolvimento da linguagem e da comunicação mais eficaz (Apuzzo & Yoshinaga-Itano, 1995; Moeller, 1998; Robinshaw, 1995; Strong, Clark, Johnson, Watkins, Barringer & Walden, 1994; White & White, 1987; Yoshinaga-Itano & Apuzzo, 1998^a, 1998b; Yoshinaga-Itano, Sedey, Coulter & Mehl, 1998 cit in Mayne 1998).

No que concerne ao primeiro objectivo, identificar e descrever quais as barreiras e os facilitadores existentes na comunicação com a criança com surdez por parte dos principais intervenientes no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem, especificamente os Encarregados de Educação, foram contempladas trinta afirmações (referentes ao parte I do questionário) baseadas nos qualificadores da CIF e tendo em consideração o âmbito de actuação do Terapeuta da Fala com este tipo de população. De forma a facilitar a percepção dos dados foram utilizadas três cores nas tabelas, o cinzento para os resultados esperados, o vermelho para os que não eram esperados e o amarelo para percentagens iguais.

Respeitante à análise das afirmações relativas à Aquisição da Linguagem foram contempladas duas questões sobre a LGP (afirmações 1.1. e 2.1.) e uma alusiva à LO (afirmação 1.11.). Quanto às primeiras, 92,8% dos participantes concorda ou concorda em parte que a aprendizagem de LGP por parte do educando facilita a sua comunicação com o mesmo e 78,5% da amostra discorda ou discorda em parte que a comunicação com o seu educando é dificultada se este souber LGP, sendo que 21,4% concordam ou concordam em parte com esta afirmação. Assim, os resultados foram de acordo ao que seria esperado pois segundo Akiyama *et al* (2004) o bilinguismo promove o desenvolvimento linguístico da criança com surdez. Por outro lado, não parece existir qualquer constrangimento ao uso da LGP pelo facto de todos os Encarregados de Educação serem ouvintes, não considerando que esta é uma barreira mas um claro facilitador à comunicação. Estes resultados podem ter surgido pelo facto do Centro onde se realizou o estudo partilhar desta teoria, dando muita relevância à LGP ao longo de todo o processo educativo das crianças (Ferreira, 2008). Quanto à LO, 78,5% da amostra concorda que a comunicação é facilitada se os educandos compreenderem a LO, o que vai de encontro à revisão bibliográfica efectuada, que ressalta a importância de inserção da criança com surdez em dois contextos, o ouvinte e o surdo (Lacerda *et al*, 2006).

Através da análise dos dados referentes à Leitura Labial é possível perceber que 78,5% dos Encarregados de Educação concorda ou concorda em parte que a comunicação é facilitada com a utilização da leitura labial. Sendo o uso da mesma

crucial no desenvolvimento da fala (Graham e Martin, 2005), e na compreensão da LO para algumas crianças (Spínola e Spínola, 2009), esta seria a resposta prevista.

No processamento auditivo, tal como esperado, 78,5% da amostra discorda ou discorda em parte que a detecção de sons dificulta a comunicação e 71,4% também discorda ou discorda em parte que a discriminação auditiva dificulta a comunicação. Posto isto, o processamento auditivo é considerado um facilitador à comunicação, pois como refere Sim-Sim (1998) é através deste que se realiza a recepção da fala, contribuindo para a compreensão da LO.

As respostas das questões alusivas à Fonética e Fonologia demonstram que os resultados foram de encontro ao previsto. Quanto à primeira afirmação 85,7% dos participantes concordam ou concordam em parte que falar é um facilitador à comunicação, o que poderá ser justificável pelo facto de 100% da amostra ser constituída por indivíduos ouvintes. Na questão relativa à comunicação ser dificultada pela troca de alguns sons, apesar de 57,2% concordarem ou concordarem em parte com esta afirmação, houve uma percentagem muito elevada (42,8%) a responder discordo ou “não sei”. Estes resultados podem advir de um desconhecimento por parte dos Encarregados de Educação sobre o trabalho técnico realizado pelo Terapeuta da Fala a nível da articulação ou de uma sobrevalorização da LGP face à LO. Na última afirmação da primeira área, 78,5% da amostra discordam ou discordam em parte que o auto-conhecimento das estruturas oro-faciais dificulte a comunicação. Sendo esta uma área de intervenção do Terapeuta da Fala (Goh-Taylor, 2005) e de acordo com Manrique e Huarte, (2005) e Mogford (2002) todos estes aspectos poderem estar comprometidos nestas crianças, o apoio a este nível é imprescindível. Ao nível Fonológico a maior percentagem concordou ou concordou em parte que a percepção da diferença entre pares mínimos (71,5%) e a consciência fonémica (71,4%) são facilitadores à comunicação. Mogford (2002) defende que as crianças com surdez podem apresentar alterações ao nível da fonologia que justificam estas duas afirmações, sendo o apoio em Terapia da Fala de extrema relevância.

Cleary (2008) afirma que as crianças com surdez apresentam dificuldades na área da semântica, o que remete para intervenção em Terapia da Fala para combater as barreiras

linguísticas provocadas pelas mesmas. Com a observação dos resultados constatou-se que 92,9% da amostra concordam ou concordam em parte que o vocabulário alargado facilita a comunicação e 85,7% concordaram ou concordaram em parte que a capacidade de definir palavras é um facilitador à comunicação.

Na questão referente à Morfologia (2.3.), 78,5% da amostra discorda ou discorda em parte que perceber a informação das palavras e como se alteram na frase seja uma barreira à comunicação. Quanto às duas afirmações respeitantes à Sintaxe (2.12. e 1.7.), 71,4% dos indivíduos discordam ou discordam em parte que a compreensão de frases complexas dificulte a comunicação e 64,2% concordam ou concordam em parte que a produção correcta da ordem das palavras na frase é um facilitador à comunicação. Neste sentido, de acordo com os resultados, as dificuldades que estas crianças podem apresentar e que foram descritas por Mogford (2002) vêm confirmar que a intervenção morfossintáctica é de extrema importância.

Goh-Taylor (2005) defende que a intervenção do Terapeuta da Fala incide, além de outros aspectos, nas características segmentais e supra-segmentais, uma vez que, de acordo com Manrique e Huarte (2005) e Juárez in Casanova (2001), estes aspectos estão comprometidos. Assim sendo, as respostas as questões 1.4., 1.6., 1.9., 1.13. e 2.14. confirmam o que foi dito anteriormente, pois os participantes concordam ou concordam em parte que a adequação da entoação da fala (64,3%) e a acentuação correcta das palavras (71,4%) são facilitadores à comunicação e discordam ou discordam em parte que uma desadequação da velocidade de fala (71,4%), do número de pausas na frase (71,4%) e da qualidade vocal (57,1%) funcionam como barreiras à comunicação. No entanto, verificou-se que na questão 2.5. a percentagem de discordo ou discordo em parte (42,9%) é igual à percentagem de concordo ou concordo em parte, sendo que a de discordo (28,6%) é superior à de concordo (14,3%), pelo que não se pode afirmar que os participantes considerem o uso apropriado da intensidade vocal como um facilitador à comunicação. O mesmo aconteceu na afirmação relativa à nasalidade da voz observando-se que 50% da amostra discorda ou discorda em parte que a voz nasalada dificulte a comunicação. Os resultados observados nestas duas afirmações podem estar relacionados com o desconhecimento pelos Encarregados de Educação acerca da

importância desta área e do trabalho técnico desenvolvido pelo Terapeuta da Fala neste âmbito de actuação.

No que diz respeito às afirmações respeitantes à Leitura e Escrita comprovou-se que 78,5% dos inquiridos concordam ou concordam em parte que o apoio da leitura é um facilitador à comunicação, assim como 64,3% discordam que o apoio da escrita seja uma barreira à comunicação. Estes dados ressaltam o referido por Bautista (1997) e McGuinness e Donohue, 1995; Siegel, 1995 cit in Marchesa e Zorzi, 2003 relativamente às dificuldades apresentadas na leitura e na escrita e às contribuições desta área no processo de desenvolvimento da criança, justificando a possível necessidade da intervenção em Terapia da Fala a este nível.

Com a visualização dos resultados facilmente se conclui que todos os dados adquiridos vão de acordo ao esperado no que pertence à Pragmática, pois, segundo Mogford (2002), as crianças com surdez apresentam, geralmente, muitas dificuldades nesta área, que também faz parte do âmbito de actuação do Terapeuta da Fala. A maioria (71,4%) dos Encarregados de Educação concordam ou concordam em parte que a adequação a diferentes contextos facilita a comunicação, 78,5% discordam ou discordam em parte que saber tomar a vez numa conversa dificulta a comunicação e 71,4%, tal como na questão anterior, discordam ou discordam em parte que dar tempo aos outros para falar é uma barreira à comunicação.

O Terapeuta da Fala na intervenção em crianças com surdez tem como principal objectivo promover as competências comunicativas das mesmas, tornando a sua comunicação o mais funcional possível, tendo em consideração as especificidades de cada criança (ASHA, 2004 e Goh-Taylor, 2005). Desta forma, ressaltando o que foi descrito na revisão bibliográfica 57,1% dos inquiridos discordam ou discordam em parte que a comunicação funcional dificulta a comunicação com os seus educandos.

Por último, quanto ao segundo objectivo que tem como finalidade perceber qual a importância da Terapia da Fala quanto à sua influência na comunicação entre o Encarregado de Educação e a criança com surdez é pertinente referir que esta profissão desempenha um papel fundamental em todas as áreas referidas no instrumento de

recolha de dados – a leitura labial, o treino auditivo, a fala, as competências linguísticas e comunicativas e as características segmentais e suprasegmentais (Goh-Taylor). Mas para que a intervenção seja eficaz é imprescindível que as barreiras e os facilitadores da comunicação sejam identificados, pois só assim o Terapeuta da Fala poderá minimizar as primeiras e proporcionar maiores oportunidades de comunicação com as segundas (Lopes *et al*, 2009). Posto isto, consoante os resultados obtidos os Encarregados de Educação consideram que todas as áreas que, segundo a revisão bibliográfica, podem estar comprometidas na criança com surdez e nas quais o Terapeuta da Fala tem um papel fulcral, são essenciais para uma comunicação entre estes e os seus educandos sejam facilitada. No entanto, constatou-se que foi dada menos relevância à área dos aspectos segmentais e supra-segmentais, nomeadamente à nasalidade da voz e à intensidade vocal.

Assim sendo, como se pode verificar através dos resultados obtidos, a maioria dos indivíduos concordam ou concordam em parte com o facto da Terapia da Fala ser pertinente ao nível da resolução de problemas (71,4%), da socialização com os outros (78,5%), da integração social (78,5%), da adaptação ao recurso auditivo (46,2), da comunicação com o Encarregado de Educação (71,4%) e da comunicação com os outros (71,4%).

Conclusão

Com a discussão dos resultados obtidos é possível concluir que, apesar de duas das afirmações dos aspectos segmentais e supra-segmentais não terem sido consideradas como facilitadores, todas as áreas do âmbito de actuação da Terapia da Fala na intervenção com crianças com surdez foram identificadas como facilitadores à comunicação, indo, em quase todos os pontos, ao encontro da bibliografia consultada. Assim, foi possível dar resposta aos dois objectivos propostos para este estudo.

Após a identificação das barreiras e facilitadores à comunicação com crianças com surdez, pelos Encarregados de Educação de um Centro do distrito de Lisboa, é possível pensar em duas contribuições que poderão ser retiradas a partir deste estudo. São estas: 1) a adequação do trabalho do Terapeuta da Fala em função das áreas de intervenção

consideradas, pela amostra, de maior importância no dia-a-dia destas crianças, ou seja na direcção do que é mais funcional e 2) a maior formação e informação passada aos Encarregados de Educação acerca da relevância das áreas que foram percebidas por estes como de menor pertinência para a comunicação.

No que diz respeito à primeira contribuição, com a análise e discussão dos resultados observou-se que a semântica, a compreensão da LO e a leitura labial são os facilitadores em que há maior concordância. No segundo, os aspectos segmentais e supra-segmentais seguidos da fonologia são as áreas entendidas pela maior parte da amostra como os facilitadores menos influentes na comunicação.

Deste modo, conclui-se que a Terapia da Fala tem um papel fulcral na intervenção com estas crianças e com os respectivos Encarregados de Educação, ao proporcionar maiores oportunidades de comunicação com os facilitadores e minimizar as barreiras. Promovendo assim, e de acordo com os resultados obtidos, a resolução de problemas, a socialização com os outros, a integração social, a adaptação ao recurso auditivo, a comunicação com o Encarregado de Educação e a comunicação com os outros.

Como forma de finalizar e com o intuito de contribuir para futuros estudos é indispensável referir as limitações inerentes a este estudo, nomeadamente a pouca adesão no preenchimento do questionário, o facto de a amostra não ser estatisticamente significativa, a abrangência de idades dos educandos ser muito alargada, o não ter sido considerado como variável de exclusão a comorbilidade (o que poderá fazer com que, no caso das duas crianças com Síndrome Charge as barreiras e facilitadores à comunicação não estejam unicamente relacionadas com o défice auditivo) e amostra só ser constituída por ouvintes. Foram também considerados como grandes limitações não terem sido encontrados estudos para realizar uma comparação e após o tratamento de dados e análise dos mesmo se ter verificado que algumas afirmações do questionário poderiam estar formuladas de uma forma mais correcta e perceptível de modo a evitar interpretações incorrectas e, assim, obter-se respostas mais fidedignas (Parte I – questões 1.9., 1.14., 1.15., 2.11., 2.12., 2.14. e 2.15.). Como sugestões para futuros estudos considera-se que seria essencial aumentar a amostra do estudo para que os resultados sejam mais fiáveis, nomeadamente, a outras escolas, diminuir as idades de

abrangência dos educando e incluir na amostra Encarregados de Educação com surdez, com o objectivo de se adquirir uma amostra mais variada com percepções possivelmente divergentes.

Apesar das limitações apontadas, considera-se que foi possível através do presente estudo dar resposta aos objectivos traçados inicialmente, tendo contribuído de certa forma para a melhoria contínua da intervenção no âmbito da Terapia da Fala com estas crianças e com os respectivos Encarregados de Educação.

Bibliografia

Akiyama, R., Couto, M., Litchtig, I., Slomski, V. e Trettel, M. (2004). Programa Transdisciplinar de Atendimento a Famílias Ouvintes e a seus Filhos Surdos. In D. Befi-Lopes, L. Ferreira, & S. Limongi, *Tratado de Fonoaudiologia* (pp. 740-749). São Paulo: Roca.

A.S.H.A. (2004). Obtido em 12 de Julho de 2010, de *Roles of Speech-Language Pathologists and Teachers of Children Who Are Deaf and Hard of Hearing in the Development of Communicative and Linguistic Competence*: <http://www.asha.org/docs/html/PS2004-00232.html>.

A.S.H.A. (1982). Obtido em 14 de Julho de 2010, de *Language*: <http://www.asha.org/docs/html/RP1982-00125.html>.

A.S.H.A. (2008). Obtido em 14 de Julho de 2010, de *Service Provision to Children Who are Deaf and Hard of Hearing, Birth to 36 Months*: <http://www.asha.org/docs/html/TR2008-00301.html>.

Baptista, A (2008). *Os Surdos na Escola. A exclusão pela inclusão*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.

Bat-Chava, Y., Martin, D. e Kosciw, G. (2005). *Longitudinal improvements in communication and socialization of deaf children with cochlear implants and hearing aids: evidence from parental reports*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46:12 (2005), pp 1287-1296.

Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa

- Batista, A. e Costa, M. (2003). *Abordagens Comunicativas e os Impasses na Construção da Escrita do Português por Crianças Surdas*. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília, Jul.-Dez. 2003, v.9, n.2, p.155-162
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Bernstein, D. e Tiggerman, E. (1993). *Language and Communication Disorders in Children*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Bevilacqua, M. e Formigoni, G. (2000). *Audiologia Educacional: Uma Opção Terapêutica para a Criança Deficiente Auditiva*. São Paulo: Pró-Fono.
- Bishop, D. e Leonard, L. (2000). *Speech and Language Impairments in Children. Causes, Characteristics, Intervention and Outcome*. New York: Psychology Press;
- Bishop, D. e Mogford, K. (2002). *Desenvolvimento da Linguagem em Circunstâncias Excepcionais* (440 ed.). Rio de Janeiro: Revinter.
- Bureau International d'AudioPhonologie*. (1997). Obtido em 6 de Julho de 2010, de Clasificación Audiométrica de Las Deficiencias Auditivas: <http://www.biap.org/biapespagnol/esprecom021.htm>.
- Borg, E., Risberg, A., McAllister, B., Undemar, B., Edquist, G., Reinholdson, A., Wiking-Johnsson, A. e Willstedt-Svensson, U. (2002). *Language development in hearing-impaired children. Establishment of reference material for a 'Language test for hearing-impaired children', LATHIC*. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 65 (2002) 15-16.
- Brazotto, J. (2005). A Terapia Fonoaudiológica da Criança Surda. (Cap. 12). In M. Bevilacqua, A. Moret (org). *Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais de saúde*. São José dos Campos: Pulso; 2005.
- Capitão, S. (2009). Terapia da Fala no Mundo da Surdez. *Revista Diversidades*, 18-21.
- Carmo, H. e Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa

Carmo, H., Martins, M., Morgado, M. e Estanqueiro, P. (2007). *Programa Curricular de Língua Gestual Portuguesa*. Lisboa: Ministério da Educação.

Casanova, J. P. (2001). *Manual de Logopedia*. (3ªed). Barcelona: Masson.

Chevrie-Muller, C. e Narbona, J. (2005). *A linguagem na criança. Aspectos normais e patológicos*. (2.ª ed.). São Paulo: Artmed editora.

Cleary, M. (2008). Language Disorders in Children with Hearing Impairment. In R. Schartz, *Handbook of Child Language Disorders* (pp. 90-114).

Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Lopopèdes de la Union Européenne. (2003). Obtido em 12 de Julho de 2010, de Definition and areas of competence: <http://www.cplol.org/eng/SLT.htm>.

Coutinho, J. (2006). *Perda auditiva progressiva e o desenvolvimento de linguagem: um estudo de caso*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Duarte, H. e Almeida, M. (2006). Derrubar as barreiras da comunicação e do acesso à informação. In M. Bispo, A. Couto, M. Clara, & L. Clara, *O Gesto e a Palavra I: Antologia de Textos sobre a Surdez* (pp. 221-256). Lisboa: Caminho.

Felizes, R. (2005). Considerações sobre a construção de significados pela pessoa surda, na ausência de um sistema de linguagem estruturado. In O. Coelho, *Perscrutar e Escutar a Surdez* (pp. 177-185). Lisboa: Edições Afrontamento.

Ferreira, J. F. (2008). *Projecto Educativo de Escola: Centro no distrito de Lisboa*. Lisboa: Casa Pia de Lisboa.

Feres, M. e Pereira, M. (Julho-Dezembro de 2005). Próteses Auditivas. *Surdez: Implicações clínicas e possibilidades terapêuticas*, 257-261.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Coimbra: Lusociência.

Frota, S. (2003). *Fundamentos em fonoaudiologia. Audiologia*. (2.ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Kookan S.A.;

Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa

- Garcia-Marques, T. e Maroco, J. (2006). “*Qual a fiabilidade do alfa Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?*”. Laboratório de Psicologia. Instituto Superior de Psicologia Aplicada Portugal, 4, 1, pp. 65-90.
- Giola, B. (2001). The Emergent Language and Literacy Experiences of Three Deaf Preschoolers. *International Journal of Disability, Development and Education*, Vol. 48, N° 4, 2001.
- Goh-Taylor, S. (2005). *Royal College of Speech & Language Therapists: Clinical Guidelines*. Oxon: Speechmark Publishing.
- Goldfeld, M. (2002). *A Criança Surda: Linguagem e Cognição numa Perspectiva Sociointeracionista* (2.ª Edição ed.). São Paulo: Plexus.
- Goldfeld, M. (2003). Surdez. In M. Goldfeld, *Fundamentos em Fonoaudiologia: Linguagem* (2ª Edição ed., pp. 97-112). Rio de Janeiro: Guanabra Koogan.
- Gomes, M., Ataíde, A. e Falcão, A. (2005). A Importância da Mediação e da Metacognição no Desenvolvimento da Criança Surda. In O. Coelho, *Perscrutar e Escutar a Surdez* (pp. 187-210). Lisboa: Edições Afrontamento.
- Grosjean, F. (2000). *The Right of The Deaf Child To Grow Up Bilingual*. Suíça: Université de Neuchâtel.
- Harris, J. e Bamford, C. (2001). *The Uphill Struggle: services for Deaf or hard of hearing people – issues of equality, participation and access*. *Disability & Society*, Vol. 16, N° 7, 2001, pp 969-979. Taylor & Francis Ltd.
- Jakubovicz, R. (2002). *Atraso de Linguagem: Diagnóstico pela Média dos Valores da Frase (MVF)*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Lacerda, E., L., P. e Rocha, A. (2006). *Os práticos do Diálogo*. São Paulo: Revinter.
- LODI, Ana Cláudia (2000) “Educação Bilingue para Surdos”, in Cristina Lacerda, Helenice Nakamura e Maria Cecília Lima (Orgs.) *Fonoaudiologia: Surdez e Abordagem Bilingue*. São Paulo: Plexus.

Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa

Lopes, A., Oliveira, C. e Torres, C. (9 de Março de 2009). *Educação de Alunos Surdos*. Obtido em 2010 de Julho de 15, de Terapia de Fala na Educação Bilingue de alunos surdos: <http://escolareferencialamacaes.blogs.sapo.pt/2820.html>

Manrique, M. e Huarte, A. (2005). Hipoacúsias. Surdez. In C. Chevie-Muller, & J. Narbona, *A Linguagem da Criança: Aspectos Normais e Patológicos* (pp. 264-284). Porto Alegre: Artmed.

Marchesan, I. e Zorzi, J. (2003). *Tópicos em Fonoaudiologia*. Rio de Janeiro: Revinter;

Martin, M. (2005). Pessoas Surdas e com Deficiência Auditiva. In J. Graham, & M. Martin, *Surdez de Ballantyne* (pp. 1-9). São Paulo: Santos.

McLaughlin, S. (1998). *Introduction to Language Development*. London: Singular Publishing Group, Inc.;

Mayne, A. (1998). *Receptive Vocabulary Development of Infants and Toddlers Who are Deaf or Hard of Hearing*. *Volta Review*, 00428639, Nov98, Vol.100, Número 5. Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Mediacode. (04 de Março de 2009). *CIF uma mudança de paradigma*. Obtido em 7 de Julho de 2010, de Instituto Nacional para a Reabilitação: <http://www.inr.pt/content/1/52/cif-uma-mudanca-paradigma>

Miranda, M. e Alegria, R. (2009). Implantes Cocleares: A Intervenção do Terapeuta da Fala. In V. Peixoto e J. Rocha (orgs), *Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala (1º volume)*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Mogford, K. (2002). Aquisição da Linguagem Oral no Indivíduo Pré-Linguisticamente Surdo. In D. Bishop, & K. Mogford, *Desenvolvimento da Linguagem em Circunstâncias Excepcionais* (pp. 145-177). Rio de Janeiro: Revinter.

Monreal, S.; Santos, J.; Hernández, R. & Cuenca, A. (1995). *Deficiência Auditiva: Aspectos Psicoevolutivos y Educativos*. Granada: Ediciones Aljibe.

Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa

Nascimento, L. (2002). *Instituto Federal Santa Catarina*. Obtido em 19 de Abril de 2009, de Dissertações: http://www.sj.cefetsc.edu.br/~nepes/midioteca_dissertacoes/pdf_completa/dissertacao_05.pdf

Naussbaum, D. (Março de 2003). *Cochlear Implants: Navigating a Forest of Information...One Tree at a Time*. Obtido em 11 de Junho de 2009, de Laurant Clerc National Deaf Education Center: Gallaudet University: <http://clerccenter2.gallaudet.edu/KidsWorldDeafNet/e-docs/CI/index.html>

New York State Department of Health, Early Intervention Program (2007). *Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Hearing Loss, Assessment and Intervention for Young Children (age 0-3 Years)*. New Albany (NY): NYS Department of Health, Publication No. 4967, 354 pages.

World Health Organization (WHO) (2010). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Obtido em 7 de Julho de 2010, de World Health Organization: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Pastorello, L. e Rocha, A. (2006). *Fonoaudiologia e Linguagem Oral: Os práticos do Diálogo*. Rio de Janeiro: Revinter.

Pontes, A. (2005). Fundamentos de Aquisição e Desenvolvimento da Linguagem (Parte I). (Cap. 9). In M. Bevilacqua, A. Moret (org). *Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais de saúde*. São José dos Campos: Pulso; 2005..

Ruela, A. (2000). *O aluno surdo na escola regular - a importância do contexto familiar e escolar*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

Santos, M., Lima, M. e Rossi, T. (2003). Surdez: Diagnóstico Audiológico. In Z. Gesueli, S. Kauchakje, & I. Silva, *Cidadania, Linguagem e Surdez* (pp. 7-41). S. Paulo: Plexus Editora.

Sim-Sim, I. (2005). *A Criança Surda: Contributos para a sua Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa

Sim-Sim, I., Silva, A. e Nunes, C. (2008). *Linguagem e Comunicação no Jardim-de-Infância. Textos de Apoio para Educadores de Infância*. Lisboa: Ministério de Educação/Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Spínola, S. e Spínola, S. (2009). Surdez: Uma Definição, Várias Perspectivas... *Revista Diversidades* , 4-6.

Torres, E., Mazzoni, A. e Mello, A. (Maio - Agosto de 2007). Nem toda pessoa cega lê em Braille nem toda pessoa surda se comunica em língua de sinais. *Educação e Pesquisa* , 369-386.

Üstün, B. (2001). The international classification of functioning, disability and health—a common framework for describing health states. *Summary Measures of Population Health* , pp. 344-348.

Legislação

Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro. Obtido em 9 de Junho de 2010 de Diário da República nº 176/98 - I Série A: http://sitio.dgicd.min-edu.pt/especial/Documents/dl_n_3_2008.pdf;

Apêndices

Apêndice A – Checklist Surdez

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação de acordo com os seguintes qualificadores:

0- Nenhuma deficiência; **1-** Deficiência Ligeira; **2-** Deficiência moderada; **3-** Deficiência grave; **4-** Deficiência completa; **8-** Não especificada¹; **9-** Não aplicável²

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Funções Mentais							
<i>(Funções Mentais Globais)</i>							
b130 Funções da energia e dos impulsos							
b1301 Motivação							
<i>(Funções Mentais Específicas)</i>							
b140 Funções da atenção							
b1400 Manutenção da atenção							
b1401 Mudança da atenção							
b167 Funções mentais da linguagem							
b1670 Recepção da linguagem							
b16700 Recepção da linguagem oral							
b16700 Recepção de linguagem escrita							
b16700 Recepção da linguagem de sinais							
b1671 Expressão da linguagem							
b16710 Expressão da linguagem oral							
b16711 Expressão de linguagem escrita							
b16712 Expressão da linguagem de sinais							
Capítulo 2 – Funções Sensoriais e Dor							
b210 Funções da visão							
b230 Funções auditivas							
b2300 Detecção de sons							
b2301 Discriminação do som							
b2302 Localização da fonte sonora							
b2303 Lateralização do som							
b2304 Discriminação da fala							
Capítulo 3 – Funções da Voz e da Fala							
b310 Funções da voz							
b3100 Produção da voz							
b3101 Qualidade da voz							
b320 Funções da articulação							
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala							
b3300 Fluência da fala							
b3301 Ritmo da fala							
b3302 Velocidade da fala							
b3303 Melodia da fala							
Capítulo 4 – Funções do Aparelho Cardiovascular, dos Sistemas Hematológico e Imunológico e do Aparelho Respiratório							
b440 Funções da respiração							
b4400 Frequência respiratória							
b4401 Ritmo respiratório							
Outras Funções Corporais a considerar Outras Funções Corporais a considerar							

Actividade e Participação

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação de acordo com os seguintes qualificadores:

- 0-** Nenhuma deficiência; **1-** Deficiência Ligeira; **2-** Deficiência moderada; **3-** Deficiência grave; **4-** Deficiência completa; **8-** Não especificada; **9-** Não aplicável

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos							
d110 Observar							
d115 Ouvir							
d130 Imitar							
d134 Desenvolvimento da linguagem							
d160 Concentrar a atenção							
d175 Resolver problemas							
Capítulo 3 – Comunicação							
d310 Comunicar e receber mensagens orais							
d315 Comunicar e receber mensagens não verbais							
d320 Comunicar e receber mensagens usando linguagem gestual							
d325 Comunicar e receber mensagens escritas							
d330 Falar							
d335 Produzir mensagens não verbais							
d340 Produzir mensagens usando linguagem gestual							
d350 Conversação							
d355 Discussão							
Capítulo 7 – Interações e Relacionamentos Interpessoais							
d710 Interações interpessoais básicas							
d720 Interações interpessoais complexas							
Capítulo 9 – Vida Comunitária, Social e Cívica							
d920 Recreação e lazer							
Outros Aspectos da Actividade e Participação a considerar							

Factores Ambientais

Nota: Podem ser tidas em consideração todas as categorias ou apenas aquelas que se considerem mais pertinentes em função da condição específica da criança/jovem. As diferentes categorias podem ser consideradas enquanto barreiras ou facilitadores. Assinale, para cada categoria, com (.) se a está a considerar como barreira ou com o sinal (+) se a está a considerar como facilitador. Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores: **0-**Nenhum facilitador/barreira; **1-** Facilitador/barreira Ligeiro; **2-** Facilitador/barreira moderado; **3-**Facilitador substancial/barreira grave; **4-** Facilitador/barreira completo; **8-** Não especificada; **9-** Não aplicável

Qualificadores	Barreira ou Facilitador	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Produtos e Tecnologia								
e125 Produtos e tecnologias para a comunicação								
e130 Produtos e tecnologias para a educação								
Capítulo 3 – Apoio e Relacionamentos								
e310 Família próxima								
e315 Amigos								
e330 Pessoas em posição de autoridade								
Outros Factores ambientais a considerar								

Apêndice B – Gráficos Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra

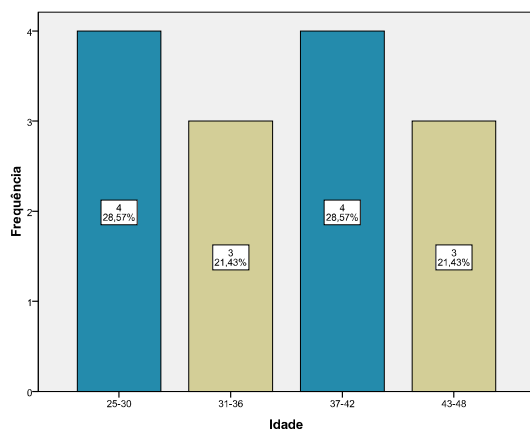


Fig. 1 – Idade dos participantes.

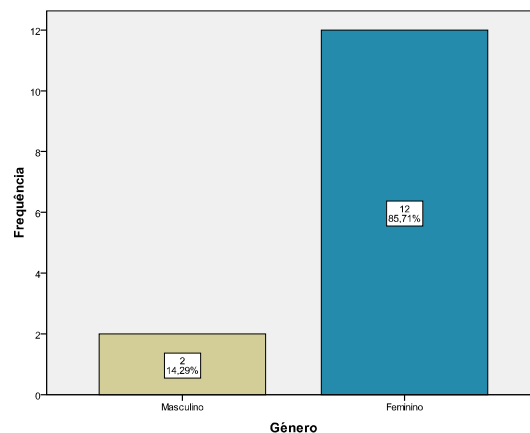


Fig. 2 – Gênero dos participantes.

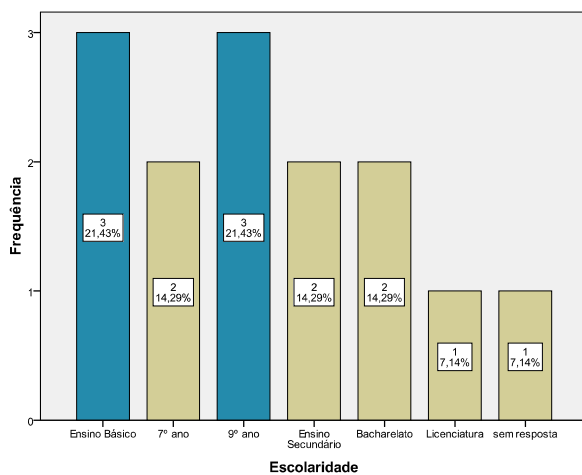


Fig. 3 – Escolaridade dos participantes.

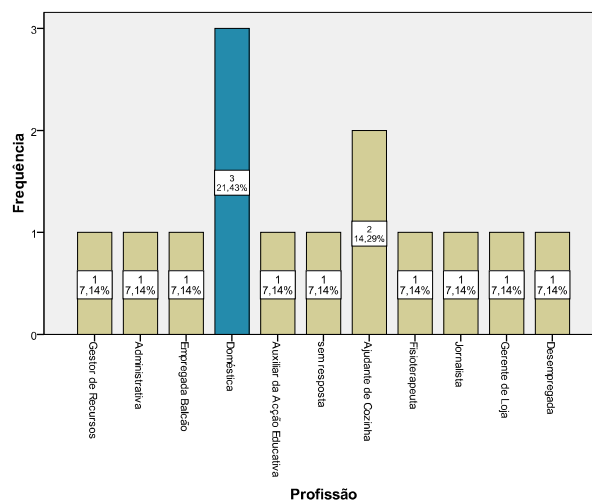


Fig. 4 – Profissão dos participantes.

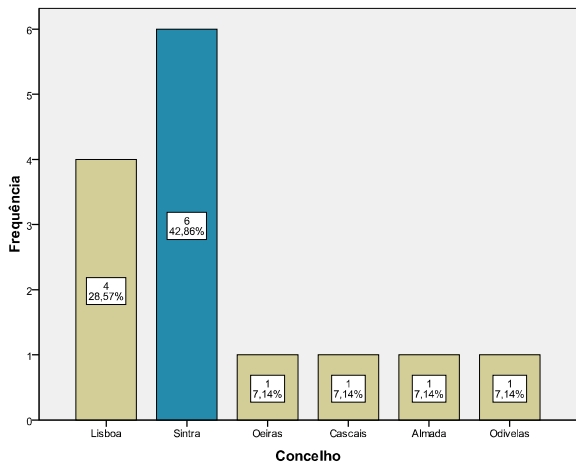


Fig. 5 – Concelho dos participantes.

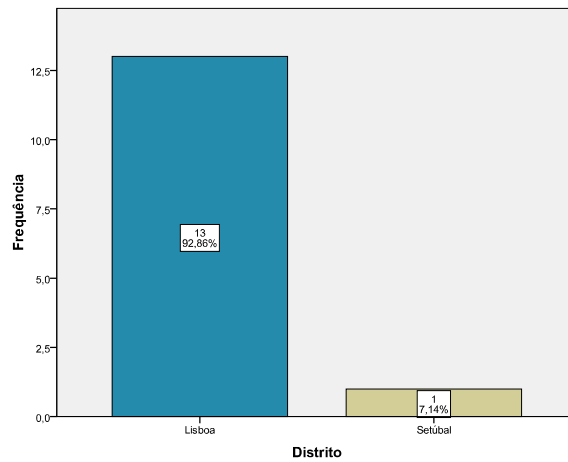


Fig. 6 – Distrito dos participantes.

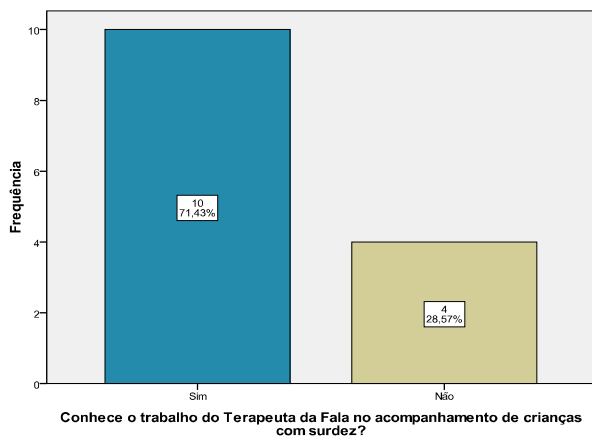


Fig. 8 – Causa da Surdez dos educandos

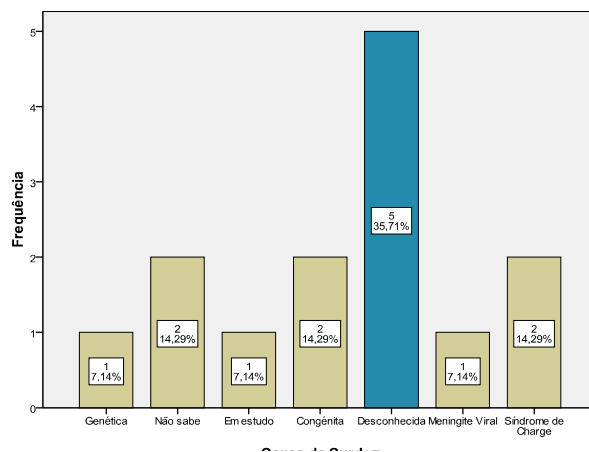


Fig. 7 – Conhecimento dos participantes acerca do trabalho do Terapeuta da Fala no acompanhamento de crianças com surdez.

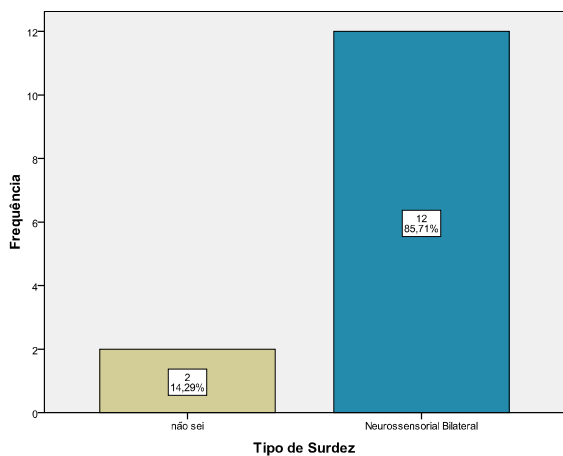


Fig. 9 – Tipo de Surdez dos educandos.

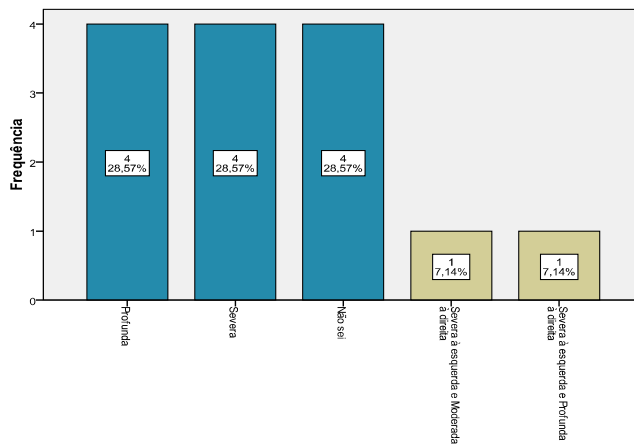


Fig. 10 – Grau de Surdez dos educandos

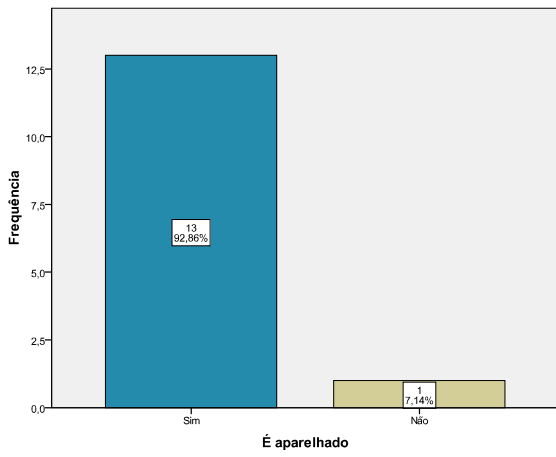


Fig. 11 – O educando está aparelhado

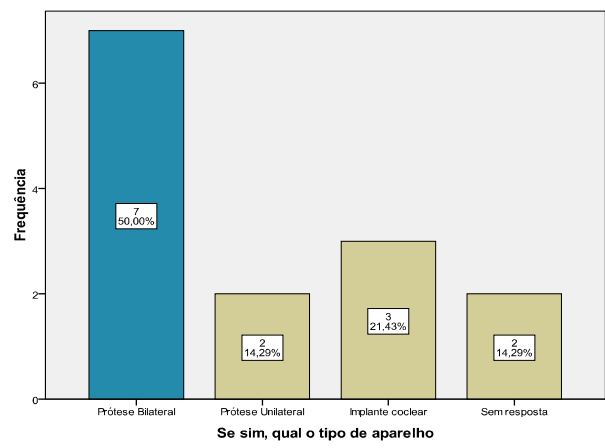


Fig. 12 – Qual o tipo de aparelho dos educandos

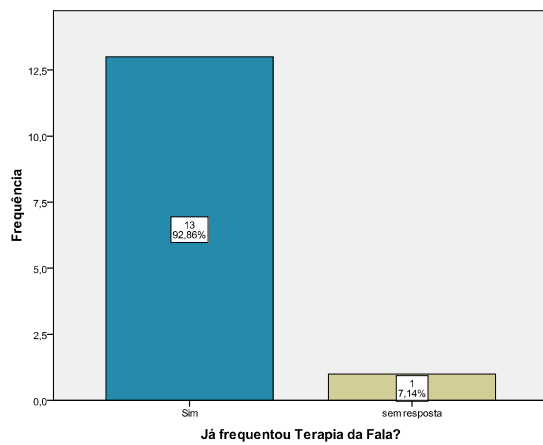


Fig. 13– O educando já frequentou Terapia da Fala.

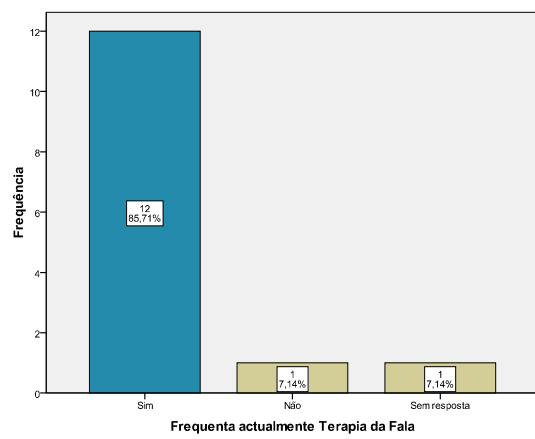


Fig. 14– O seu educando frequenta a Terapia da Fala.

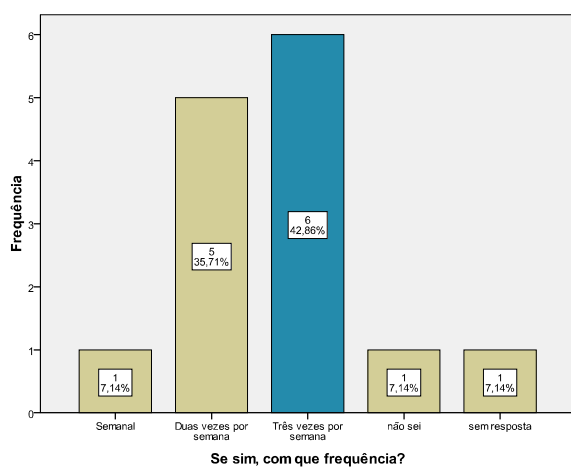


Fig. 15 – Frequência das sessões.

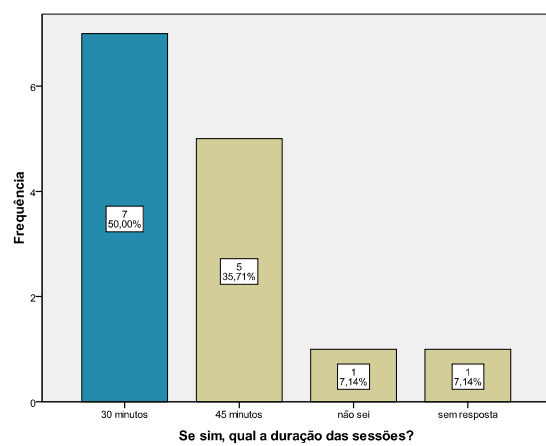


Fig. 16– Duração das sessões.

Apêndice C – Instrumento de Recolha de Dados



INVESTIGAÇÃO APLICADA À TERAPIA DA FALA

Eu, Joana Pires Fernandes, aluna do 4.º ano da Licenciatura de Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde Atlântica, estou a desenvolver, no âmbito da realização de monografia de final de curso para a Unidade Curricular de Investigação Aplicada à Terapia da Fala, um estudo com o tema: *“Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa”*, sob orientação da Professora Maria Manuel Vidal.

Este estudo visa identificar e descrever quais as barreiras e os facilitadores consideradas pelos Encarregados de Educação na comunicação com a criança surda e perceber qual a importância da Terapia da Fala, quanto à sua influência na comunicação entre o Encarregado de Educação e a criança surda. A pertinência deste estudo centra-se nas dificuldades comunicativas da criança com surdez bem como na importância do papel da Terapia da Fala. Ao serem identificadas as barreiras e facilitadores, é possível perceber qual a contribuição da Terapia da Fala neste contexto de intervenção, minimizando as barreiras e proporcionando maiores oportunidades de comunicação, de modo a potenciar a performance comunicativa destas crianças.

A percepção dos Encarregados de Educação é muito importante uma vez que estes desempenham um papel crucial na educação dos seus Educandos lidando diariamente com eles, sendo parceiros fundamentais no processo terapêutico e vivendo de perto as dificuldades comunicativas inerentes à surdez.

O instrumento de recolha de dados é um questionário que vai de encontro aos objectivos anunciados anteriormente. O tratamento dos dados tem fins meramente científicos e será efectuado de uma forma global, não sendo estes sujeitos a uma análise individual e estando assegurada a confidencialidade, garantido o total respeito pelo anonimato. De modo a permitir o acesso dos participantes aos resultados, será disponibilizado um exemplar do estudo à instituição.

Agradeço desde já a sua colaboração.



INVESTIGAÇÃO APLICADA À TERAPIA DA FALA

No âmbito do estudo com o tema: *“Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez, pelos Encarregados de Educação de um Centro no Distrito de Lisboa”*, é apresentado o seguinte questionário.

O tratamento dos dados será efectuado de uma forma global, não sendo estes sujeitos a uma análise individual e estando garantido o total respeito pelo anonimato.

É de toda a conveniência que responda com o máximo de rigor e honestidade. A sua decisão de colaborar nesta investigação não invalida a hipótese de poder vir a desistir no seu decurso, caso seja essa a sua vontade.

O questionário está dividido em três partes: as partes I e II são constituídas por questões de caracterização sócio-demográfica dos Encarregados de Educação e dos seus Educandos, através de questões de resposta aberta, fechada e semi-fechada. A parte III abrange o preenchimento de questões colocadas através de uma escala. A cada ítem deverá preencher com apenas uma cruz (X). O tempo de preenchimento deste questionário é de aproximadamente 15 minutos.

Após o preenchimento do mesmo, deverá colocá-lo dentro do envelope fechado, que lhe foi entregue inicialmente, e que se encontra devidamente selado. De seguida, entregue o envelope à Terapeuta da Fala responsável.

Agradeço desde já a sua colaboração.

QUESTIONÁRIO

PARTE I

- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO -

1. Idade: _____ 2. Género: Masculino Feminino
3. Escolaridade: _____ 4. Profissão: _____
5. Concelho: _____ 6. Distrito: _____
7. É surdo/a? Não Sim
8. Conhece o trabalho do Terapeuta da Fala no acompanhamento de crianças com surdez? Não Sim
9. Alguma vez frequentou Terapia da Fala? Não Sim

PARTE II

- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO EDUCANDO-

1. Idade: ____ A ____ M 2. Género: Masculino Feminino
3. Escolaridade: _____
4. Que idade tinha quando apareceram os primeiros sintomas de surdez: ____ A ____ M
5. Que idade tinha quando lhe diagnosticaram a surdez: ____ A ____ M
6. Causa da Surdez: _____
7. Tipo de Surdez: _____ 8. Grau de Surdez: _____
8. É aparelhado? Não Sim Se sim, com que idade foi aparelhado: ____ A ____ M
- Se sim, qual o tipo de aparelho: Prótese Bilateral Prótese Unilateral Implante coclear
9. Já frequentou Terapia da Fala? Não Sim Se sim, desde que idade: ____ A ____ M
10. Frequenta actualmente Terapia da Fala? Não Sim Se sim, com que frequência?
- Semanal Duas vezes por semana Três vezes por semana Quinzenal
- Outra Qual? _____
- Se sim, qual a duração das sessões? 30 minutos 45 minutos Outra Qual? _____

PARTE III

- QUESTIONÁRIO PARA O ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO -

O Encarregado de Educação deverá preencher o questionário com apenas uma cruz (X) respondendo às 41 afirmações enunciadas apenas com uma das opções da seguinte escala:

1.	2.	3.	4.	5.
Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei

		1.	2.	3.	4.	5.
1. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele:						
	1.1. Aprender Língua Gestual Portuguesa.					
	1.2. Perceber a diferença entre palavras parecidas, como “bola” e “mola”.					
	1.3. Falar.					
	1.4. Adequar a entoação (melodia) da fala.					
	1.5. Distinguir os sons do Português e respectivas combinações (sílabas).					
	1.6. Falar muito rápido.					
	1.7. Produzir correctamente a ordem das palavras numa frase.					
	1.8. Utilizar a Leitura Labial.					
	1.9. Não fazer as pausas adequadas na frase.					
	1.10. Adequar a fala aos diferentes contextos em que pode estar (sala de aula, recreio, em casa, etc.)					
	1.11. Compreender a Língua Oral.					
	1.12. Tiver apoio da leitura.					
	1.13. Disser “bola” em vez de “bolá” ou “cadeira” em vez de “cádeirá”.					

1.	2.	3.	4.	5.
Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei ou Sem Opinião

		1.	2.	3.	4.	5.
1. A comunicação com o meu educando é facilitada se ele:						
	1.14. Tiver um vocabulário alargado.					
	1.15. Souber definir com clareza palavras (como um pato ou uma pessoa simpática).					
2. A comunicação com o meu educando é dificultada se ele:						
	2.1. Souber Língua Gestual Portuguesa					
	2.2. Distinguir o som do cão de outro som.					
	2.3. Perceber a formação das palavras e como se alteram na frase (“o cão ladra” – “os cães ladram”).					
	2.4. Souber quando é a sua vez de falar.					
	2.5. Falar muito alto.					
	2.6. Souber dar tempo aos outros para falar.					
	2.7. Detectar um som olhando para onde está a ser emitido.					
	2.8. Tiver uma voz nasalada.					
	2.9. Trocar alguns sons (ex: disser “boua” em vez de “bola”).					
	2.10. Tiver apoio da escrita.					
	2.11. Compreender um pequeno número de palavras.					
	2.12. Compreender frases complexas.					
	2.13. Souber distinguir que estruturas orais são usadas na produção dos sons (ponta da língua e dentes para o “s”)					
	2.14. Não estiver rouco.					
	2.15. Se esta for funcional.					

1.	2.	3.	4.	5.
Discordo	Discordo em Parte	Concordo	Concordo em Parte	Não Sei

		1.	2.	3.	4.	5.
3. Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível:						
	3.1. Da resolução de problemas.					
	3.2. Socialização com os outros (amigos, família).					
	3.4. Da integração social.					
	3.5. Da adaptação ao recurso auditivo (utilização frequente da prótese auditiva).					
	3.6. Da comunicação comigo.					
	3.7. Da comunicação com os outros.					

Apêndice D – *Alpha de Cronbach*

<i>Alpha de Cronbach</i>	Número de Itens
,952	36

Quadro 1 – Coeficiente *Alpha de Cronbach*

Apêndice E – Carta de Apresentação e explicação do Estudo

Cátia Pereira e Costa Alves da Silva

Joana Pires Fernandes

Escola Superior de Saúde Atlântica

Licenciatura em Terapia da Fala

Antiga Fábrica da Pólvora de Barcarena

2730-036 Barcarena

Ao / Ex.mo Sr. Director do

Centro no distrito de Lisboa

Rua D. Francisco de Almeida, n.º 1

1440-117 Lisboa

1549-017 Lisboa

Barcarena, 08 de Junho de 2010

Assunto: Pedido de Autorização com Carta de Apresentação e Explicação de um Estudo de Monografia

Ex.mo Sr. Director António José Lopes Ferreira,

Somos alunas do 4.º ano da Licenciatura de Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde Atlântica e estamos a desenvolver, no âmbito da realização de monografia de final de curso, dois estudos independentes com os temas 1) *“Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pela Equipa Multidisciplinar de um Centro no distrito de Lisboa”* e 2) *“Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro no distrito de Lisboa”*, sob a orientação da Professora Maria Manuel Vidal.

Os principais objectivos destes estudos, visam a detecção dos facilitadores e barreiras existentes na comunicação com a criança surda por parte dos principais intervenientes no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem. Por outro lado, as nossas conclusões permitir-nos-ão adequar de forma mais eficaz a intervenção em Terapia da Fala junto das crianças surdas. Neste sentido,

o instrumento foi realizado por nós em colaboração com a orientadora, sendo aplicado aos técnicos da Equipa Multidisciplinar (1) e Encarregados de Educação (2).

O questionário está dividido em três partes: as partes I e II são constituídas por questões de caracterização sócio-demográfica dos Técnicos da Equipa Multidisciplinar e dos seus Alunos, através de questões de resposta aberta, fechada e semi-fechada. A parte III abrange o preenchimento de questões colocadas através da escala de Lickert (Discordo, Discordo em Parte, Concordo, Concordo em Parte, Não Sei). Cada ítem deverá ser preenchido com apenas uma cruz (X). O seu tempo de preenchimento é de aproximadamente 10 minutos.

O instrumento de recolha de dados é um questionário que vai de encontro aos objectivos anunciados anteriormente e se destina a toda a Equipa Multidisciplinar de crianças portadoras de surdez, com excepção dos Terapeutas da Fala. O tratamento dos dados tem fins meramente científicos e será efectuado de uma forma global, não sendo estes sujeitos a uma análise individual e estando assegurada a confidencialidade, garantido o total respeito pelo anonimato.

Agradecendo antecipadamente a atenção de V. Ex.^a,

Subscrevemo-nos com a maior consideração,

As Alunas:

Cátia Alves da Silva

Joana Fernandes

A Professora Orientadora:

Prof. Maria Manuel Vidal



INVESTIGAÇÃO APLICADA À TERAPIA DA FALA

No âmbito da unidade curricular de Investigação Aplicada à Terapia Fala II da Licenciatura de Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde Atlântica, com a orientação da Professora Maria Manuel Vidal, eu, Joana Fernandes, estou a realizar um estudo com o tema a “Identificação das Barreiras e Facilitadores à Comunicação com Crianças Com Surdez pelos Encarregados de Educação de um Centro do Distrito de Lisboa”.

Este estudo visa identificar e descrever quais as barreiras e os facilitadores consideradas pelos Encarregados de Educação na comunicação com a criança surda e perceber qual a importância da Terapia da Fala, nas escolas de referência para alunos surdos, quanto à sua influência na comunicação entre o Encarregado de Educação e a criança surda. Ao serem identificadas as barreiras e facilitadores da comunicação com estas crianças, é possível perceber qual a contribuição do Terapeuta da Fala neste contexto de intervenção, minimizando as barreiras e proporcionando maiores oportunidades de comunicação, de modo a potenciar a performance comunicativa das crianças com surdez. A percepção dos Encarregados de Educação é muito importante tendo em conta que desempenham um papel crucial na educação dos seus Educandos lidando diariamente com eles, sendo parceiros fundamentais no processo terapêutico e vivendo de perto as dificuldades comunicativas inerentes à surdez.

Em termos metodológicos, a investigação aplicada tem as características de um estudo não experimental, pelo que será exploratório-descritivo, sendo realizada uma descrição dos resultados obtidos baseada nas respostas levantadas através da aplicação do instrumento de recolha de dados. Considera-se também observacional não-participante, na medida em que não terá lugar nenhuma intervenção, não existe interação por parte do observador durante o momento de aplicação do inquérito e transversal, uma vez que o questionário vai ser aplicado num único momento no tempo.

A amostra será de conveniência, constituída por Encarregados de Educação de crianças surdas, que tenham, ou não, apoio ao nível da Terapia da Fala nas Escolas de Referência para Alunos Surdos.

De modo a permitir o acesso dos participantes aos resultados, será disponibilizado um exemplar do estudo à instituição.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Apêndice F – Comprovativo Autorização/Entrega dos Questionários

Este documento será entregue na semana de 13 a 19 de Setembro de 2010.

Apêndice G – Gráficos das Afirmações Relativas ao 1º Objectivo

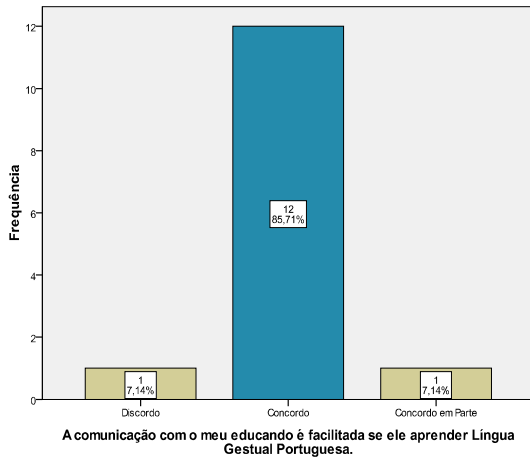


Fig.1 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele aprender LGP

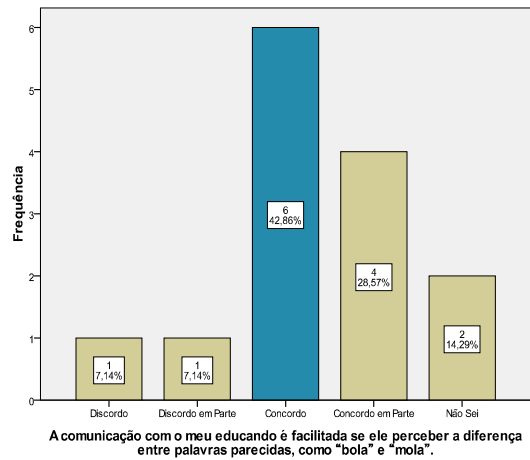


Fig. 2 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele perceber a diferença entre palavras parecidas

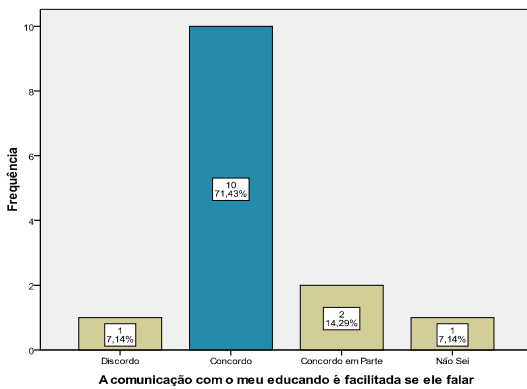


Fig. 3 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele falar

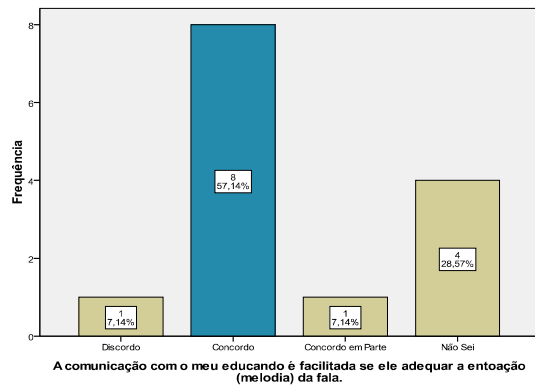


Fig. 4 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele adequar a entoação da fala

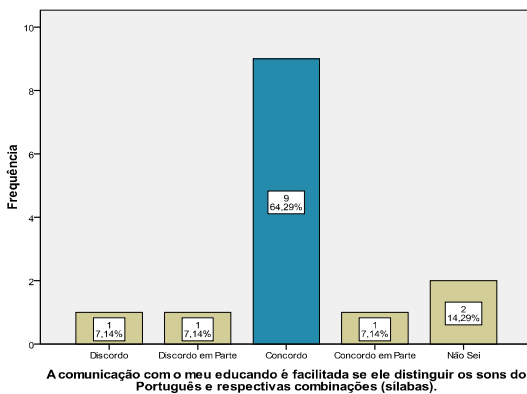


Fig. 5 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele distinguir os sons do Português e respectivas combinações

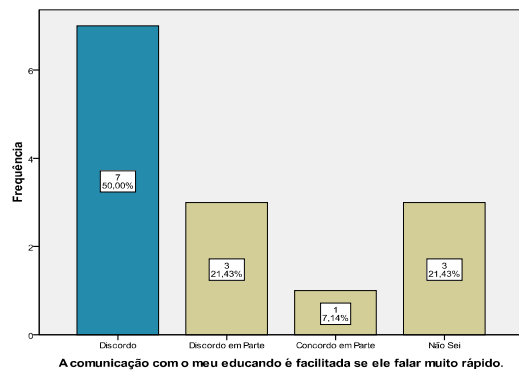


Fig. 6 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele falar muito rápido

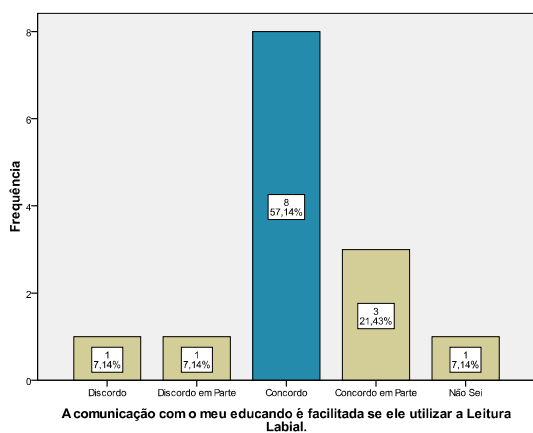


Fig. 7 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele produzir correctamente a ordem das palavras na frases

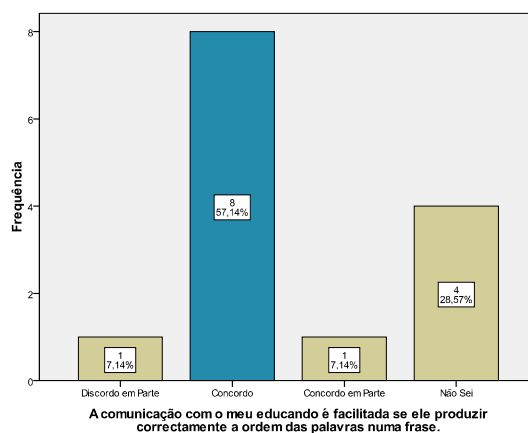


Fig. 8 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele utilizar a Leitura Labial

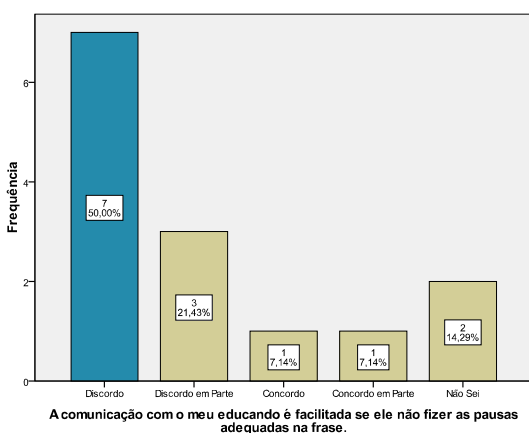


Fig. 9 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele não fizer as pausas adequadas na frase

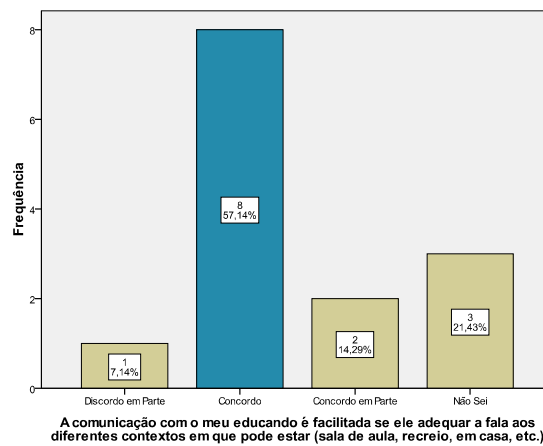


Fig. 10 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele adequar a fala aos diferentes contextos em que pode estar

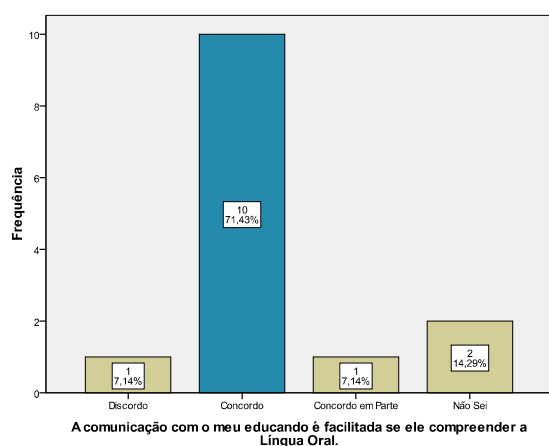


Fig. 11 - A comunicação com o meu educando é facilitada se ele compreender a Língua Oral

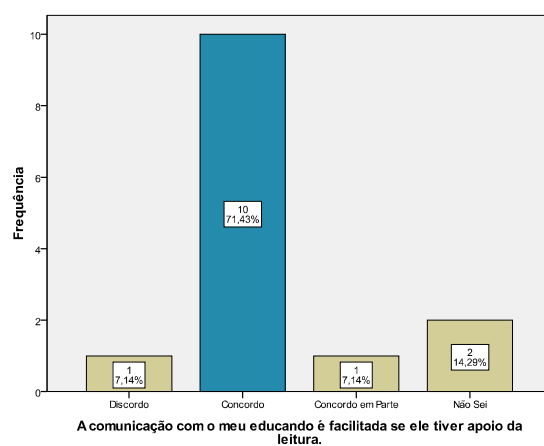


Fig. 12 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele tiver apoio da Leitura

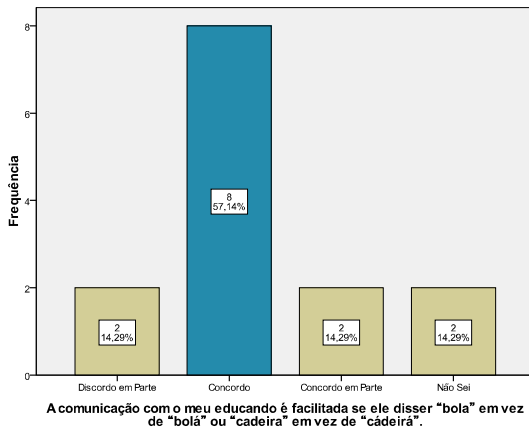


Fig. 13 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele disser “bola” em vez de “bolá” ou “cadeira” em vez de “cádeira”

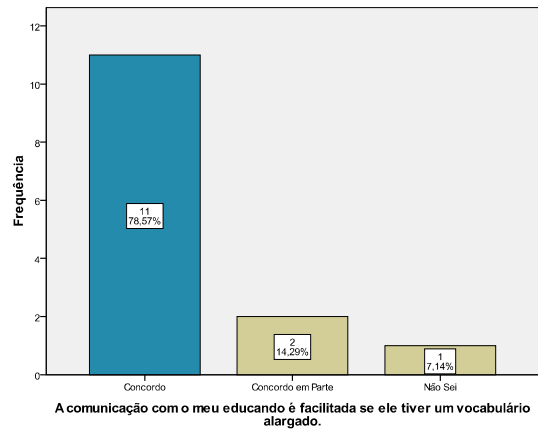


Fig. 14 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele tiver um vocabulário alargado

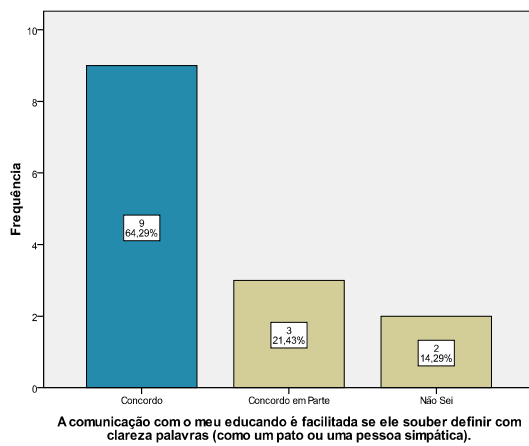


Fig. 15 – A comunicação com o meu educando é facilitada se ele souber definir com clareza palavras

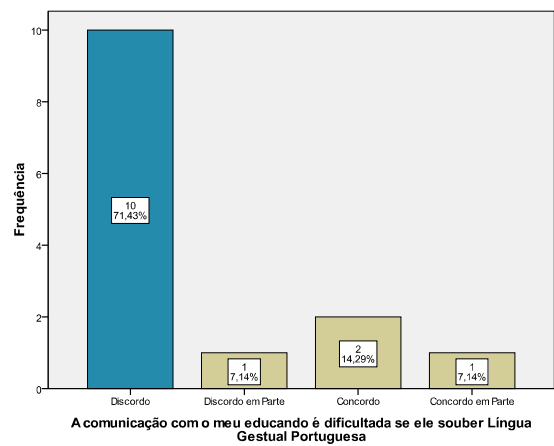


Fig. 16 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele souber LGP

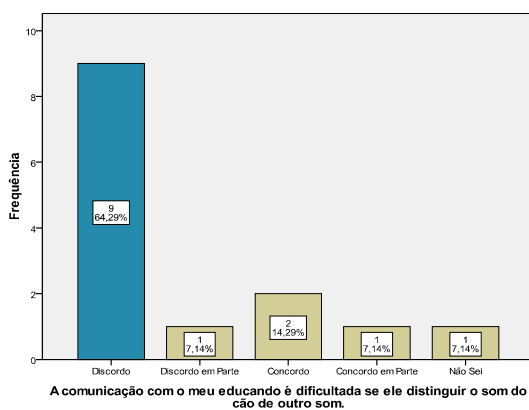


Fig. 17 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele distinguir o som do cão de outro som

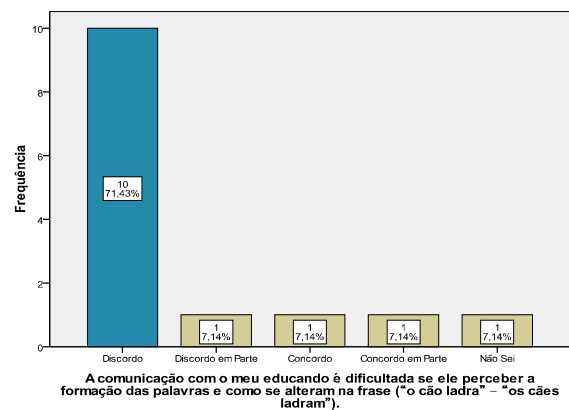


Fig. 18 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele perceber a formação das palavras e como se alternam na frase

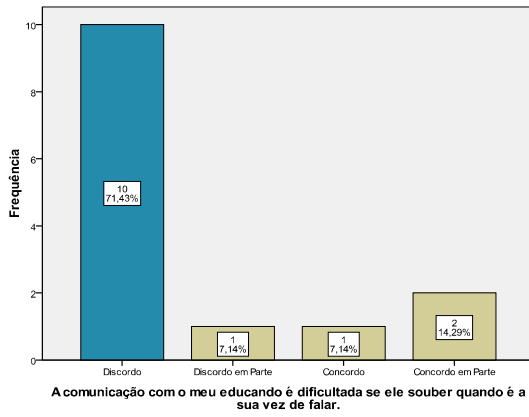


Fig. 19 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele souber quando é a sua vez de falar.

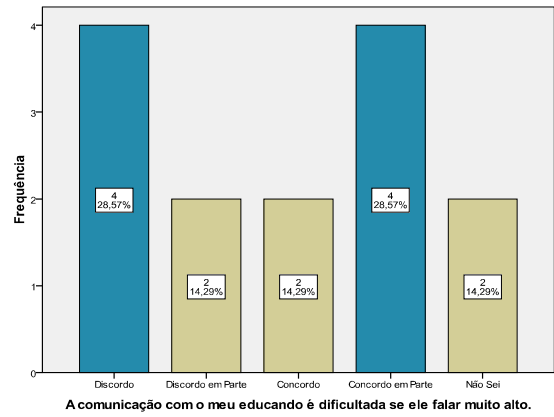


Fig. 20 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele falar muito alto.

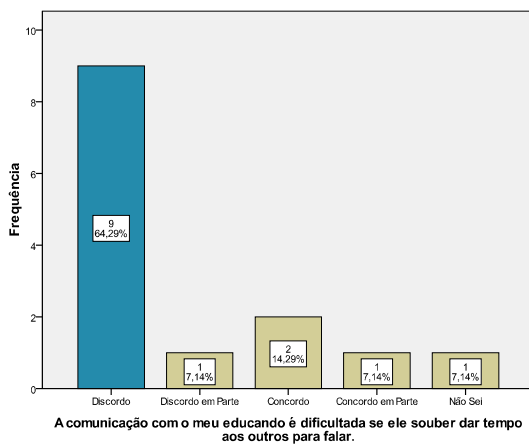


Fig. 21 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele souber dar tempo aos outros para falar.

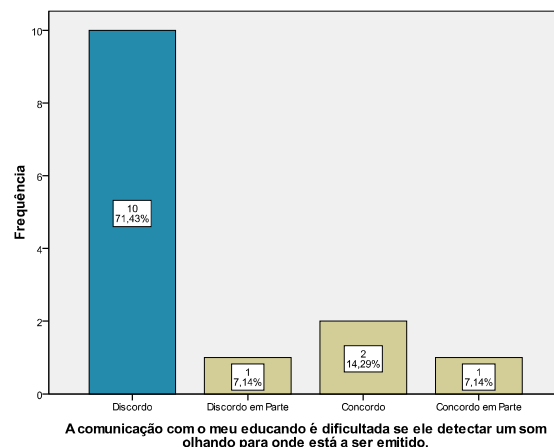


Fig. 22 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele detectar um som olhando para onde está a ser emitido.

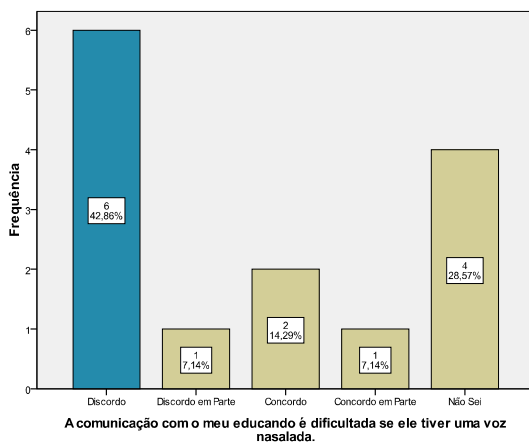


Fig. 23 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele tiver uma voz nasalada.

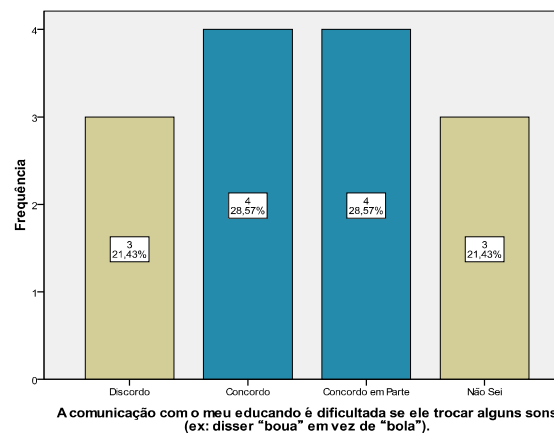


Fig. 24 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele trocar alguns sons (ex: disser "boua" em vez de "bola").

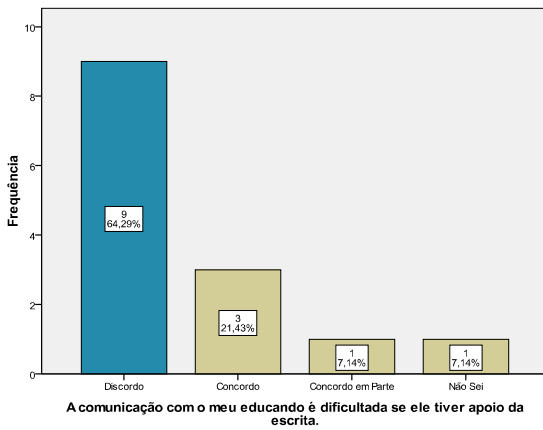


Fig. 25 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele tiver apoio da Escrita

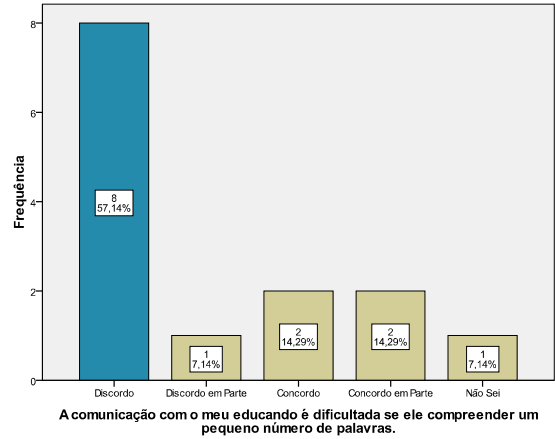


Fig. 26 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele compreender um pequeno número de palavras

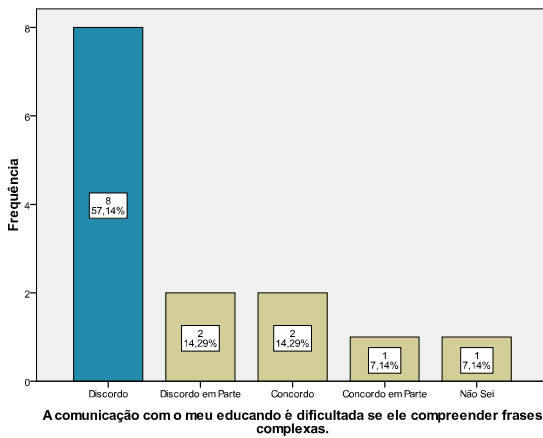


Fig. 27 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele compreender frases complexas

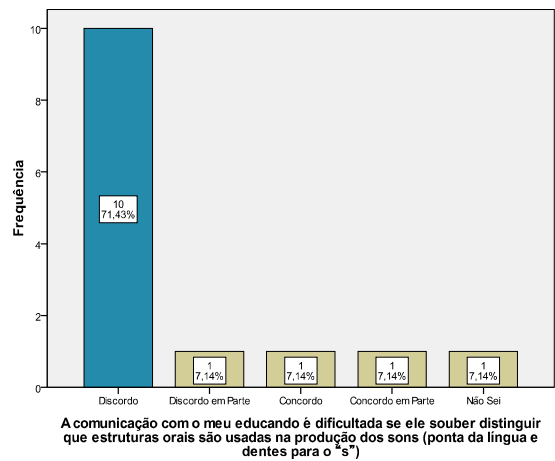


Fig. 28 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele souber distinguir que estruturas orais são usadas na produção dos sons (ponta da língua e dentes para o "s")

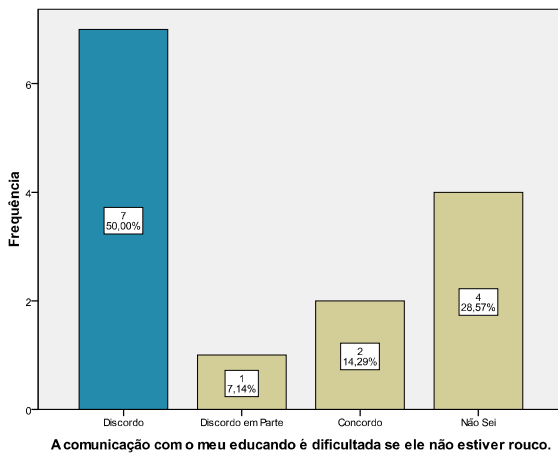


Fig. 29 – A comunicação com o meu educando é dificultada se ele não estiver rouco

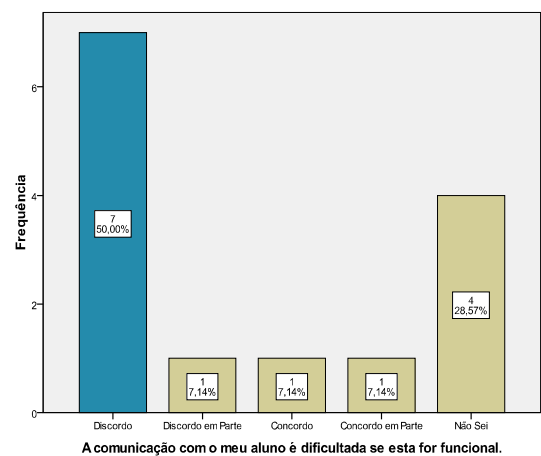


Fig. 30 – A comunicação com o meu educando é dificultada se esta for funcional

Apêndice H – Gráficos das Afirmações Relativas ao 2º Objectivo

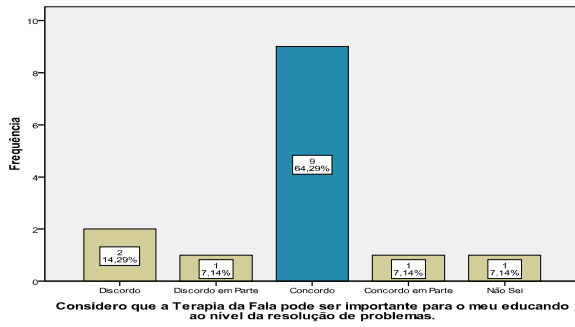


Fig. 1 – Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da resolução de problemas

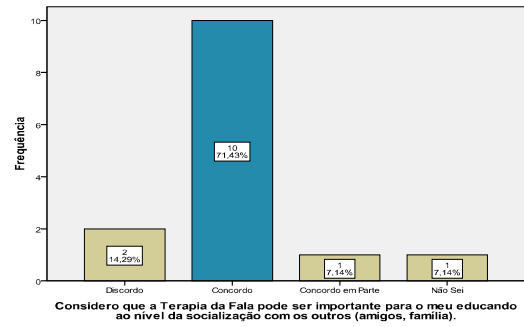


Fig. 2 – Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da socialização com os outros

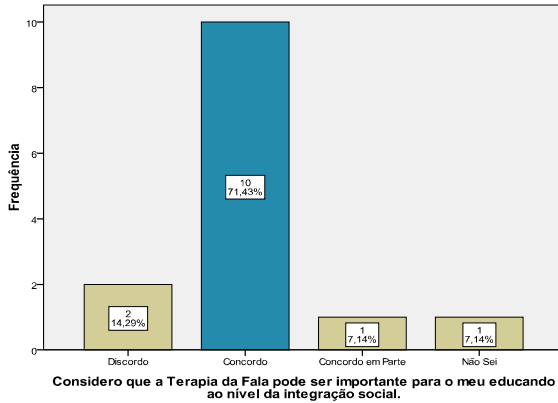


Fig. 3 – Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da integração social

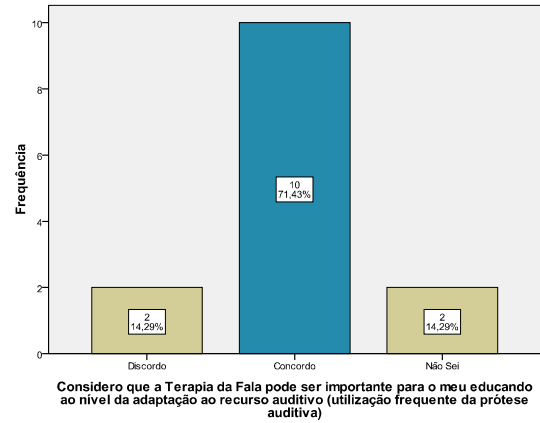


Fig. 4 – Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da adaptação ao recurso auditivo

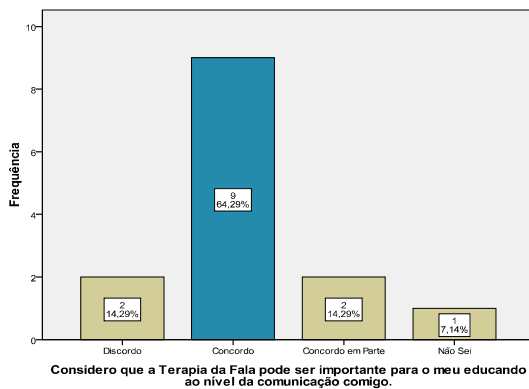


Fig. 5 – Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da comunicação comigo

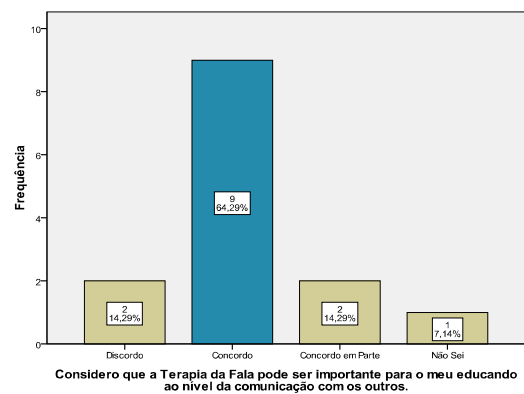


Fig. 4 – Considero que a Terapia da Fala pode ser importante para o meu educando ao nível da comunicação com os outros

¹ Este qualificador deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência.

² Este qualificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.