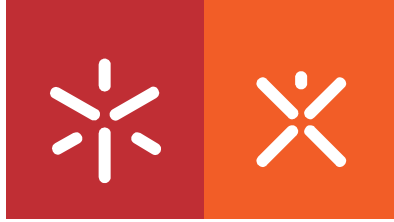




**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Cristiana da Silva Guimarães

**Intervenção Precoce nas competências comunicativas de uma criança com Deficiência Auditiva: Um estudo de caso com enfoque na pragmática**



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Cristiana da Silva Guimarães

**Intervenção Precoce nas competências comunicativas de uma criança com Deficiência Auditiva:  
Um estudo de caso com enfoque na pragmática**

Dissertação de Mestrado em Educação Especial  
Área de Especialização em Intervenção Precoce

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Anabela Cruz dos Santos**

Julho de 2010

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Para a concretização deste trabalho, foi necessário o apoio de algumas pessoas que, ao longo deste período onde ocorreram grandes mudanças na minha vida, não deixaram de estar ao meu lado e de me incentivar a seguir em frente e a lutar pelos meus objectivos.

De uma maneira muito especial, aqui deixo o meu eterno agradecimento pois sem a ajuda delas acho que não teria chegado ao fim de mais uma jornada académica.

Um obrigado muito especial aos meus pais, irmã e avós pelo apoio prestado nos momentos em que senti descontente e desanimada, e por terem sempre uma palavra de incentivo até eu ter chegado aqui.

À Professora Doutora Anabela Santos, pela orientação, disponibilidade, amizade e ajuda prestadas, durante todo o processo de elaboração deste trabalho.

Ao Rui Alexandre, pelo companheirismo, apoio, paciência e carinho prestados nos momentos que mais precisei.

Aos meus grandes amigos Paula, Caloiro, Ivan e Ângela, que estiveram sempre presente nos momentos mais difíceis por que passei ao longo dos últimos tempos e a ajuda deles permitiu que eu levantasse a cabeça e me dedicasse a trabalhar em algo que eu queria muito, isto é, concluir o mestrado.

Às minhas queridas Ana Cristina, Catarina, Filipa, Elsa, Margarida, Ana Silva e Sara, por terem sido amigas e confidentes sempre presentes nesta minha caminhada.

Aos meus colegas de trabalho, Gilda, Filipe, Salomé, Joana, Cristina e Fátima, pela sua amizade, paciência e disponibilidade no decorrer deste ano lectivo.

E, por último, mas não menos importante, à mãe e ao menino que participaram no meu estudo, sem eles não teria sido possível pôr em prática todos os ensinamentos obtidos ao longo destes anos de formação profissional e académica.

## RESUMO

O estudo de caso apresentado, é o estudo de um menino com 18 meses, com deficiência auditiva neurossensorial, severa a profunda, bilateral, cujas competências comunicativas e linguísticas foram avaliadas e se verificou que apresenta um atraso em ambas, recorrendo principalmente ao gesto “apontar” para pedir algo que queira. Foram recolhidos dados através de observações, filmagens e entrevistas nas áreas da comunicação, cognição e outros domínios do desenvolvimento. Paralelamente à avaliação da criança, também foram recolhidas informações quanto às necessidades, prioridades, recursos, áreas fortes e fracas da família, sendo, posteriormente, elaborado um Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) elaborado por uma equipa especializada em colaboração com a família, de acordo com a filosofia de práticas centradas na família, de modo a irem de encontro às necessidades e prioridades da família. A análise do estudo mostrou o impacto que a deficiência auditiva produz sobre as crenças da família e as práticas de comunicação. Os resultados deste estudo de caso são apresentados de acordo com o desenvolvimento da comunicação da criança e relativamente ao conjunto de gestos que foram implementados, com a criança e a mãe. Quanto mais precocemente as crianças com deficiência auditiva forem diagnosticadas, melhor será o seu prognóstico pois poderão ser encaminhadas para programas de intervenção precoce. Durante este estudo a criança foi submetida a cirurgia para colocação de implante coclear, pelo que se verifica a rapidez e eficácia dos serviços de intervenção precoce, dado que, desde a atribuição do diagnóstico até à marcação da cirurgia o processo decorreu num curto espaço de tempo.

**Palavras-chave:** Comunicação, Pragmática, Deficiência Auditiva, Intervenção Precoce, Práticas Centradas na Família

## ABSTRACT

The presented case study focuses on a baby boy, with 18 months old, with a bilateral severe hearing impairment. The communicative and language skills were assessed and found to be delayed in both domains. The child uses predominantly the gesture “pointing” to request anything he wants. Data were collected through observations, interviews and videos in the areas of communication, cognition and other areas of development. Information about the needs, priorities, and resources of family were also obtained. An Individualized Family Service Plan (IFSP) was elaborated by a specialized team in collaboration with the family, according to the philosophy of family centered practices, in order to meet needs and priorities of the family. Furthermore, the study illustrates the impact that a diagnosis like hearing impairment has on the family's beliefs and communication practices. The results of this case study are presented according to the communication development of the child and the set of gestures that were implemented along with the child and the mother. In relation to this type of condition research and recent investigations with profound hearing loss, early diagnosis and intervention are considered for a better prognosis, since these children may be referred for early intervention programs. During this study, the child underwent surgery for placement of cochlear implant, illustrating the effectiveness and efficacy of early intervention services, since the establishment of the diagnosis and the surgical procedure took place in a short period of time.

**Keywords:** Communication, Pragmatics, Hearing Impairment, Early Intervention, Family-centered Practices

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
1. Identificação e justificação do estudo .....	3
2. Objectivos do estudo .....	4
3. Operacionalização dos termos .....	5
4. Limitações do estudo.....	6
<b>CAPÍTULO I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM</b> .....	7
1. Comunicação.....	9
2. Linguagem.....	12
2.1. Desenvolvimento da Linguagem dos 0 aos 6 anos.....	13
2.1.1. Componente Fonológica .....	14
2.1.2. Componente Semântica.....	17
2.1.3. Componente Sintáctica .....	19
2.1.4. Componente Morfológica .....	21
2.1.5. Componente Pragmática .....	22
3. Fala .....	27
4. Desenvolvimento do Gesto.....	30
<b>CAPÍTULO II – CRIANÇA COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS</b> .....	33
1. Deficiência Auditiva .....	35
1.1. Classificação consoante a localização da lesão .....	35
1.2. Classificação quanto ao momento em que tem início .....	37
1.3. Classificação quanto ao grau de severidade .....	37
1.4. Etiologia da deficiência auditiva .....	39
2. Ajudas Técnicas .....	40
2.1. Próteses Auditivas .....	40
2.2. Implantes Cocleares .....	42
3. Mudança de paradigma da filosofia de educação do aluno com deficiência auditiva	44

<b>CAPÍTULO III – PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE CENTRADAS NA FAMÍLIA.....</b>	<b>48</b>
1. Evolução do conceito de práticas centradas na família ao longo dos tempos.....	50
1.1. Desenvolvimento da infância .....	50
1.2. Modelo transaccional de desenvolvimento (Sameroff e Chandler, 1975) .....	52
1.3. Modelo de ecologia do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979) .....	55
1.4. Modelo de apoio centrado na família (Dunst, 1985) .....	57
1.5. Modelo de intervenção precoce de terceira geração (Dunst, 2000).....	58
2. Importância das práticas centradas na família .....	60
3. Avaliação da comunicação e da linguagem na infância .....	62
 <b>CAPÍTULO IV – METODOLOGIA.....</b>	 <b>67</b>
1. Metodologia de estudo de caso.....	71
2. O design do estudo .....	73
2.1. Participantes.....	73
2.2. Contexto.....	74
2.3. Recolha e tratamento de dados .....	75
2.4. Consentimento informado .....	76
2.5. Procedimento .....	76
2.6. Apresentação dos resultados.....	77
 <b>CAPÍTULO V – ESTUDO DE CASO.....</b>	 <b>79</b>
1. Apresentação da criança e da família .....	81
1.1. Identificação da criança .....	81
1.2. Motivo de encaminhamento .....	81
2. História compreensiva .....	82
2.1. História sócio-familiar .....	82
2.2. História desenvolvimental .....	82
2.3. História educacional.....	83
3. Avaliação do nível de desenvolvimento e competências actuais da criança .....	84
3.1. Avaliação do desenvolvimento.....	84
3.2. Avaliação da linguagem .....	87
3.3. Inventário do uso da linguagem dos 18 aos 47 meses .....	88
4. Avaliação das rotinas da criança.....	89



5. Avaliação das necessidades da família.....	91
5.1. EcoMapa.....	92
6. Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) .....	93
6.1. Implementação do Plano Individualizado de Apoio à Família.....	99
7. Considerações finais .....	107
<b>CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO .....</b>	<b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>124</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Desenvolvimento da pragmática dos 0 meses aos 7 anos (Dewart e Summers, 1995).....	24
<b>Quadro 2</b> – Características da investigação quantitativa e qualitativa (Bodgan e Biklen, 1999; Gay, Mills, e Airasian, 2008). .....	69
<b>Quadro 3</b> – Vantagens e desvantagens do método de investigação qualitativo (Bodgan e Biklen, 1999; Gay et al., 2008).....	70
<b>Quadro 4</b> – Avaliação das educadoras acerca das rotinas e do envolvimento (EAIRE). .....	89
<b>Quadro 5</b> – Entrevista baseada nas rotinas (EBR). .....	90
<b>Quadro 6</b> – Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF).....	94
<b>Quadro 7</b> – Planificação dos gestos a implementar.....	97
<b>Quadro 8</b> – Avaliação do Plano Individualizado de Apoio à Família.....	105
<b>Quadro 9</b> – Cronograma.....	106

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Cadeia de comunicação: a mensagem é enviada por uma pessoa e recebida pela outra.....	9
<b>Figura 2</b> - Quadro de comunicação (Rigolet, 1998).....	11
<b>Figura 3</b> - Aparelho fonador (Mateus, Falé, e Freitas, 2005).....	28
<b>Figura 4</b> - Órgãos fonoarticulatórios (Mateus, Falé, e Freitas, 2005). ....	30
<b>Figura 5</b> - Aparelho Auditivo (Netter, 1999).....	36
<b>Figura 6</b> - Audiograma dos sons familiares (Audix, 2010).....	38
<b>Figura 7</b> - CIC (Widex, 2010).....	41
<b>Figura 8</b> - ITC (Widex, 2010). ....	41
<b>Figura 9</b> - BTE (Widex, 2010).....	41
<b>Figura 10</b> - Prótese por estimulação óssea (Widex, 2007).....	42
<b>Figura 11</b> - Implante coclear (GAES, 2010).....	43
<b>Figura 12</b> - Regulações através das transacções entre o comportamento do progenitor e a criança (Sameroff e Fiese, 1990 citado por Serrano, 2007, p.35).....	53
<b>Figura 13</b> - Modelo de regulação do desenvolvimento com transacções entre o genótipo, fenótipo e “envirotype” (Sameroff e Fiese, 2000, p.143).....	54
<b>Figura 14</b> - Modelo de ecologia do desenvolvimento humano (Koop e Krakow, 1982 citado por Serrano, 2007, p.38).....	57
<b>Figura 15</b> - Principais componentes de um modelo de intervenção precoce e apoio familiar integrado e baseado na evidência (Dunst, 2000 citado por Serrano, 2007, p.44). ....	59
<b>Figura 16</b> - Perfil de Desenvolvimento do R.V.. ....	86
<b>Figura 17</b> - EcoMapa da Família.....	92

## **INTRODUÇÃO**

Nas práticas actuais da intervenção, advoga-se que a intervenção com crianças com necessidades especiais deverá preconizar uma abordagem centrada na família, ou seja, ver a família como foco de atenção da intervenção. Na abordagem centrada na família, são prestados serviços de apoio à família, caracterizados por um conjunto de princípios que, globalmente, consideram a família como elemento fundamental, que assume o principal papel de tomada de decisão, de acordo com as suas necessidades, pontos fortes e desejos.

Assim, intervenção precoce (IP) pode ser definida como a prestação de serviços e de recursos às famílias de crianças com necessidades especiais, dos 0 aos 6 anos, por parte dos membros de redes sociais, de apoio formal e informal, que influenciam directa e indirectamente o funcionamento da criança, dos pais e da família (Dunst, 2000, Meisels e Shonkff, 2000). E, as práticas centradas na família, como o conjunto de comportamentos demonstrados pelos profissionais de IP, que derivam operacionalmente dos princípios da abordagem centrada na família (Dunst, 1997).

Em Portugal, ao longo das últimas décadas temos vindo a observar uma evolução no conceito de necessidades educativas especiais (NEE). Inicialmente, os alunos com NEE eram excluídos do sistema de ensino regular, ou seja, estes alunos estavam integrados fisicamente no espaço físico das escolas mas estavam em classes especiais. Posteriormente, estes alunos passaram a estar integrados a nível social e académico, ou seja, os alunos com NEE passaram a beneficiar de um ensino à parte no que respeita às áreas académicas, no entanto, nas expressões (física, artística), nos recreios, refeições, passeios estão juntos com as restantes crianças sem NEE (Correia, 2008)

Com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 319/91, o conceito de integração foi substituído pelo conceito de inclusão. Este, preconiza o desenvolvimento de um sentido de comunidade para Todos, onde um apoio mútuo fomenta o sucesso escolar, para todos os alunos com NEE, ligeiras ou severas (Correia, 2008).

Neste momento, os alunos com NEE estão integrados com os outros alunos na mesma sala aula embora beneficiem de um Programa Educativo Individual (PEI) que é adaptado às suas problemáticas, necessidades e competências (Correia, 2008).

E, para uma optimização das aprendizagens dos diferentes alunos com NEE, o novo Decreto-Lei que, actualmente, regula os serviços de Educação Especial, o Decreto-Lei n.º 3/2008, faz referência às diferentes modalidades de educação que

existem no nosso país: a) educação bilingue de alunos surdos; b) educação de alunos cegos e com baixa visão; c) unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com perturbações do espectro do autismo; d) unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdocegueira congénita e; d) intervenção precoce na infância (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008).

Posto isto, pode-se concluir que os conceitos de necessidades educativas especiais, intervenção precoce e práticas centradas na família se encontram correlacionados entre si e que também se pode considerar que estão intimamente relacionados com o desenvolvimento da linguagem. Como a nossa área primordial de interesse é a deficiência auditiva, que é considerada uma NEE de carácter permanente, vamos, nesta investigação, abordar os conceitos mencionados anteriormente com base neste tipo de deficiência sensorial.

## **1. IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

Este trabalho de investigação surgiu pelo nosso grande interesse na componente pragmática da linguagem e pelo nosso trabalho com crianças com deficiência auditiva acrescentando o facto de haver poucos estudos acerca do desenvolvimento da pragmática na deficiência auditiva.

Neste sentido, escolheu-se um caso de uma criança, de dezoito meses, diagnosticada precocemente, com deficiência auditiva neurosensorial, severa a profunda, bilateral, que iniciou o programa de intervenção precoce de Penafiel, no Jardim-de-Infância de Referência de Educação Bilingue para Alunos Surdos.

Este estudo é considerado pertinente, uma vez que, poderá ser uma mais-valia para a intervenção precoce em crianças com deficiência auditiva pois a criança do nosso estudo foi apoiada por uma equipa transdisciplinar, constituída por profissionais não só com formação em intervenção precoce mas também especializados na área da deficiência auditiva.

Assim, na primeira parte deste trabalho, que designamos por enquadramento teórico, começamos por fazer uma revisão de literatura acerca das temáticas que serão abordadas no estudo de caso, que diz respeito à segunda parte do nosso trabalho de investigação.

Assim, no enquadramento teórico serão abordados os seguintes temas: aquisição e desenvolvimento da linguagem, deficiência auditiva como necessidade educativa especial e, por último, práticas de intervenção precoce centradas na família. Estas temáticas tiveram como objectivo servir de base conceptual para a investigação que foi levada a cabo.

Na segunda parte deste trabalho, ou seja, no estudo de caso, primeiramente iremos descrever o desenho de investigação e a metodologia utilizada para a realização do mesmo e posteriormente, faremos a apresentação da família e a descrição de todo o processo do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF).

Realçamos que, durante todo o trabalho, o plano de intervenção será designado de Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) por ser a terminologia comumente utilizada pelos profissionais da área de intervenção precoce, no entanto, com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 281/2009, a 6 de Outubro de 2009, este passou a ser designado de Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP).

## **2. OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Este trabalho consiste num estudo de caso centrado nas competências comunicativas, de uma criança com deficiência auditiva, tendo a investigação os seguintes objectivos:

- 1.** Dar um contributo para a participação activa da família no processo de avaliação da criança;
- 2.** Apresentar a “Language Use Inventory”, de Daniela O’Neill (2009) que é um inventário dirigido aos cuidadores da criança, que permite avaliar o desenvolvimento precoce da pragmática em crianças dos 17 aos 48 meses;
- 3.** Descrever o perfil de desenvolvimento da criança;
- 4.** Analisar o desenvolvimento da linguagem, dando maior ênfase à componente pragmática;
- 5.** Analisar a eficácia do Plano Individualizado de Intervenção Precoce elaborado pela equipa transdisciplinar.

### 3. OPERACIONALIZAÇÃO DOS TERMOS

Na elaboração deste trabalho, pretende-se operacionalizar alguns termos e definições, de modo a prevenir possíveis erros de compreensão ou perdas de informação por falta de conceptualizações, imprescindíveis em estudos desta natureza.

Os termos utilizados estão na base desta investigação e surgirão ao longo do trabalho pois dão conteúdo ao tema abordado.

*Comunicação* – é um processo complexo de troca de informação de uma pessoa para outra, ou para um grupo de pessoas, usado para influenciar o comportamento destas, a este processo designa-se cadeia de comunicação. Para se efectivar, esta requer um emissor que codifica ou formula a mensagem e um receptor que descodifica ou compreende. Implica respeito, partilha e compreensão mútua (Fiadeiro, 1993 citado por Nunes, 2001).

*Linguagem* – é um sistema de símbolos (sons, palavras e sinais) organizado de forma regular que permite aos humanos comunicarem, mas a comunicação só será efectiva se existir um código socialmente partilhado pelos interlocutores, a língua (Franco, Reis e Gil, 2003).

*Pragmática* – é o domínio das regras de uso da língua, isto é, é a capacidade de apreensão e utilização das regras de uso da língua, visando a adequação ao contexto da comunicação (Franco et al., 2003; Sim-Sim, 1998).

*Deficiência Auditiva* – é definida como uma privação sensorial e pode ser descrita a partir das suas características orgânicas. A classificação deste défice é realizada tendo em conta a localização da lesão, o momento em que tem início e o grau de severidade (Goldfeld, 2003).

*Intervenção Precoce* – é a prestação de serviços e de recursos às famílias de crianças com necessidades especiais, dos zero aos seis anos, por parte dos membros de redes sociais, de apoio formal e informal, que influenciam directa e



indirectamente o funcionamento da criança, dos pais e da família (Dunst, 2000, Meisels e Shonkff, 2000).

*Inclusão pré-escolar* – é um conceito que abrange vários contextos educativos (família, escola, comunidade...), pelo que em intervenção precoce, necessita de reflexão e planificação por parte de todos os intervenientes. No contexto escolar, preconiza a inserção do aluno com necessidades educativas especiais em classes regulares, sempre que possível, devendo usufruir, nesse contexto, de todos os serviços educativos e apoios adequados às suas características e necessidades (Correia, 2008; Correia e Serrano, 2000).

*Implante coclear* – é um dispositivo electrónico, colocado cirurgicamente, com o objectivo de promover a estimulação auditiva em indivíduos com deficiência auditiva severa/profunda neurossensorial bilateral, ou seja, quando a perda auditiva é tão grave que nem o uso de próteses permite uma comunicação oral eficiente (Gates e Miyamoto, 2003; Osberger e Koch, 2000).

#### **4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Por um lado, as limitações deste estudo prenderam-se com a redução do número de sessões programadas para a criança, dado que, a criança foi sinalizada e encaminhada para a equipa de intervenção precoce da Agrupamento de Referência de Educação Bilingue para Alunos Surdos, de Penafiel Sul, em Março de 2010 e o Plano Individualizado de Apoio à Família inicialmente delineado, teve de ser modificado ao nível dos seus objectivos, em Junho de 2010, por a criança precisar de se deslocar ao Centro Hospitalar de Coimbra, a fim de ser submetida a uma intervenção cirúrgica, para colocação de implante coclear, a 6 de Julho de 2010.

Por outro lado, o facto de a criança receber o implante coclear, numa idade tão precoce, é também uma consequência das eficazes práticas de intervenção precoce no sentido de uma rápida resolução das necessidades da criança face ao seu diagnóstico.

**CAPÍTULO I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA  
LINGUAGEM**

A partir do momento que uma criança nasce, é imperativo que daí a alguns meses ela venha a falar, pelo menos é o que é esperado socialmente. Porém, antes de surgir a fala é necessário que se desenvolva a comunicação, isto é, as competências comunicativas e linguísticas da criança, dado que primeiro, esta compreende e só posteriormente é que se exprime.

A todo o processo de aquisição e desenvolvimento destas capacidades dá-se o nome de desenvolvimento da linguagem.

Há já muitos anos, que inúmeros investigadores estudam acerca do desenvolvimento humano e concomitantemente acerca do desenvolvimento da linguagem e, como tal, muitas teorias acerca do processo de aquisição da linguagem foram formuladas. Entre elas salientámos, a *Teoria da Aprendizagem* de Skinner (1957 *cit. in* Papalia *et al.*, 2001) que defendia que a aprendizagem da linguagem era baseada na experiência, isto é, através do condicionamento operante e da aprendizagem por observação e o *Inativismo* de Chomsky (1957 *cit. in* Papalia *et al.*, 2001) que defendia que a aquisição da linguagem no ser humano era uma capacidade inata.

O desenvolvimento normal da linguagem é tudo aquilo que está “pré-estabelecido” que a criança seja capaz de fazer em determinada faixa etária e durante o processo de desenvolvimento da mesma podem ocorrer determinadas situações, com origens diversas (factores genéticos, ambientais, socioculturais, biológicos) que irão influenciar o desenvolvimento desta. Quando o desenvolvimento não é o esperado para a faixa etária da criança estamos perante um atraso/desvio da linguagem, podendo conduzir às perturbações da linguagem.

Segundo a American Speech-Language-Hearing Association<sup>1</sup> (1983 citado por Kamhi, 1989, p. 69-70) a linguagem é “um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionados, usado em modalidades diversas para o homem comunicar e pensar”.

O desenvolvimento e a aquisição da linguagem na infância é uma das áreas mais sensíveis e em constante desenvolvimento, justificando o interesse dos investigadores acerca da mesma. Por outro lado, é a linguagem que nos diferencia dos outros animais, que nos habilita a viver em sociedade, que nos permite transmitir ideias, pensamentos e sentimentos, enfim, que nos torna pessoas.

---

<sup>1</sup> ASHA

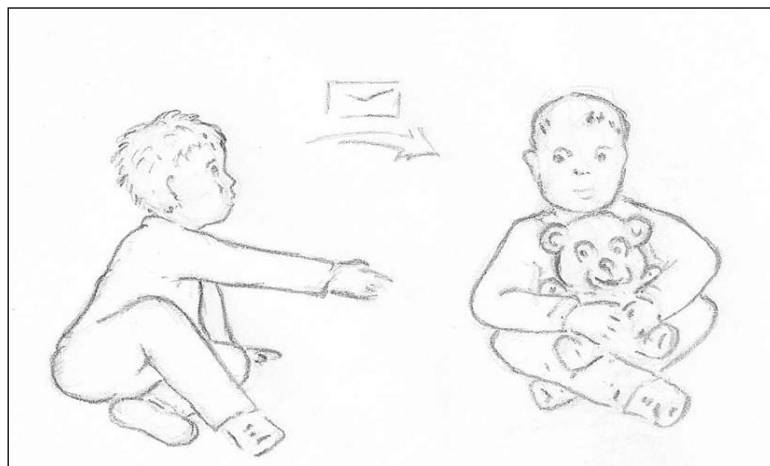
Neste capítulo, iremos diferenciar três conceitos importantes que são muitas vezes utilizados com diferentes sentidos e que devem ser bem explícitos quando nos estamos a referir aos comportamentos linguísticos da criança, sendo estes, comunicação, linguagem e fala.

E, por último, iremos abordar o desenvolvimento do gesto pois antes da criança começar a falar, os gestos assumem uma função comunicativa na aquisição e desenvolvimento da linguagem e no caso da deficiência auditiva assumem mesmo a função de primeira língua, ou seja, a língua materna da criança.

## 1. COMUNICAÇÃO

A comunicação é um processo complexo de troca de informação de uma pessoa para outra, ou para um grupo de pessoas, usado para influenciar o comportamento destas (Olswang, 1987 citado por Franco, Reis e Gil, 2003).

De acordo com Nicolosi, Harryman e Kresheck (1996, p. 70) a comunicação é “o meio pelo qual um indivíduo troca experiências, ideias, conhecimentos e sentimentos com o outro e pode ser realizada através da fala, língua gestual, gestos ou escrita, isto é, por um sistema de símbolos”.



**Fig. 1.** Cadeia de comunicação: a mensagem é enviada por uma pessoa e recebida pela outra.

Existe todo um processo na troca de informação, a que se chama cadeia de comunicação e, para se efectivar, esta requer um emissor que codifica ou formula a

mensagem e um receptor que descodifica ou compreende. Implica respeito, partilha e compreensão mútua (Fiadeiro, 1993 referenciado por Nunes, 2001).

As mensagens podem ser emitidas de forma intencional ou não. Antes de os bebés saberem o que é a comunicação, isto é, terem noção que o seu comportamento influencia o dos outros, eles comunicam através do choro e dos movimentos (Buckley, 2003).

Ao longo do seu desenvolvimento eles vão descobrindo que a comunicação tem uma intenção, por exemplo para obter comida, conforto, um brinquedo, etc. Aprendem a tornar-se comunicadores efectivos, à medida que as suas mensagens são compreendidas e desenvolvem a capacidade de responder adequadamente quando solicitados. Também começam a aprender que as mensagens podem surgir de duas formas diferentes, verbal ou não-verbal (Buckley, 2003).

De facto, os humanos utilizam tanto a forma de comunicação verbal como a não-verbal quando transmitem uma informação entre eles. Entende-se como forma de comunicação não-verbal o olhar, expressão facial e corporal, gestos e vocalizações. E como forma de comunicação verbal o uso da linguagem, que pode ser oral ou escrita (Buckley, 2003; Von Tetzchner, 2000).

As pessoas podem receber uma informação ou mensagem por diferentes vias sensoriais, pela via visual (visão), auditiva (audição) e táctil (tacto). Por exemplo, a informação pode ser enviada pela via visual através de fotografias, signos gráficos ou signos gestuais. Nas interações interpessoais da maioria das pessoas está presente a combinação de mensagens verbais e não-verbais que podem ser auditivas, visuais ou tácteis. Desta forma, o receptor tem de ser capaz de integrar os diferentes tipos de informação sensorial, para que possa compreender o sentido literal da mensagem (Buckley, 2003).

Mas em todo este processo de comunicação é fulcral que os interlocutores dominem o mesmo código linguístico, ou seja, partilhem um conjunto de sinais usados para comunicar (Sim-Sim, 1998).

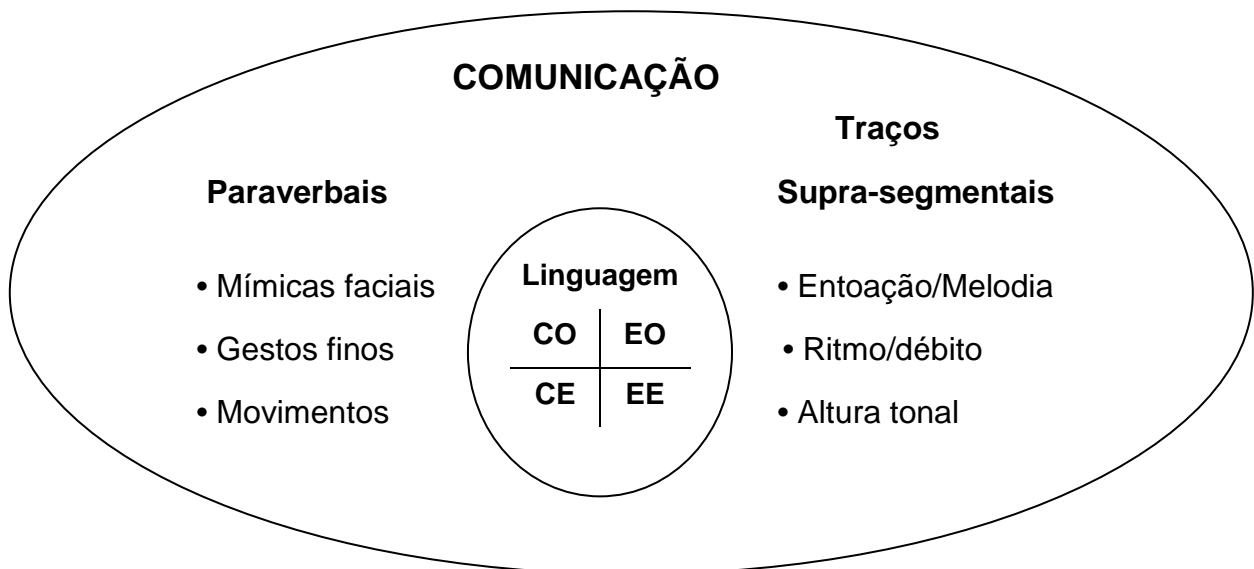
Segundo Buckley (2003, p.9) os seguintes factores que desempenham um papel importante na comunicação humana:

- Motivação para comunicar;
- Os contextos em que se comunica (trabalho, casa, consultório médico...);
- Relacionamento entre os interlocutores e os respectivos papéis que desempenham (marido/mulher; professor/aluno; médico/doente...);

- O tipo de mensagem transmitida (pedir informação, pedir um objecto, fazer um comentário, fazer uma pergunta, dar uma resposta...);
- A capacidade de realizar turnos de conversação (ora é receptor ora é emissor);
- A capacidade de compreender e usar mensagens não-verbais;
- A capacidade de compreender e usar mensagens verbais;
- A capacidade de modificar as mensagens transmitidas através do feedback do interlocutor ou o seu próprio feedback (feedback auditivo da sua própria fala).

Para que a comunicação se dê de forma clara, afim de reforçar ou distorcer a mensagem, a linguagem serve-se de mecanismos de apoio que podem ser extralinguísticos (ou paraverbais) e paralinguísticos (ou traços supra-segmentais) (Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Seguidamente, apresentámos um quadro de comunicação que, a nosso ver, elucida de uma forma simples, todos os elementos envolventes no processo de comunicação.



**Fig. 2.** Quadro de comunicação (Rigolet, 1998).

No quadro anterior, a linguagem está dividida em quatro componentes, sendo elas, a compreensão da linguagem oral (**CO**), a compreensão da linguagem escrita (**CE**), a expressão oral (**EO**) e a expressão escrita (**EE**). No mesmo, podemos observar que a linguagem e os mecanismos de apoio estão dentro da comunicação,

ou seja, no acto de comunicar estão envolvidas todas as componentes da linguagem e os aspectos extralinguísticos e paralinguísticos (Rigolet, 1998).

Visto isto, pode-se então concluir que quando cadeia de comunicação é quebrada resulta uma perturbação da comunicação e cabe aos técnicos especializados encontrar uma forma para que ela funcione da melhor forma possível (Morris, 2005).

## 2. LINGUAGEM

O conceito de linguagem é muito amplo e existem muitas definições de linguagem. Desta forma, mais do que uma pesquisa exaustiva, tentamos fazer uma referência selectiva relativamente à definição deste conceito consoante diferentes autores.

Assim, segundo alguns autores, a linguagem é:

- “...um método exclusivamente humano e não instintivo de comunicar ideias, emoções e desejos por meio de um sistema de símbolos produzido de maneira deliberada” (Sapir, 1922 citado por Lima, 2000, p. 23);
- “Um conjunto complexo de processos – resultado de uma certa actividade psíquica profundamente determinada pela visa social – que torna possível a aquisição e o emprego concreto de uma língua qualquer” (Slama-Casacu, 1961 referido por Cunha e Cintra, 1993, p. 1);
- “Um sistema organizado de forma regular e previsível de tal forma que é possível escrever um conjunto de normas que descrevem as regularidades do sistema” (Mogford e Bishop, 1993, p.11);
- “O resultado de uma actividade nervosa complexa que permite a comunicação interindividual de estados psíquicos através da materialização de signos multimodais que simbolizam esses estados de acordo com uma convenção própria de uma comunidade linguística” (Lecours et al., 1979 citado por Casanova, 1997, p. 1);

- “Uma característica especificamente humana que desempenha importantes funções a nível cognitivo, social e de comunicação” (Solanas e Puyuelo, 1997 referido por Puyuelo, 1997, p. 2).

Rondal citado por Puyuelo (1997) salienta os aspectos comunicativos, conceptuais e linguísticos da linguagem dizendo que:

Aquisição da linguagem está concebida como o desenvolvimento da capacidade de comunicar verbal e linguisticamente por meio da conversação numa determinada situação e relativamente a um determinado contexto espaço-temporal. Portanto, ao efectuar o balanço de uma série de produções é essencial fazer intervir o contexto linguístico e extralinguístico do intercâmbio verbal, o tema de conversação, as atitudes e motivações dos participantes, ao mesmo tempo que as informações acerca da organização formal dos enunciados e das palavras que os compõem. (p.2)

Bates e Goodman (1997 citado por Crais, 2007, p.141) referem que “a linguagem é uma máquina nova construída a partir de peças antigas dependente das capacidades individuais em conjunto com a tenção, jogo, linguagem, imitação e percepção”.

Concluindo, a linguagem é um sistema que associa sons e significados e quando adquirimos uma língua conhecemos esse sistema. Sendo que, este conhecimento indica a nossa competência linguística e difere do nosso comportamento que se define como a nossa realização linguística, ou seja, quando adquirimos uma língua, adquirimos uma competência que está subjacente ao nosso comportamento linguístico. Logo, podemos optar por falar ou não falar, temos o poder de decidir o que queremos fazer e se não tivéssemos esse domínio linguístico (domínio de uma língua) nunca teríamos hipótese para fazer essa opção (Fomkin e Rodman, 1993).

## **2.1. DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM DOS 0 AOS 6 ANOS**

De uma forma geral, podemos dizer que a linguagem é um sistema de símbolos (sons, palavras e sinais) organizado de forma regular que permite aos humanos comunicarem, mas a comunicação só será efectiva se existir um código socialmente partilhado pelos interlocutores, a língua (Franco et al., 2003).



Como vimos anteriormente, a linguagem pode ser oral ou escrita. No que respeita ao desenvolvimento de ambas, só a linguagem oral se dá por uma aquisição espontânea e natural com base na interacção de vários factores, são eles ambientais, psicossociais, cognitivos e biológicos, é universal e não necessita de ensino explícito. No caso da linguagem escrita, esta tem de ser ensinada formalmente para se desenvolverem as competências necessárias à mestria da escrita (Castro e Gomes, 2000; Franco et al., 2003; Sim-Sim, 1998).

Sendo a linguagem oral adquirida de forma espontânea, natural e interactiva, então a aquisição de uma determinada língua implica a apreensão de regras específicas do sistema linguístico (Sim-Sim, 1998).

Assim sendo, a linguagem oral baseia-se numa combinação complexa de vários componentes e regras fonológicas, sintácticas, morfológicas, semânticas e pragmáticas (Sim-Sim, 1998).

À medida que a criança se desenvolve vai adquirindo maturidade linguística e começa a ter a capacidade de pensar sobre a própria linguagem, isto é, começa a dominar as propriedades e operações da língua, este processo designa-se por metalinguagem (Sim-Sim, 1998).

Então, metalinguagem é a capacidade de pensar sobre a própria língua, através de um processo cognitivo de nível superior, que resulta num conhecimento deliberado, reflectido, explícito e sistematizado das propriedades e operações da língua (Franco et al., 2003, Sim-Sim, 1998).

Concluindo, para um propício desenvolvimento da comunicação e linguagem é necessário que a criança aprenda a utilizar a linguagem de forma funcional e a compreender o modo como os outros a utilizam. A comunicação, linguagem e a fala são sistemas que se desenvolvem de forma dependente uns dos outros e estão directamente relacionados com o desenvolvimento global da criança (Buckley, 2003).

### **2.1.1. COMPONENTE FONOLÓGICA**

A fonologia é o domínio da estrutura dos sons da fala, isto é, é a capacidade de apreensão e utilização das regras referentes aos sons e suas combinações (Franco et al., 2003; Pinto, 1998; Sim-Sim, 1998).

Dado que a fonologia estuda os modelos sonoros encontrados na linguagem humana, também utilizamos esta terminologia quando nos referimos ao conhecimento que os falantes têm dos modelos sonoros da sua língua natural (a primeira língua que aprendem) e de uma segunda língua, pois quando aprendemos uma nova língua aprendemos quais os sons e as regras de articulação (fonética) que ocorrem na mesma (Fomkin e Rodman, 1993; Gerber, 1996).

O conhecimento e domínio fonológico da uma língua implica, conhecer o sistema fonológico dessa língua, isto é, o mapa de sons que nela ocorrem e as regras de combinação de sons em unidades significativas (fonemas). Os sons da fala podem ser descritos com base nas suas características fonéticas ou acústicas, sendo as primeiras referentes ao ponto ou modo de articulação e as segundas ao vozeamento e intensidade, ou seja, padrão de ondas sonoras (Fomkin e Rodman, 1993; Gerber, 1996).

Assim, a fonologia de uma determinada língua constitui um modelo e um sistema dos sons da fala e a fonética permite-nos descrever os sons falados na língua na sua realização concreta, ou seja, a articulação, as características físicas e percepção (Gerber, 1996; Sim-Sim, 1998).

Quanto à aquisição da fonologia, várias investigações e estudos acerca da percepção da fala por parte do bebé demonstraram que logo após o nascimento, este apresenta uma capacidade extraordinária para discriminar as propriedades acústicas, sendo que alguns especialistas denominam esta fase de Período Pré-linguístico (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Neste período são lançadas as bases da comunicação entre o bebé e os seus interlocutores, dando-se o início das vocalizações e o desenvolvimento das capacidades de discriminação auditiva que permitiram a diferenciação dos sons da fala. Só posteriormente é que o bebé começa a detectar as diferenças da fala da língua materna (fonética) e a atribuir significado à produção sonora, passando a denominar-se, a partir desta fase, de Período Linguístico (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Posto isto, a primeira forma de comunicação que o bebé utiliza é o choro. Esta manifestação sonora reflecte o estado fisiológico da criança e tem por objectivo mostrar desconforto, que pode ser fome ou dor. O bebé aprende desde muito cedo a importância do choro, dado que através deste ele receberá a atenção necessária para eliminar o seu desconforto, pois perante este sinal o adulto aproxima-se dele,

pega-o ao colo, alimenta-o, dando-se início à interacção (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

O bebé também sons vegetativos, nomeadamente, soluços, espirros e tosse. Estes sons, juntamente com o choro, ajudam o bebé a habituar-se à passagem de ar pelo aparelho fonoarticulatório e conseqüentemente produzem um efeito estimulante para a futura produção sonora (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

À medida que o bebé vai crescendo a frequência do choro vai diminuindo e a este seguem-se outras formas de vocalização, nomeadamente o sorriso e o palreio. O palreio aparece por volta dos dois meses de idade, frequentemente associado a uma situação de interacção comunicativa. Este, consiste numa sequência de sons vocálicos [o] e sons consonânticos [g] e [k] (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Rigolet, 2000; Sim-Sim, 1998).

Por volta dos três meses de idade, com o sorriso e palreio, começa a manifestar-se a primeira regra básica da interacção comunicativa, designada por “pegar a vez”. O “pegar a vez” é quando, numa situação de interacção comunicativa entre dois ou mais interlocutores, um deles inicia, termina e passa ao outro a vez para comunicar (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Após os quatro meses de idade, choro já apresenta alterações de entoação que nos permite diferenciar o choro que expressa desconforto do choro que indica o chamamento, e começam também a surgir as gargalhadas (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Ao palreio e a estas alterações na entoação segue-se, por volta dos 6 meses, o balbucio que, podendo ser considerado um jogo vocal, é caracterizado pela produção de segmentos silábicos isolados, de sons vocálicos ou consonânticos, com diferentes variações de duração, intensidade e tom (Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

A fase do balbucio prolonga-se até aos nove/dez meses de idade e a sua principal característica é a reduplicação silábica, balbucio reduplicado, que assenta numa repetição de sequências de combinação consoante/vogal (CV). Durante esta fase, estão presentes uma grande variedade de sons, muitos dos quais não pertencentes à sua comunidade linguística. A variação dos padrões de produção reflecte a maturação gradual dos órgãos fonoarticulatórios e do sistema nervoso central e sustenta a convicção da programação genética independentemente das condições ambientais dado que, as crianças com deficiência auditiva percorrem

todas as fases referidas anteriormente, alterando-se esta situação na fase seguinte (Rigolet, 2000; Sim-Sim, 1998).

Após o balbucio reduplicado surgem as produções não reduplicadas que parecem ser influenciadas pelas capacidades auditivas da criança dado que nesta fase é notória a diferença de comportamento dos bebés com e sem deficiência auditiva. Apesar de haver um decréscimo nas produções fónicas nestes dois grupos, as crianças sem deficiência auditiva começam a apresentar uma melhor qualidade articulatória e um aumento na diversidade de sons produzidos ao contrário das crianças com deficiência auditiva que praticamente deixam de produzir sons. Sendo nesta fase, que começam a surgir as primeiras preocupações, por parte dos pais, acerca do grau de audição dos seus filhos (Sim-Sim, 1998).

Entre os nove/doze meses de idade, as produções do bebé começam a aproximar-se cada vez mais a palavras, podendo registar-se a existência de proto-palavras, que se definem como sequências fónicas utilizadas, de modo consistente, para designar objectos ou acções que não têm correspondência com o léxico do adulto (Sim-Sim, 1998).

As primeiras palavras começam, então, a surgir após esta fase e marcam a passagem do Período Pré-Linguístico para o Período Linguístico. As primeiras palavras produzidas pelo bebé dizem respeito a pessoas, objectos ou acontecimentos relativos às suas vivências e aos contextos em que está inserido (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

### **2.1.2. COMPONENTE SEMÂNTICA**

A semântica é o domínio das regras de realização semântica, isto é, é a capacidade de aquisição e utilização das novas palavras (léxico), do estabelecimento de redes entre elas e dos respectivos significados (Franco et al., 2003; Pinto, 1998; Sim-Sim, 1998).

Como foi referido anteriormente, a primeira palavra marca o início do Período Linguístico e como tal é considerada um marco do desenvolvimento lexical pois engloba a aquisição de novos vocábulos e significados e o estabelecimento das redes de relação entre eles (Sim-Sim, 1998).

Após o período do balbucio, caracterizado pelas repetições de sequências de combinação consoante/vogal (CV), surge a produção do primeiro vocábulo. As primeiras palavras são monossílabos ou repetições silábicas (CVCV; CVC; VCV), já produzidas no período do balbucio, mas que agora têm um significado consistente, são rótulos usados para representar entidades ou conceitos. A semelhança fonológicas entre os sons do balbucio e a primeira palavra torna difícil precisar o exacto momento do aparecimento destas contudo a consistência do significado para referir um objecto ou situação permite identificar a passagem de jogo vocal para produção lexical (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Sim-Sim, 1998).

As primeiras produções lexicais surgem entre os nove e os doze meses e referem-se às vivências e preferências da criança, ou seja, os primeiros vocábulos referem-se aos membros da família próxima, alimentos, animais ou sons onomatopeicos preferidos. Outro factor importante para a produção é a composição fónica, isto é, as palavras mais fáceis de produzir, do ponto de vista articatório, mais facilmente serão incluídas no léxico da criança (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Sim-Sim, 1998).

Aos dezoito meses, a criança produz, em média, cinquenta vocábulos simples relacionados com nomes de pessoas, animais, vestuário, brinquedos, transportes, alimentos, partes do corpo, acções (rotinas), adjectivos e palavras de recorrência (mais). Estes vocábulos referem-se a itens do contexto da criança e tem um significado muito restrito (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Sim-Sim, 1998).

Dos dezoito aos quarenta e dois meses, dá-se um “boom” linguístico. Segundo Menyuk (1971 citado por Sim-Sim, 1998), o número de palavras produzidas pela criança aos trinta meses é seis vezes superior ao número produzido aos vinte e quatro meses, aos quarenta e dois meses triplica a produção dos trinta meses. Após os quarenta e dois meses, o vocabulário continua a aumentar mas um ritmo mais lento (Aguado; 1995; Gerber, 1996; Sim-Sim, 1998).

Como vimos, as produções lexicais da criança aumentam exponencialmente nesta fase contudo a compreensão excede sempre a expressão, ou seja, o vocabulário que a criança reconhece é muitíssimo superior ao que ela produz. Esta característica irá sempre acompanhar o desenvolvimento da linguagem, dado que até os adultos compreendem mais vocábulos (vocabulário passivo) do que os que utilizam nas relações do dia-a-dia (vocabulário activo) (Gerber, 1996; Rigolet, 2000; Sim-Sim, 1998).

Ao longo do desenvolvimento lexical, a criança não adquire só o vocabulário que expressa categorias (objectos, acções, brinquedos, características) mas também os vocábulos que articulam gramaticalmente as frases, por exemplo, conjunções. Quando a criança entra para a escola, por volta dos seis anos de idade, possui um léxico bastante extenso e é capaz de conversar acerca de uma diversidade de temas. Também começa a perceber as redes de relação semântica que ligam diferentes vocábulos, como por exemplo, a mesma palavra pode ter significados diferentes, diferentes palavras podem ter o mesmo significado e conceitos opostos são expressam por antónimos (Sim-Sim, 1998).

Desta forma, o desenvolvimento semântico engloba a aquisição do significado das palavras e o desenvolvimento da compreensão do sentido literal e figurativo dos enunciados (Gerber, 1996).

### **2.1.3. COMPONENTE SINTÁCTICA**

A sintaxe é o domínio das regras sintácticas, isto é, corresponde à capacidade de aquisição e uso das regras de organização das palavras em frases (Franco et al., 2003; Pinto, 1998; Sim-Sim, 1998).

Para as crianças adquirirem a mestria de qualquer língua, têm aprender a organizar das palavras entre si através de conjunto infinito de regras que permitira produzir um conjunto infinito de frases (enunciados) (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

O desenvolvimento sintáctico inicia-se cedo e prolonga-se por toda a infância, sendo apreendido por exposição, tal como o desenvolvimento fonológico e o desenvolvimento semântico (Aguado, 1995; Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

A fase dos doze aos dezoito meses é caracterizada pelo Período Holofrástico, isto é, uma única palavra é produzida com o valor de frase estando o seu significado dependente do contexto em que foi utilizada. Logo, uma única palavra pode ter significados diferentes consoante o contexto em que é utilizada, a acção que a precede e a entoação que a modela. A criança recorre à holofrase para pedir, rotular (nomear), chamar atenção ou cumprimentar, produzindo um discurso com o uso

adequado dos para-verbais e dos traços supra-segmentais (Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Nesta fase, a criança já é capaz de compreender frases simples (p.e. ordens) e perguntas, o que mais uma vez indica que a capacidade de compreensão antecede a capacidade de expressão (Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Posteriormente surge o Período Telegráfico, compreendido entre os dezoito e os vinte e quatro meses, em que a criança começa a juntar duas palavras para formar uma frase. As primeiras combinações de palavras são regidas por regras semânticas e não por regras sintáticas, não estando contemplados na sua produção os elementos morfológicos como as palavras funcionais e os acordos verbais (Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

A partir dos vinte e quatro meses, a criança começa a produzir enunciados combinando três ou mais palavras, formando frases simples com palavras de conteúdo ainda que com omissão de palavras gramaticais e funcionais. A expansão do conhecimento é marcada pelo aumento do número de palavras por frase e pelo uso de sufixos flexionais (género, número) (Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Após o Período Telegráfico, por volta dos trinta e seis meses, as crianças produzem frases curtas, simples e predominantemente justapostas e/ou coordenadas. Dá-se um rápido e eficaz aumento na aquisição de regras da estrutura básica da frase e das regras morfológicas que permitirá fazer combinação de frases simples (Parataxe) tornando-as cada vez mais complexas (Hipotaxe) (Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Um excelente indicador do desenvolvimento sintático da criança é a análise do discurso da criança, que pode ser calculada, dividindo-se o número total de palavras produzidas pelo número total de enunciados produzidos de um excerto do discurso da criança. Esta fórmula designa-se por Mean Length Utterance (MLU) e foi desenvolvida pelo psicólogo Roger Brown, na década de setenta, em Portugal é conhecida como Comprimento Médio de Enunciado (CME) (Rigolet, 1998, 2000; Sim-Sim, 1998).

#### **2.1.4. COMPONENTE MORFOLÓGICA**

A morfologia é a é o domínio das regras morfológicas, isto é, diz respeito à capacidade de aquisição e uso das regras relativas à formação e estrutura interna das palavras (Franco et al., 2003; Pinto, 1998; Sim-Sim, 1998).

Ao falarmos mais aprofundadamente da morfologia, a derivação e composição, verificamos que alguns dos seus aspectos têm implicações sintáticas dado que substantivos podem derivar de verbos, verbos de adjetivos, adjetivos de substantivos, entre outros (Fronkin e Rodman, 1993).

Posto isto, embora o nosso interesse seja abordar as componentes as linguagem de forma isolada, ao falarmos de morfologia poderemos ter de fazer referência à sintaxe.

Em todas as línguas orais, as palavras são constituídas por sons e significados logo, ao conhecermos uma palavra conhecemos os sons constituintes e o significado da mesma e estes formam um signo linguístico. As palavras estão gravadas no nosso léxico mental justamente com a sua representação fonológica, semântica (significado) e sintáctica (categoria) (Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

As unidades mais elementares da língua são os morfemas pois podemos decompor as palavras em unidades menores, e estes combinam-se segundo as regras morfológicas de cada língua (Fronkin e Rodman, 1993; Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Durante os Períodos Holofrástico e Telegráfico as palavras produzidas são, principalmente, substantivos e verbos e não apresentam qualquer marca de flexão, são constituídas apenas por um morfema. No final do Período Telegráfico, começam a aparecer as palavras de função gramatical designadas por palavras funcionais, como é o caso dos artigos (definidos), pronomes (pessoais e possessivos) e preposições (Gerber, 1996; Rigolet, 1998; Sim-Sim, 1998).

Aos trinta e seis meses, as crianças começam a produzir frases coordenadas, ou seja, frases ligadas por conjunções coordenativas (Rigolet, 1998).

Por volta dos quarenta e oito meses, utilizam mais substantivos que verbos (cerca de duas vezes), mais advérbios que adjetivos, mais conjunções coordenativas que subordinativas, artigos definidos e indefinidos, preposições e pronomes (Rigolet, 1998).



A faixa etária entre os quarenta e oito e os sessenta meses apresenta um desenvolvimento extremamente rico que reflecte o aumento da complexidade da sua expressão, a criança começa a produzir mais palavras por enunciado, as frases são mais compridas e mais diversificadas quanto às conjunções subordinadas, aparecendo as subordinadas relativas e as subordinadas conjuntivas, e observa-se uma melhoria na utilização da morfologia do verbo (concordâncias verbais) (Rigolet, 1998).

Dos sessenta aos setenta e dois meses, observa-se algum retrocesso de toda componente morfológica e de todas as componentes referidas anteriormente, as produções orais, os modos e tempos verbais empregues baixas substancialmente. Contudo, parece haver um aumento no número de palavras produzidas por enunciado, que indica uma complexificação da construção frásica a nível morfológico, o que leva a concluir que a qualidade do discurso nesta fase supera a quantidade (Rigolet, 1998).

#### **2.1.5. COMPONENTE PRAGMÁTICA**

A pragmática é o domínio das regras de uso da língua, isto é, é a capacidade de apreensão e utilização das regras de uso da língua, visando a adequação ao contexto da comunicação (Franco et al., 2003; Sim-Sim, 1998).

Como já foi referido anteriormente, o desenvolvimento da linguagem resulta da interacção da criança com o meio envolvente, ou seja, as diárias interacções sociais com as pessoas e a comunicação com os outros faz com que a criança adquira linguagem. Segundo Gallagher (1991, citado por O'Neill, 2009), “quando o código de linguagem é utilizado para comunicar é um fenómeno intrinsecamente social. A pragmática é o estudo do uso da linguagem sendo que quando a linguagem é usada para comunicar é um comportamento social”.

A pragmática é o sistema de regras que sustenta o uso comunicativo da linguagem. Deste modo, a pragmática da comunicação não-verbal inclui a expressão facial, o tom de voz, gestos e postura corporal, e estes aspectos extralinguísticos e paralinguísticos proporcionam o contexto para a interpretação da mensagem verbal e a intenção comunicativa dos interlocutores. A pragmática da comunicação verbal refere-se às regras de “pegar a vez”, iniciativa comunicativa e resposta ao

interlocutor, manutenção de um tópico de conversação com adequação da expressão facial e o uso apropriado do léxico nos diferentes contextos sociais (Segalowitz e Rapin, 2003).

O desenvolvimento da pragmática inicia-se logo após o nascimento quando, na interacção, o bebé e a mãe trocam o olhar e expressões faciais. Passados poucos meses o bebé passa a realizar turnos de vocalizações, imitações e a responder à expressão facial da mãe. A troca do olhar e a produção de vocalizações marcam o início do uso comunicativo da linguagem e vem confirmar que a linguagem influencia o comportamento social (comportamento das outras pessoas) (Segalowitz e Rapin, 2003).

Ao longo do seu desenvolvimento, a criança adquire e faz o uso da língua em que está embebida podendo mesmo utilizar só uma palavra complementada com expressões faciais, com o gesto apontar ou com alterações do tom de voz.

A pragmática envolve três grandes habilidades comunicativas (ASHA, s.d.):

- O uso da linguagem para diferentes propósitos – cumprimentar, informar, protestar, ordenar, pedir;
- Adequar a linguagem aos interlocutores – falar de forma diferente para um bebé e para um adulto, dar informações a uma pessoa desconhecida, falar de forma diferente na sala de aula e no intervalo;
- Seguir as regras de conversação e de representação – “pegar a vez” num diálogo, introduzir e manter tópicos de conversação, reformular a frase quando não é compreendido, usar assertivamente pistas verbais e não-verbais, saber qual a distância que deve manter com o interlocutor, adequar as expressões faciais e o contacto ocular.

Ao longo do discurso, utilizamos diferentes tipos de entoação, léxico e orações, dado que dependendo do contexto e da intenção, podemos escolher diferentes formas linguísticas para alcançarmos determinada função comunicativa. Posto isto, a pragmática é uma componente da linguagem que apesar de não estar claramente definida é a base da interacção comunicativa e é transversal às restantes componentes.

Como a pragmática é transversal às restantes áreas da linguagem e como é uma área que poucos profissionais dão ênfase, achamos por bem fazer a descrição dos marcos de desenvolvimento da mesma. Dewart e Summers (1995) elaboraram

uma lista com os marcos de desenvolvimento da pragmática desde o nascimento até à idade escolar. Seguidamente iremos apresentar os respectivos marcos desde o nascimento até aos sete anos de idade.

**Quadro 1 – Desenvolvimento da pragmática dos 0 meses aos 7 anos (Dewart e Summers, 1995).**

• <b>Dos 0 aos 9 meses:</b>	
FUNÇÕES COMUNICATIVAS	- Utiliza sinais como: olhar, sorriso, gritos, vocalizações, mas sem intenção comunicativa específica.
RESPOSTA À COMUNICAÇÃO	- Presta atenção à voz humana e à face humana. - Responde à interacção através do olhar, sorriso e riso. - Começa a desfrutar de jogos de acção e começa a sorrir no reconhecimento de palavras familiares ou em antecipação de cócegas.
INTERACÇÃO E CONVERSAÇÃO	- Interações precoces entre bebés e cuidadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolvem turn-taking (tomada de vez) e comportamentos temporalmente associados;</li> <li>• Podem ser iniciadas pelo bebé, o bebé olha para a cara do cuidador e depois desvia o olhar;</li> <li>• Muitas vezes consistem em jogos ritualizados e repetitivos (“cucu!”), que também envolvem turn-taking;</li> <li>• Envolvem a atenção conjunta entre a criança e o cuidador, que se expande para incluir objectos e eventos externos.</li> </ul>

• <b>Dos 9 aos 18 meses:</b>	
FUNÇÕES COMUNICATIVAS	- Começa a expressar intenção comunicativa, primeiro por gesto combinado com vocalização e depois por palavras: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção de busca;</li> <li>• Pedido de objectos, acções ou de informação;</li> <li>• Rejeição ou protesto;</li> <li>• Saudação;</li> <li>• Nomeação.</li> </ul>
RESPOSTA À COMUNICAÇÃO	- Começa a compreender os gestos do adulto, tais como o apontar (primeiro para objectos próximos, depois para os mais distantes). - Responde adequadamente a instruções simples.

**Quadro 1** – Desenvolvimento da pragmática dos 0 meses aos 7 anos (Dewart e Summers, 1995) (CONTINUAÇÃO).

<p style="text-align: center;">INTERACÇÃO E CONVERSAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interações não-verbais iniciadas pela criança, por exemplo, dar, apontar, mostrar ou fazer pedido por gestos e fazer vocalizações.</li> <li>- Interações podem ser terminadas pela criança se ela se afastar.</li> <li>- Responde a perguntas através de vocalização não-verbal ou gesto.</li> <li>- Interações limitadas a um ou dois turnos por cada parceiro.</li> </ul>
---	--

<p>• <b>Dos 18 meses aos 3 anos:</b></p>	
<p style="text-align: center;">FUNÇÕES COMUNICATIVAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumenta a amplitude das intenções comunicativas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza expressões individuais ou várias palavras para:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>* Comentar;</li> <li>* Expressar sentimentos;</li> <li>* Afirmar a independência.</li> </ul> </li> <li>• Começa a utilizar uma linguagem imaginativa.</li> </ul> </li> </ul>
<p style="text-align: center;">RESPOSTA À COMUNICAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Começa a reconhecer uma série de intenções comunicativas do adulto e a responder apropriadamente.</li> <li>- Responde ao discurso com o fala: responde verbalmente a declarações (por exemplo, “sim” ou “não” para perguntas “Sim ou não?”, ou o local específico como resposta à questão “Onde?”).</li> <li>- Apercebe-se que frases como “Um minuto!” quer dizer que ele ou ela tem de esperar.</li> </ul>
<p style="text-align: center;">INTERACÇÃO E CONVERSAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Começa a utilizar a fala em resposta ao discurso (por exemplo, responde verbalmente a perguntas).</li> <li>- Inicia interações utilizando um vocábulo (por exemplo, “mamã”).</li> <li>- Responde a pedidos de esclarecimento por repetição ou por revisão da forma original do enunciado.</li> </ul>

<p>• <b>Dos 3 aos 4 anos:</b></p>	
<p style="text-align: center;">FUNÇÕES COMUNICATIVAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliza a linguagem para:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falar sobre acontecimentos passados e futuros;</li> <li>• Dar informações.</li> </ul> </li> <li>- Faz pedidos utilizando a forma na 3ª pessoa (por exemplo, “Você”).</li> <li>- Reconta histórias simples.</li> </ul>
<p style="text-align: center;">RESPOSTA À COMUNICAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende as intenções comunicativas dos adultos.</li> <li>- Reconhece mudanças na formulação de histórias familiares e rimas.</li> </ul>

**Quadro 1** – Desenvolvimento da pragmática dos 0 meses aos 7 anos (Dewart e Summers, 1995) (CONTINUAÇÃO).

<p>INTERACÇÃO E CONVERSAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode iniciar uma conversa por meio de estratégias verbais, por exemplo, vocativo + comentário ou pergunta.</li> <li>- Torna-se mais capaz de comunicar com estranhos.</li> <li>- Com os pares, pode alternar entre uma conversa sobre si para uma sobre o parceiro.</li> <li>- Pode participar em conversas e fingir que muda de um código de discurso para outro quando estão papéis estereotipados em jogo.</li> <li>- Responder às coisas que ouviu em conversas de outras pessoas.</li> <li>- Rápida mudança de tópicos de conversação.</li> <li>- Quando a criança não é compreendida, tende a repetir-se, sem modificação.</li> </ul>
---	--

<p>• <b>Dos 4 aos 7 anos:</b></p>	
<p>FUNÇÕES COMUNICATIVAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprende a expressar as intenções sob uma variedade de formas para atender às necessidades comunicativas do ouvinte.</li> <li>- Começa a usar solicitações indirectas.</li> <li>- Utiliza a linguagem para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conquistar e manter a atenção dos adultos, por exemplo, "saber o quê?";</li> <li>• Dar informações;</li> <li>• Procurar informações de outras pessoas;</li> <li>• Dar instruções aos seus pares;</li> <li>• As regras cívicas/sociais;</li> <li>• Negociar;</li> <li>• Expressar vários sentimentos/emoções;</li> <li>• Insultar e ameaçar.</li> </ul> </li> <li>- Começa a contar piadas.</li> <li>- Utiliza a narrativa para relatar experiências, queixa-se sobre as acções dos outros e conta histórias simples.</li> </ul>
<p>RESPOSTA À COMUNICAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende as solicitações indirectas.</li> <li>- Começa a depender menos do contexto para compreender, por exemplo, em sala de aula.</li> <li>- Faz pedidos de esclarecimento, quando não percebe.</li> <li>- Segue as instruções dos seus pares e responde às suas perguntas.</li> <li>- Torna-se capaz de tratar a linguagem como objecto de análise e de usar a linguagem para falar de sensibilização sobre a linguagem (metalinguística).</li> </ul>

**Quadro 1** – Desenvolvimento da pragmática dos 0 meses aos 7 anos (Dewart e Summers, 1995) (CONTINUAÇÃO).

RESPOSTA À COMUNICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gosta de piadas, mas não compreende totalmente jogo de palavras/trocadilhos.</li> <li>- Ouve histórias mais longas dos livros e consegue ler as mais simples.</li> </ul>
INTERACÇÃO E CONVERSAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Torna-se mais eficiente a iniciar e terminar conversas e controlar o tempo de conversação. O cumprimento médio de enunciado aumenta significativamente.</li> <li>- Aprende a escolher momento mais apropriado para tentar entrar nas conversas de outras pessoas.</li> <li>- Ao dizer alguma coisa, tem dificuldade em tomar em consideração o que o ouvinte sabe e o que precisa de saber para a compreender, por exemplo, pressupõe que o conhecimento do contexto ou dos participantes é compartilhado.</li> <li>- Pode distinguir-se ineficazmente os termos deíticos, como "aqui" e "lá", para que o ouvinte descubra o que está a ser referido.</li> <li>- Quando a criança não foi compreendida, pode repetir-se com alguma elaboração, para que seja transmitida mais informação ao ouvinte.</li> <li>- Utiliza perguntas contingentes para pedir esclarecimentos aos outros.</li> <li>- Participa em jogos que envolvam dramatizações ou negociações através da linguagem.</li> <li>- Aos poucos, aprende a adaptar-se ao estilo de conversação dos múltiplos parceiros de conversação, que diferem em idade, sexo, status e relação familiar.</li> <li>- Mostra alguma consciência das convenções sociais do uso da língua, por exemplo, modifica enunciados de solicitação para torná-los mais educados e faz julgamentos sobre o grau de polidez dos pedidos de outras pessoas.</li> </ul>

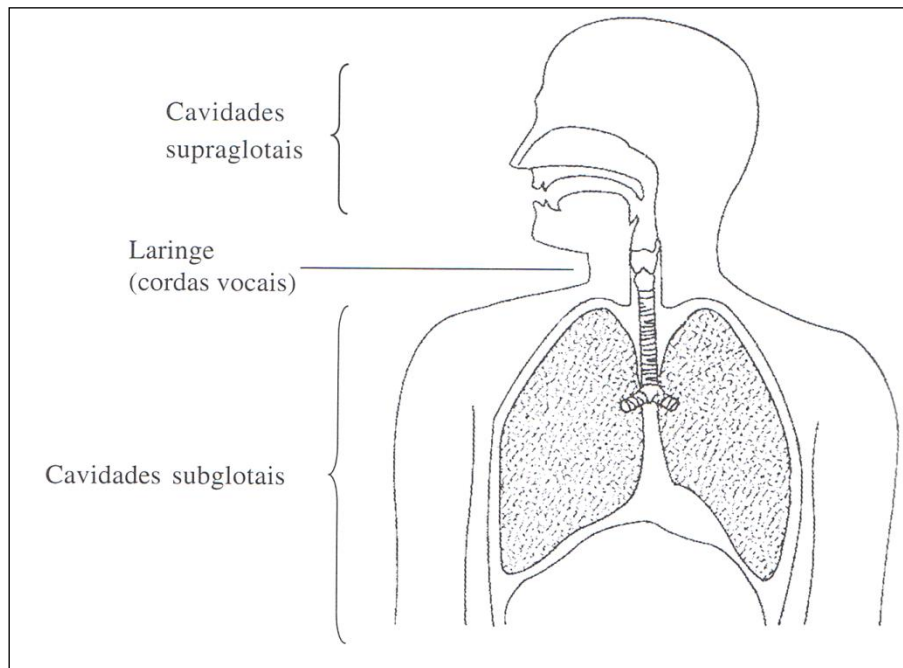
### 3. FALA

A fala é apenas uma das formas de comunicar, de exprimir a linguagem, sendo outras, a língua gestual e a escrita, dado que indivíduos que nunca falaram conseguem comunicar através da língua gestual e/ou leitura e escrita (Buckey, 2003).

O acto de falar é o resultado da coordenação de movimentos neuromusculares orais para a produção dos sons e por conseguinte, a materialização e manifestação concreta da linguagem. Todo o processo envolvente neste acto é complexo. O controlo da fala inicia-se no sistema nervoso central que depois, envia ordens para

sistema nervoso periférico e este por sua vez desencadeia os processos de planeamento e coordenação dos músculos (órgãos articulatórios) que irão activar a produção dos sons. Além disto, para existir som é necessário existir voz e esta está directamente dependente da existência de respiração (Franco et al., 2003).

O aparelho fonador é constituído pelos pulmões (fonte de ar que desencadeia os movimentos das cordas vocais), laringe (onde se localizam as cordas vocais) e tracto vocal (local onde será modelado o fluxo de ar para originar diferentes sons). E, divide-se em três partes (ver Figura 3): cavidades subglotais (pulmões), laringe e cavidades supraglotais (faringe, tracto oral e nasal) (Mateus, Falé e Freitas, 2005; Pinho, 2003).



**Fig. 3.** Aparelho fonador (Mateus, Falé, e Freitas, 2005).

Não existe um sistema exclusivo para a fonação, pelo que fazem parte do aparelho fonador vários órgãos de outros sistemas. Os pulmões, a laringe e a cavidade nasal fazem parte do sistema respiratório e a cavidade oral que faz parte do sistema digestivo (Pinho, 2003).

Para a produção da fala, é necessário que os componentes fisiológicos (respiração, fonação e articulação) estejam intactos e executem a sua função de forma harmoniosa (Pinho, 2003).

Assim sendo, o mecanismo respiratório é constituído pois dois processos, a inspiração (entrada de ar nos pulmões através do nariz) e expiração (saída de ar pela boca) (Pinho, 2003).

A produção de fala inicia-se no momento da expiração, em que o ar é expelido dos pulmões e passa pelas cordas vocais, que no momento da fonação se aproximam (executam o movimento de adução) para haver produção de som (durante a respiração encontra-se afastadas – encontram-se em abdução) (Mateus et al, 2005; Pinho, 2003).

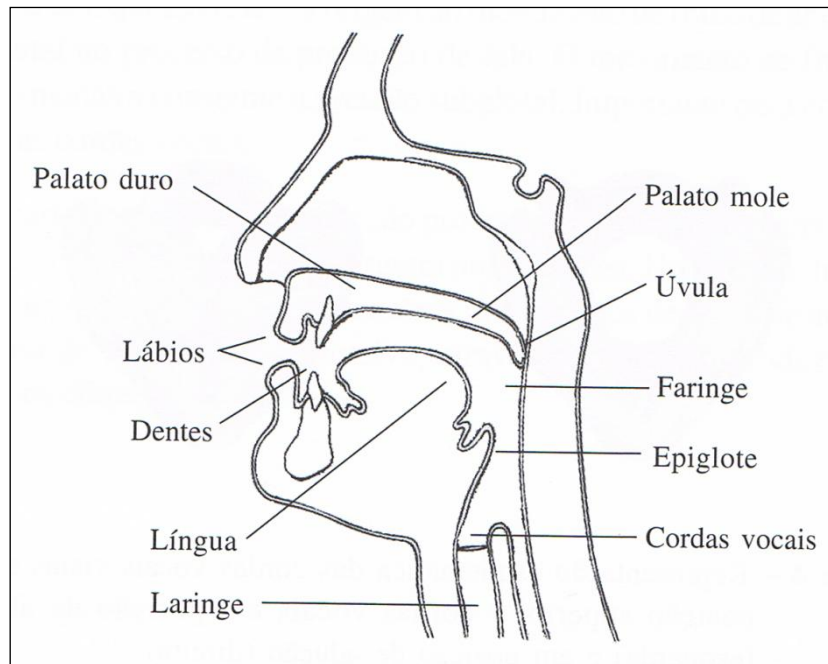
Os sons vozeados são produzidos pela vibração das cordas vocais quando estas se encontram em adução e os sons não-vozeados são produzidos quando elas se encontram em abdução (Mateus et al, 2005).

Após a passagem do ar pela laringe, este, dirige-se para as cavidades supraglotais onde será modelado (articulado) e dará origem á produção dos vários sons da língua. As cavidades supraglotais podem, também, ser designadas de cavidades de ressonância pois têm como função amplificar o som. A ressonância é um factor imprescindível à boa qualidade vocal, é um traço característico e distintivo da qualidade vocal dos indivíduos (Pinho, 2003).

Os órgãos responsáveis pela articulação dos sons da fala – órgãos fonoarticulatórios (ver Figura 4) – são: os lábios (superior e inferior), arcada dentária (superior e inferior), alvéolos dentários superiores, palato duro, palato mole e língua. Cada um deles executa movimentos diferentes, representando os modos e pontos de articulação, que darão origem a sons diferentes (Mateus e tal, 2005; Pinho, 2003).

Ao processo de articulação dos sons associam-se as características prosódicas (traços supra-segmentais), que irão modular a mensagem verbal, designadamente a entoação, melodia, variações da intensidade, de duração, de tom e de ritmo da fala (Sim-Sim, 1998).





**Fig. 4.** Órgãos fonoarticulatórios (Mateus, Falé, e Freitas, 2005).

Resumindo, a fala é a concretização da linguagem oral e para haver uma correcta produção desta é necessário que o sistema nervoso, o sistema periférico, a respiração, a fonação e a articulação estejam íntegros.

#### 4. DESENVOLVIMENTO DO GESTO

Como vimos anteriormente o acto de falar requer a coordenação e mestria neuromuscular de vários sistemas, que se vai adquirindo ao longo do desenvolvimento da criança. Posto isto, a criança comunica com o interlocutor através de sons ou gestos mesmo antes de começar a falar e, como esses gestos (corporais e faciais) são acções produzidas com intenção de comunicar, assumem uma função comunicativa de extrema importância na aquisição e desenvolvimento da linguagem (Iverson e Thal, 1998).

Chapman (2000 referido por Crais, 2007) sugere duas generalizações sobre a forma como as crianças desenvolvem a linguagem: a aquisição da linguagem segue um percurso de desenvolvimento onde novos significados e funções comunicativas são expressas por antigas formas de comportamento; e, novas

formas emergem tipicamente para expressar significados e intenções comunicativas que já pertencem ao repertório da criança.

As duas generalizações de Chapman são apoiadas com exemplos que ocorrem dentro dos múltiplos domínios da linguagem e os resultados dos estudos acerca do uso do gesto também providenciam exemplos que sustentam as suas premissas (Crais, 2007).

No decorrer do desenvolvimento comunicativo da criança, surgem dois tipos de gestos que Iverson e Thal (1998) denominam de gestos deíticos e gestos representacionais.

Os *gestos deíticos* têm como função estabelecer referência, ou seja, indicar ou chamar atenção para um objecto ou acontecimento. Os gestos podem ser usados para uma grande variedade de objectos ou acontecimentos contudo têm de ser interpretados no contexto em que ocorrem, por exemplo, apontar para um carro, tentar alcançar uma colher, dar. Estes gestos começam a emergir entre os sete e os nove meses e têm como intenção envolver o adulto na interacção de modo a obter atenção ou um objecto desejado (por exemplo, o bebé estende as mãos para que lhe peguem ao colo; estende a mão para tentar alcançar um objecto). Os gestos apontar e dar surgem mais tarde por volta dos doze/catorze meses (Iverson e Thal, 1998).

Os *gestos representacionais* além de estabelecer referência também indicam um conteúdo semântico e costumam aparecer depois da emergência dos gestos deíticos. Os gestos representacionais podem ser divididos em dois tipos: os gestos simbólicos, que apresentam uma característica do referente pois há uma relação com o objecto (por exemplo, imitar o movimento de pegar no copo e levar à boca para indicar que quer beber), e os gestos convencionais, que são convencionados culturalmente e que não representam um objecto específico mas possuem conteúdo semântico (por exemplo, acenar com a mão para dizer adeus; abanar a cabeça para discordar) (Iverson e Thal, 1998). Segundo vários autores, os gestos representacionais emergem a partir dos jogos e das rotinas que os pais ou cuidadores utilizam na interacção com o bebé porque estes dois contextos possibilitam oportunidades de atenção conjunta que levam o bebé a observar e a produzir os mesmos (Crais, 2007).

Em suma, o olhar (dirigir o olhar ou seguir o olhar do outro) é um dos primeiros comportamentos comunicativos exibidos que permite alcançar o foco de atenção da

pessoa. Com o passar do tempo o bebé vai evoluindo para comportamentos mais eficientes, sendo capaz de, através de gestos, se referir a objectos ou acontecimentos relacionados com o contexto (gestos deíticos) (Iverson e Thal, 1998).

Quando o bebé passa a ser um parceiro mais activo na interacção, os gestos tendem a aparecer como respostas aos comportamentos exibidos pelo outro e além de estabelecerem uma referência passam a adquirir função simbólica (conteúdo semântico), tornando-se cada vez menos ligados à situação em que ocorrem (gestos representacionais) (Iverson e Thal, 1998).

Nesta fase, os gestos passam a assumir o papel de palavra tornando-se mais flexíveis relativamente aos contextos podendo referenciar-se a objectos ou situações não presentes e serem usados numa variedade de funções comunicativas (Iverson e Thal, 1998).

Dado que o gesto precede o aparecimento da primeira palavra pode ser considerado como uma forma de aquisição de vocabulário e quando surge a primeira palavra o desenvolvimento das palavras e dos gestos ocorrem quase em paralelo. Passados alguns meses o papel dos gestos perde terreno face ao papel das palavras e as crianças elegem estas como modo preferencial de comunicação, sendo notória esta mudança no modo de comunicação entre os dezasseis e os vinte meses. Apenas os gestos deíticos, nomeadamente o apontar, continuam a ser usados como auxiliar de comunicação (Iverson e Thal, 1998).

## **CAPÍTULO II – CRIANÇA COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS**

Ao longo dos anos, temos vindo a observar uma evolução no conceito de necessidades educativas especiais (NEE). Outrora, os alunos com NEE estavam excluídos do sistema de ensino regular, isto é, estes alunos estavam integrados, fisicamente, no espaço físico das escolas mas estavam em turmas especiais. Posteriormente, os alunos com NEE passaram a estar incluídos a nível social e académico, ou seja, estes alunos passaram a estar integrados juntos com as restantes crianças sem NEE nas expressões (física e artística), nos recreios, refeições e passeios estão e a beneficiar de um ensino à parte no que respeita às áreas académicas (Correia, 2008).

Actualmente, em Portugal, a Educação Especial é regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 3/2008, publicado no Diário da República, 1ª Série, n.º4, a 7 de Janeiro de 2008. Este decreto permitiu definir os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo, com vista a criar a condições adequadas para a educação de crianças com NEE.

O presente contempla: objectivos, enquadramento e princípios orientadores para a educação especial; procedimentos de referenciação e avaliação das crianças com NEE; o Programa Educativo Individual e o Plano Individual de Transição; as medidas educativas que poderão ser aplicadas; e as modalidades específicas de educação (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008)

Segundo o Decreto-lei n.º3/2008, de 7 de Janeiro, os alunos, com deficiência auditiva, do pré-escolar, devem frequentar grupos de crianças com deficiência auditiva para a aquisição da Língua Gestual Portuguesa (LGP) como primeira língua. Os alunos do ensino básico (EB) e secundário realizam também o seu percurso em turmas de alunos com deficiência auditiva, sendo a docência assegurada por docentes com deficiência auditiva ou docentes sem deficiência auditiva competentes em LGP (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008).

No caso de não existir um docente com deficiência auditiva com habilitação profissional para a docência do pré-escolar e 1º ciclo do EB, deverá ser garantida a colocação de um docente com deficiência auditiva responsável pela área curricular de LGP no grupo ou turma. Caso a mesma situação se verifique nos 2º e 3º ciclos do EB e Secundário, as aulas serão leccionadas por docentes sem deficiência auditiva e traduzidas por um intérprete de LGP (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008).

O apoio em Terapia da Fala é feito consoante as necessidades de cada aluno, mediante a concordância dos encarregados de educação (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008).

Relativamente à educação pré-escolar dos alunos com NEE, além do Decreto-lei n.º3/2008, de 7 de Janeiro, também o Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 Outubro de 2009, determina os apoios prestados. Por conseguinte, este Decreto-Lei regulamenta a intervenção precoce no sentido de garantir condições de desenvolvimento destas crianças no entanto não faz referência à intervenção junto das crianças com deficiência auditiva que apresentam especificidades ao nível da comunicação, designadamente, a necessidade de adquirirem a língua gestual como forma de comunicação.

No presente capítulo, iremos abordar a deficiência auditiva enquanto NEE de carácter permanente. Para tal, primeiramente definiremos o conceito de deficiência auditiva, seguidamente iremos descrever os tipos de ajudadas técnicas que podem ser utilizadas e, por último, tentaremos descrever as mudanças da filosofia de educação do aluno com deficiência auditiva ao longo das últimas décadas.

## **1. DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

A deficiência auditiva, como categoria das NEE, representa uma privação sensorial, total ou parcial, e pode ser descrita a partir das suas características orgânicas. A classificação desta problemática é realizada tendo em conta a localização da lesão, o momento em que tem início e o grau de severidade (Goldfeld, 2003).

### **1.1. CLASSIFICAÇÃO CONSOANTE A LOCALIZAÇÃO DA LESÃO**

Do ponto de vista anatómico, o ouvido pode dividir-se em três partes: o *ouvido externo* constituído pelo pavilhão auricular, o meato acústico externo e a membrana timpânica; o *ouvido médio* constituído pela cavidade timpânica onde se encontram

os três ossículos, o martelo, a bigorna e o estribo; e o *ouvido interno* constituído pela cóclea (Møller, 2006).

De acordo com a localização da lesão (ver Figura 5), podem surgir três tipos de deficiência auditiva: deficiência auditiva de condução, deficiência auditiva neurossensorial e deficiência auditiva mista (Goldfeld, 2003).

A *deficiência auditiva de condução* é determinada quando a lesão se localiza a nível do ouvido externo ou médio, que podem ser alterações morfológicas, como por exemplo, a obstrução do canal auditivo (por exemplo, cerúmen) que reduz a intensidade do som. Nesta situação, o ouvido interno funciona normalmente mas não é estimulado pela vibração sonora. Na maior parte dos casos, as deficiências auditivas de condução podem ser corrigidas através de tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos (Goldfeld, 2003; Møller, 2006).

É designada de *deficiência auditiva neurossensorial* quando a lesão se localiza no ouvido interno e se verifica a impossibilidade de recepção do som por alterações morfológicas da cóclea ou do centro auditivo do sistema nervoso (nervo auditivo). As alterações ao nível do sistema nervoso auditivo são as mais difíceis de detectar. Este tipo de deficiência auditiva é irreversível (Goldfeld, 2003; Møller, 2006).

A *deficiência auditiva mista* surge como o resultado de uma lesão no ouvido externo ou médio e, simultaneamente, no ouvido interno (Goldfeld, 2003).

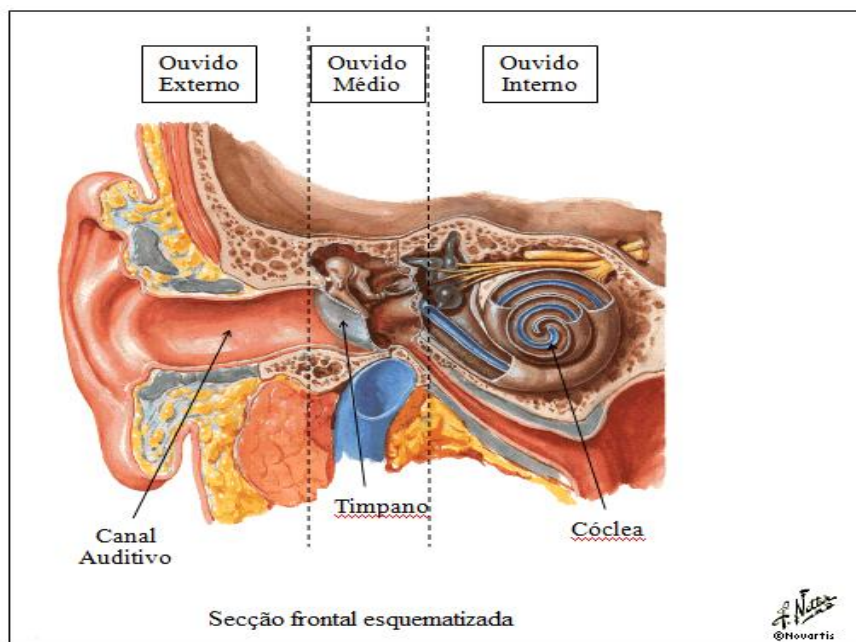


Fig. 5. Aparelho Auditivo (Netter, 1999).

## 1.2. CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO MOMENTO EM QUE TEM INÍCIO

A deficiência auditiva pode ter início em três fases do desenvolvimento do indivíduo (Juaréz e Monfort, 2003).

Se a deficiência auditiva se inicia após o nascimento ou numa fase em que criança ainda não adquiriu linguagem, diz-se que estamos perante uma *deficiência auditiva pré-lingual ou pré-linguística* (Juaréz e Monfort, 2003).

Designa-se de *deficiência auditiva pós-lingual ou pós linguística* quando a perda de audição ocorre numa fase em que a linguagem e a fala já se encontram adquiridas (Juaréz e Monfort, 2003).

Quando a perda auditiva ocorre na fase em que a criança está a adquirir linguagem, ou seja, a situação intermédia das anteriores, denomina-se por *deficiência auditiva peri-lingual ou peri-linguística* (Juaréz e Monfort, 2003).

O prognóstico da intervenção em casos de deficiência auditiva pós-lingual é mais favorável do que nos outros dois casos. Isto porque, estando a linguagem já adquirida, serão menos as repercussões no desenvolvimento dos vários domínios linguísticos, sendo estes o pragmático, o fonológico, o semântico e o morfo-sintático (Juárez, 1997).

## 1.3. CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO GRAU DE SEVERIDADE

A deficiência auditiva pode ainda classificar-se quanto ao grau de severidade, tendo em conta a perda auditiva observada. Segundo Davis e Silverman (citado por Goldfield, 2003) um indivíduo manifesta um nível de audição normal quando, no caso de apresentar alguma perda auditiva, esta não ultrapassa a barreira dos 25dB. Quando ultrapassa os 25 dB, a classificação do grau da deficiência auditiva, poderá oscilar entre o grau leve e o profundo (ver Figura 6), tendo em conta os seguintes valores de referência:

- Deficiência auditiva leve: 26 a 40 dB;
- Deficiência auditiva moderada: 41 a 70dB;
- Deficiência auditiva severa: 71 a 90 dB;
- Deficiência auditiva profunda: a partir de 90 dB.



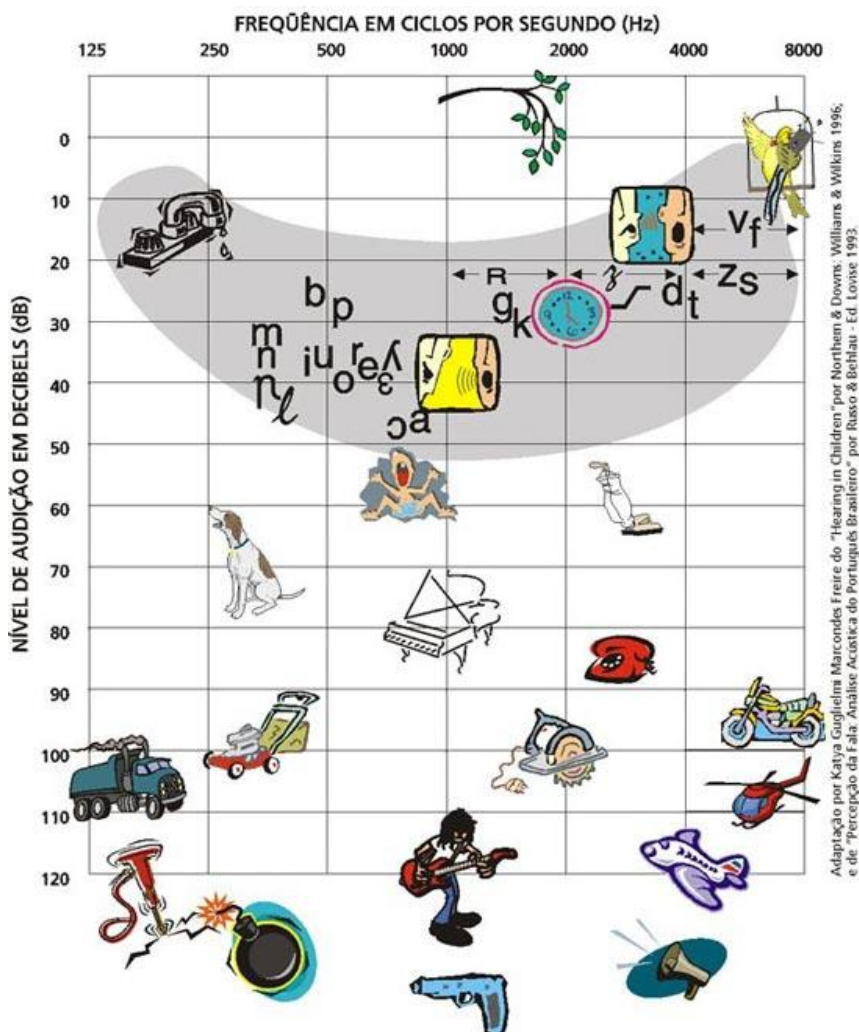


Fig. 6. Audiograma dos sons familiares (Audix, 2010).

Como é esperado, o grau de severidade da deficiência auditiva vai influenciar o desenvolvimento da linguagem. Assim, nas perdas auditivas inferiores a 25dB não se observam quaisquer interferências no desenvolvimento das competências linguísticas contudo podem ocorrer alguns problemas ao nível da comunicação, como por exemplo, o indivíduo pode não perceber o que lhe é dito (Juárez, 1997; Staab, 2000).

Na *deficiência auditiva leve*, embora não se verifiquem problemas significativos ao nível do desenvolvimento das competências linguísticas, podem ocorrer dificuldades: ao nível da articulação em consequência da discriminação auditiva insuficiente de alguns traços fonéticos; em manter a atenção; ouvir e compreender a mensagem em ambientes ruidos; ouvir sons de baixa intensidade, distantes e sussurrados. A maioria das vezes estes problemas não são percebidos pela família (Juárez, 1997; Staab, 2000).

Na *deficiência auditiva moderada*, a linguagem aparece de forma natural e espontânea mas, geralmente, com um atraso em relação ao padrão normal. Surgem dificuldades de compreensão em contextos naturais e a curta distância, muita dificuldade para prestar atenção e em conversar em grupo ou em ambientes ruidosos, e podem, concomitantemente, ocorrer alterações da voz e da articulação. No entanto, com o uso precoce de ajudas técnicas adequadas juntamente com o apoio da Terapia da Fala e de Docentes Especializados, a linguagem pode desenvolver-se normalmente (Juárez, 1997; Staab, 2000).

Na *deficiência auditiva severa*, o desenvolvimento da linguagem encontra-se comprometido mas, com uma intervenção precoce, é possível conseguir uma articulação inteligível e uma compreensão de nível funcional se forem aproveitados os resíduos auditivos e desenvolvida a capacidade de leitura labial. Consegue ouvir sons próximos e de elevada intensidade, identifica os sons do ambiente e pode distinguir as vogais mas não as consoantes, por vezes, pode parecer que ignora a comunicação e há a necessidade de amplificação sonora (Juárez, 1997; Staab, 2000).

Na *deficiência auditiva profunda*, a audição não é o meio pelo qual se vai desenvolver a comunicação, a compreensão verbal encontra-se totalmente dependente da leitura labial sendo, nesta situação, extremamente difícil a aquisição da linguagem oral e muitos indivíduos dependem da língua gestual para comunicar (Juárez, 1997; Staab, 2000).

#### **1.4. ETIOLOGIA DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA**

Existem vários factores que podem levar à diminuição ou perda total da audição.

Como factores etiológicos de *deficiência auditiva de condução* identificam-se: o acúmulo de cerúmen ou corpos estranhos no canal auditivo externo; as otites de repetição (médias ou externas); a atresia ou estenose do canal auditivo externo; a miringite bolhosa; as perfurações da membrana timpânica; a obstrução da trompa de Eustáquio; as fendas palatinas; e a otosclerose (ASHA, 2005; Bento, Miniti e Marone, 1998; Willems, 2000).

Na *deficiência auditiva neurosensorial* identificam-se os seguintes factores: a hereditariedade; as infecções maternas (rubéola, citomegalovírus, sífilis, herpes, toxoplasmose); as drogas ototóxicas; o alcoolismo materno; a diabetes e outras doenças maternas graves; o baixo peso à nascença e/ou prematuridade; anóxia durante o parto; icterícia grave no recém-nascido; as infecções (meningite, encefalite, sarampo, ...); a exposição ao ruído; e os traumatismos que afectam o osso temporal (ASHA, 2005; Bento et al., 1998; Willems, 2000).

## **2. AJUDAS TÉCNICAS**

As ajudas técnicas são utilizadas quando o défice auditivo não tem resolução médica ou cirúrgica, podendo optar-se pelo uso de próteses auditivas ou recorrer ao implante coclear, dependendo do grau de severidade de cada e da situação clínica indivíduo (Associação Portuguesa de Audiologistas<sup>2</sup>, 2008; Staab, 2000).

### **2.1. PRÓTESES AUDITIVAS**

A prótese auditiva (ver Figura 9) é um sistema de amplificação sonora que pode ser adoptado em casos de *deficiência auditiva leve, moderada e severa*, podendo ser colocada uni ou bilateralmente. Para que haja uma boa percepção do som e da fala, é essencial que o indivíduo com deficiência auditiva tenha resíduos auditivos suficientes que permitam essa amplificação, ou seja, é necessário que estejam presentes as células ciliadas da cóclea para que haja transferência dos impulsos nervosos ao nervo auditivo. A prótese deve ser entendida como uma ajuda e não uma substituição do ouvido (APtA, 2008; Staab, 2000).

A prótese é constituída por um microfone, um amplificador, auscultador, um controle de volume e um sistema de acoplamento ao ouvido (molde). Apesar da constituição da prótese ser quase sempre a mesma, varia na existência do sistema de acoplamento ao ouvido. Existem vários tipos de próteses (APtA, 2008):

---

<sup>2</sup> APtA

- Intra-Canal Profundo (CIC): tem a vantagem de reduzir o ruído provocado pelo vento no microfone, dado que fica circunscrita ao canal auditivo externo, o que facilita a sua utilização ao telefone. Regra geral, a opção por esta prótese prende-se a razões de natureza estética;



**Fig. 7.** CIC (Widex, 2010).

- Intra-Canal (ITC): apresenta as mesmas vantagens que a anterior sendo ainda mais fácil de manusear;



**Fig. 8.** ITC (Widex, 2010).

- Retro-Auricular (BTE): geralmente utilizada em deficiências auditivas severas e profundas, dado que possibilita uma maior amplificação. É recomendada a crianças, pelo facto de ser possível a alteração do molde, uma vez que estas se encontram em fase de crescimento, evitando-se assim gastos desnecessários;



**Fig. 9.** BTE (Widex, 2010).

- Prótese por Estimulação óssea: trata-se de uma prótese retro-auricular que pode ser acoplada nas hastes dos óculos ou bandoletes.



**Fig. 10.** Prótese por estimulação óssea (Widex, 2007).

## 2.2. IMPLANTES COCLEARES

Actualmente, o implante coclear (ver Figura 11) é o recurso utilizado quando a perda auditiva é tão grave que nem o uso de próteses permite uma comunicação oral eficiente. É usado com o objectivo de promover a estimulação auditiva em indivíduos com *deficiência auditiva severa/profunda neurossensorial bilateral* (Gates e Miyamoto, 2003; Osberger e Koch, 2000).

Como a colocação do implante coclear exige uma intervenção cirúrgica e nem todos os indivíduos são bons candidatos, existem alguns critérios de selecção para a implantação de modo a obter um maior sucesso.

Bento et al. (1998) enumeraram os seguintes critérios de selecção:

- Já ter adquirido linguagem antes da perda auditiva (deficiência auditiva pós-lingual) pois têm melhores resultados do que os que apresentam deficiência auditiva pré-lingual;
- Não ter tido benefício com o uso de prótese auditiva convencional;
- Ter capacidades residuais no nervo coclear para poder obter uma sensação subjectiva do som em resposta ao estímulo eléctrico;
- Ter uma avaliação psicológica favorável, nomeadamente ter motivação para o uso do implante.

Como critérios de contra-indicação para a colocação de implante coclear, Bento et al. (1998) salientam os seguintes:

- Otites de repetição;
- Malformações congénitas do osso temporal;
- Doenças vestibulares com hipertensão endolinfática;
- Deficiência mental.

O implante coclear é inserido cirurgicamente na cóclea, assumindo a função das células ciliadas, activando directamente o nervo auditivo. É constituído por componentes externos e internos (Gates e Miyamoto, 2003; Osberger e Koch, 2000).



**Fig. 11.** Implante coclear (GAES, 2010).

Internamente são colocados, através de cirurgia, eléctrodos, um receptor e um receptor-estimulador. Após a cicatrização são colocados os dispositivos externos – um microfone, um processador de fala e um transmissor. (Gates e Miyamoto, 2003; Osberger e Koch, 2000).

O microfone é colocado atrás da orelha e capta os sons externos conduzindo-os ao processador de fala. O processador envia a informação ao transmissor que, por sua vez, a envia ao receptor através da pele. O receptor-estimulador converte os estímulos em impulsos eléctricos e estes são encaminhados aos eléctrodos colocados na cóclea estimulando as fibras nervosas. No cérebro os sinais são reconhecidos como som provocando a sensação de audição (Gates e Miyamoto, 2003; Osberger e Koch, 2000).

Cada processador de fala é programado consoante as necessidades individuais de cada paciente (Gates e Miyamoto, 2003; Osberger e Koch, 2000).

O implante não reproduz a voz humana normal, tal como nós a ouvimos. Numa fase inicial, a maioria dos indivíduos implantados descreve o som como muito alto e mecanizado. O factor responsável pela mudança de percepção do som e da fala ao longo do tempo é, sem dúvida, a adaptação cerebral (Gates e Miyamoto, 2003; Osberger e Koch, 2000).

O implante deve ser colocado o mais precocemente possível, especialmente em crianças. Hoje em dia, é possível fazer um implante coclear a partir dos seis/oito meses de idade. Em muitos adultos a função auditiva piora com a idade e, por isso, não há vantagens em adiar o processo (Gates e Miyamoto, 2003; Osberger e Koch, 2000).

A reabilitação do indivíduo vai depender essencialmente do momento em que perdeu a audição e do momento em que foi implantado, sendo o sucesso desta intervenção imprevisível. Ao optar por esta ajuda técnica é necessário ter consciência que cada indivíduo vai ter que aprender a manipular o aparelho, vai necessitar de ajuda para a reabilitação e treino auditivo, educação especial e terapia da fala no sentido de desenvolver as competências linguísticas, nomeadamente a linguagem oral, e um esforço diário de adaptação.

Geralmente, os indivíduos com deficiência auditiva severa ou profunda, que usam implante coclear, conseguem comunicar de forma mais eficaz do que aqueles que usam prótese auditiva (Gates e Miyamoto, 2003; Osberger e Koch, 2000).

### **3. MUDANÇA DE PARADIGMA DA FILOSOFIA DE EDUCAÇÃO DO ALUNO COM DEFICIENCIA AUDITIVA**

Até ao século XV, o indivíduo com deficiência auditiva era visto como um ser primitivo, que não poderia ser educado nem auferir de direito, como casar, ter filhos e herdar (Goldfeld, 2003).

Os primeiros educadores de alunos com deficiência auditiva começaram a surgir a partir do século XVI e empregavam diferentes métodos na educação destes alunos. Uns utilizavam somente a língua oral, outros a língua gestual ou então desenvolviam códigos visuais para estabelecer uma comunicação efectiva com os alunos (Goldfeld, 2003).

Em 1755, em Paris, o abade Charles Michel de L'Épée tornou-se umas das pessoas mais importantes da história da educação destes alunos ao fundar a primeira escola pública para o ensino de indivíduos com deficiência auditiva. Ele criou os "Sinais Metódicos" que consistia na combinação da língua de sinais (actualmente designada de língua gestual) com a gramática sinalizada francesa (Goldfeld, 2003; Salles, Faulstich, Carvalho e Ramos, 2004).

No entanto, o século XVIII é considerado como a época mais produtiva na educação de alunos com deficiência auditiva pois, nesse período, verificou-se um aumento qualidade da educação e também no número dos alunos apoiados. Este avanço foi possível pela utilização de Língua Gestual (Gestualismo) nos Estados Unidos e na Europa (Goldfeld, 2003).

Em 1815, o professor Thomas Hopkins Gallaudet, interessado na educação destes alunos, viajou até França para obter mais informações junto do abade Charles Michel de L'Épée acerca da sua metodologia. Regressando, posteriormente, aos Estados Unidos, onde fundou a primeira escola permanente para alunos com deficiência auditiva utilizando a metodologia de ensino do abade L'Épée (Goldfeld, 2003).

A partir de 1850, todas as escolas americanas começaram a utilizar a Língua Gestual e os alunos passaram a aprender com maior facilidade as matérias académicas ministradas, o que se traduziu num aumento do grau de escolarização daqueles indivíduos, sendo criada em 1864, a Universidade Gallaudet, a primeira universidade nacional para alunos com deficiência auditiva (Goldfeld, 2002).

No século XIX, verificaram-se vários progressos a nível tecnológico e é nesta altura que apareceram as primeiras próteses auditivas. Tais avanços viriam a facilitar a aprendizagem da linguagem oral pelos indivíduos com deficiência auditiva e, neste contexto, surgem as primeiras teorias de que a língua gestual seria prejudicial para o desenvolvimento do aluno com esta problemática. Defendia-se, então, que a única forma de comunicação entre eles devia ser a língua oral – metodologia oralista (Goldfeld, 2002).

Alexander Graham foi o defensor mais importante do oralismo, dado que, no Congresso Internacional de Educação de Surdos, realizado em Milão, foi votado qual o método a ser adoptado na educação de alunos com deficiência auditiva e, após ter exercido grande influência no resultado da votação, foi negado o direito de voto aos professores com deficiência auditiva. Venceu o Método Oralista e foi



proibido o recurso à língua gestual na educação destes alunos (Salles, Faulstich, Carvalho e Ramos, 2004).

A oralidade passa, então, a ser o principal objectivo da educação das crianças com deficiência auditiva. Esta metodologia de ensino permanece até 1970, ano em que surgem várias publicações, nomeadamente o artigo “Estrutura da língua gestual: um esboço do sistema de comunicação visual dos surdos americanos”, de William Stoko, que revelam que a língua gestual é uma língua própria e que possui características semelhantes às das várias línguas orais. Em resultado, aparece uma nova corrente que defende a Comunicação Total, isto é, a utilização do léxico da língua gestual associado á estrutura gramatical da língua oral (Goldfeld, 2003).

Este novo método de ensino não considera que a língua gestual seja prejudicial para o desenvolvimento da criança com deficiência auditiva e utiliza todas as formas de comunicação possíveis combinando a linguagem oral, a gestual, a leitura labial, o treino auditivo, a dactilologia (alfabeto manual), os gestos espontâneos, o cued-speech (fonemas da língua oral são representados por sinais manuais), o pidgin (simplificação, ao nível da gramática, das duas línguas, ex: português e língua gestual portuguesa) e o português gestualizado (é utilizado o léxico da língua gestual associado à estrutura gramatical do português) (Goldfeld, 2003).

Em vez da aprendizagem de uma língua, privilegia-se a comunicação e a interacção. No entanto, em alguns países, como a Inglaterra e a Suécia, percebeu-se que a língua gestual e a língua oral deveriam ser utilizadas de forma independente e não em simultâneo, como este método preconizava. Surge, então, a partir de 1980, a terceira filosofia de educação, o Bilinguismo (Goldfeld, 2002).

O Bilinguismo defende que o aluno com deficiência auditiva deve adquirir a língua gestual como língua materna e a língua oficial do seu país como segunda língua. Os indivíduos com deficiência auditiva podem, assim, assumir a sua condição e não necessitam de ambicionar uma vida semelhante ao do indivíduo sem deficiência auditiva. Esta filosofia traz ainda o conceito de “surdo” como elemento de uma comunidade própria, com a sua língua e a sua cultura (Goldfeld, 2002).

Actualmente, o ensino público, em Portugal, segundo o Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, dá a possibilidade aos encarregados de educação dos alunos com deficiência auditiva optarem por uma escola com ensino oralista ou por uma com ensino bilingue.

Para tal, foram criadas as “escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos” cujo objectivo é concentrar recursos humanos, materiais e equipamentos que possibilitem a estes alunos uma resposta educativa de qualidade e inclusão escolar e social. Estas escolas possibilitam o domínio da língua gestual portuguesa (LGP), do português escrito e, eventualmente, falado e contam com Docentes de Educação Especial competentes em LGP, Docentes/Formadores de LGP, Intérpretes de LGP e Terapeutas da Fala (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008).

No que concerne à intervenção precoce das crianças com deficiência auditiva, no Decreto-Lei nº 3/2008 não são dadas directrizes muito específicas, referindo apenas, que a partir do momento que a criança integre o Jardim-de-Infância de Referência de Educação Bilingue para Alunos Surdos passa a usufruir de todos os apoios acima descritos em articulação com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), serviços de saúde e as equipas técnicas financiadas pela segurança social (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008).

**CAPÍTULO III – PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE  
CENTRADAS NA FAMÍLIA**

A intervenção precoce (IP) tem vindo a sofrer grandes mudanças, ao longo dos últimos anos. Inicialmente, a intervenção era centrada na criança com necessidades educativas especiais (NEE) mas rapidamente se apercebeu que o envolvimento dos pais influenciava positivamente a eficácia dos programas de intervenção. O que se pretende, na realidade, é que os pais se tornem elementos preponderantes, competentes e capazes de poder intervir convenientemente na educação e desenvolvimento dos seus filhos em risco, recebendo, para tal, apoio de redes sociais, formais e não formais, existentes na comunidade (Correia e Serrano, 2000).

Em Portugal, com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 319/91, que regulamentava a educação especial, o conceito de integração foi substituído pelo conceito de inclusão e as práticas de intervenção passaram a ser centradas na família e não só na criança contudo este Decreto-Lei não regulamentava a IP. A intervenção precoce passou a ser regulamentada em 1999, após a publicação do Despacho Conjunto n.º 891/99, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 244, de 19 de Outubro de 1999.

O Despacho referido anteriormente regulamentou os serviços de IP até 2009, dado que, após uma avaliação dos serviços de IP em Portugal, se chegou à conclusão que o mesmo apresentava algumas fragilidades e o modelo de intervenção nele preconizado era de extrema importância, procedeu-se à avaliação do mesmo e constatou-se não haver uma resposta uniforme na distribuição territorial conforme as assimetrias geográficas.

Posto isto, a 6 Outubro de 2009, foi publicado no Diário da República, 1.ª Série, n.º 193, o Decreto-Lei n.º 281/2009, que visa assegurar a todos o direito à participação e à inclusão social, ou seja, a universalidade do acesso aos serviços de intervenção precoce. O presente Decreto-Lei é, neste momento, uma mais-valia pois finalmente existe uma lei que regulamenta a intervenção precoce e será criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, que em articulação com os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, famílias e comunidade irá garantir condições de desenvolvimento das crianças com NEE.

Assim, hoje em dia, a família é vista como centro da atenção e constitui o elemento fundamental das práticas actuais de intervenção.

Posto isto, neste último capítulo abordaremos, primeiro, a evolução do conceito das práticas centradas na família, a importância das práticas centradas na família e a avaliação da comunicação e linguagem na infância.

## **1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA AO LONGO DOS TEMPOS**

Foram muitos os contributos teóricos que permitiram a mudança de paradigma na intervenção precoce. Seguidamente, apresentamos as conceptualizações mais importantes para a evolução das práticas centradas na família tal como são preconizadas hoje em dia.

### **1.1. DESENVOLVIMENTO DA INFÂNCIA**

Ao longo das últimas décadas, inúmeros investigadores estudaram acerca do desenvolvimento humano e formularam teorias explicativas do mesmo de acordo com as suas perspectivas. Destacamos cinco perspectivas que influenciaram o modo como hoje em dia se vê o desenvolvimento da criança.

Segundo a perspectiva psicanalista, Freud (1953) formulou a teoria psicosssexual e defendia que a personalidade é formada nos primeiros anos quando as crianças têm de lidar com os conflitos entre os impulsos biológicos e inatos ligados às exigências da sociedade, ou seja, o comportamento humano é controlado por poderosos instintos inconscientes. Erikson (1950) desenvolveu a teoria psicossocial defendendo que a personalidade é influenciada pela sociedade e se desenvolve através de uma série de fases, que ele denominou por crises de personalidade, ou seja, a personalidade é formada pelas experiências precoces da infância e o desenvolvimento do ego vai sendo formado ao longo da vida. Por outro lado, Miller (1991) formulou a teoria relacional, de acordo com a sua teoria a formação da personalidade ocorre dentro das ligações emocionais e não separado delas, ou seja a personalidade desenvolve-se no contexto das relações emocionais (Papalia, Olds e Feldman, 2001).

Numa perspectiva de aprendizagem, Pavlov foi o precursor dos princípios de condicionamento clássico nas suas experiências com cães. Watson (1928), aplicou a teoria de aprendizagem por estímulo-resposta em crianças e afirmava que podia moldar qualquer criança consoante a forma que escolhesse. Skinner (1957), formulou os princípios do condicionamento operante, defendendo que o indivíduo aprende a partir das consequências obtidas pelo meio, ou seja o indivíduo tem

tendência a repetir um comportamento que foi reforçado e a extinguir um comportamento que foi punido. Nesta perspectiva, Bandura (1967), elaborou a teoria de aprendizagem social (social-cognitiva), sustentando que as crianças aprendem comportamentos sociais, num contexto social, observando e imitando os seus modelos, logo, ao contrário do que o comportamentalista Watson afirmava, Bandura propôs que é o indivíduo que contribui activamente para a aprendizagem (Papalia et al., 2001).

A perspectiva cognitiva, defendida acerrimamente por Piaget (1952), alega que o desenvolvimento cognitivo ocorre numa série de estádios qualitativamente diferentes, sendo que em cada um deles a criança desenvolve uma nova forma de pensar e de responder ao ambiente. Os estádios encontram-se articulados entre si mesmos, não podendo a criança avançar para o estádio seguinte sem ter adquirido os conhecimentos do anterior. Na teoria cognitiva de estádios de Piaget, preconiza-se que mudanças qualitativas no pensamento ocorrem entre a infância e a adolescência e a pessoa inicia activamente o desenvolvimento (Papalia et al., 2001).

Através perspectiva etológica, Bowlby e Ainsworth (1951), elaboraram a teoria da vinculação, defendendo que os seres humanos têm mecanismos adaptativos para sobreviver e que se salientam em durante períodos mais sensíveis ou críticos. Estes investigadores reforçaram que as bases biológicas e evolucionistas do comportamento e a predisposição para a aprendizagem são extremamente importantes (Papalia et al., 2001).

A última perspectiva, a perspectiva contextual, foi sustentada por Vygotsky (1978) e através da sua teoria sociocultural, ele analisou a influência das práticas culturais específicas, ou seja, a interacção social com adultos, no desenvolvimento das crianças, chegando à conclusão que o contexto sociocultural tem um impacto importante no desenvolvimento das mesmas. Vygotsky, introduziu o conceito de *zona proximal de desenvolvimento*, este termo designa o nível em que a criança se encontra e quase que consegue realizar uma tarefa sozinha contudo com a ajuda adulto (andaime) ela poderá efectivamente realizá-la (Papalia et al., 2001; Rigolet, 2000).

De todas estas perspectivas e teorias onde foram conceptualizados diversos modelos de desenvolvimento, destaca-se o importante papel de Watson, Piaget, Bowlby e Vygostky, no modo como a intervenção precoce deveria ser implementada.

Seguidamente serão apresentados vários modelos de intervenção em intervenção precoce, sendo que estes tiveram por base as teorias do desenvolvimento infantil, e permitiram o determinar a organização das práticas de intervenção precoce ao longo dos últimos anos.

## **1.2. MODELO TRANSACCIONAL DE DESENVOLVIMENTO (SAMEROFF E CHANDLER, 1975)**

Segundo este modelo o comportamento da criança é mais do que uma reacção ao seu envolvimento. A criança é activamente englobada nas tentativas de organizar e estruturar o seu mundo (Sameroff, 1975).

A evolução parece ter construído no ser humano um mecanismo regulador para produzir um desenvolvimento normal sob as piores circunstâncias, levando o ser humano a uma tendência de auto-organização (self-righting and self-organizing tendency). No entanto, existem duas situações em que esta tendência não funciona. A primeira é quando se verifica um dano neste mecanismo regulador (Contínuo de Causalidade Reprodutiva) e a segunda é quando as forças do envolvimento não permitem que as integrações deste mecanismo funcionem normalmente (Contínuo de Causalidade de Prestação de Cuidados) (Sameroff, 1975).

De acordo com Sameroff (1975), não foi possível encontrar uma causalidade linear entre a causalidade reprodutiva e a posterior existência de problemas. Para compreendermos os processos de desenvolvimento da criança, torna-se necessária uma avaliação contínua não só dela mas também de todo o seu envolvimento e das contínuas transacções entre si e o seu envolvimento. Logo, devemos moderar a tendência de atribuir os problemas no desenvolvimento da criança aos seus factores intrínsecos (Sameroff, 1975).

Na presença de uma criança doente, não temos só de curar a doença mas sim preocupar-nos desde logo com a qualidade do envolvimento e prestação de cuidados da criança com necessidades especiais para tentar prevenir a existência ou agravamento de problemas no futuro (Sameroff, 1975).

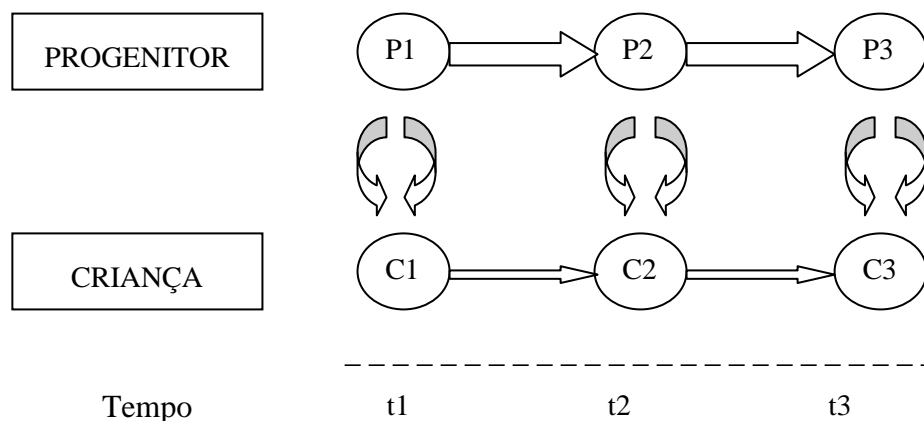
O modelo transaccional de Sameroff e Chandler (1975) enfatiza o facto de que a criança e os vários prestadores de cuidados se influenciam mutuamente ao longo

do tempo. Os factores familiares, sociais e ambientais influenciam o desenvolvimento humano (Sameroff e Chandler, 1975).

Este modelo vê o desenvolvimento da criança como produto de interacções dinâmicas e contínuas da criança e as experiências fornecidas pela família e pelo contexto social. E, surgiu como hipótese explicativa sobre o papel dos factores de risco peri-natal nos desvios do desenvolvimento (Sameroff, 1975).

De acordo com este modelo, o desenvolvimento não resulta apenas das características do indivíduo, nem apenas do meio, mas da contínua interacção entre ambos ao longo do tempo (Sameroff e Chandler, 1975).

Baseando-se em ideias de outros investigadores sobre esta interacção entre o meio e o indivíduo, estes autores incluíram um novo conceito neste modelo – a transacção. Este conceito de transacção introduz a variante tempo, que leva a um processo dinâmico de mudanças ocorridas ao longo de um período tempo através das interacções entre a criança e o ambiente que está inserida. A interacção implica reciprocidade e quer o emissor quer o receptor sofrem mudanças como resultado da interacção entre ambos (Sameroff e Chandler, 1975).



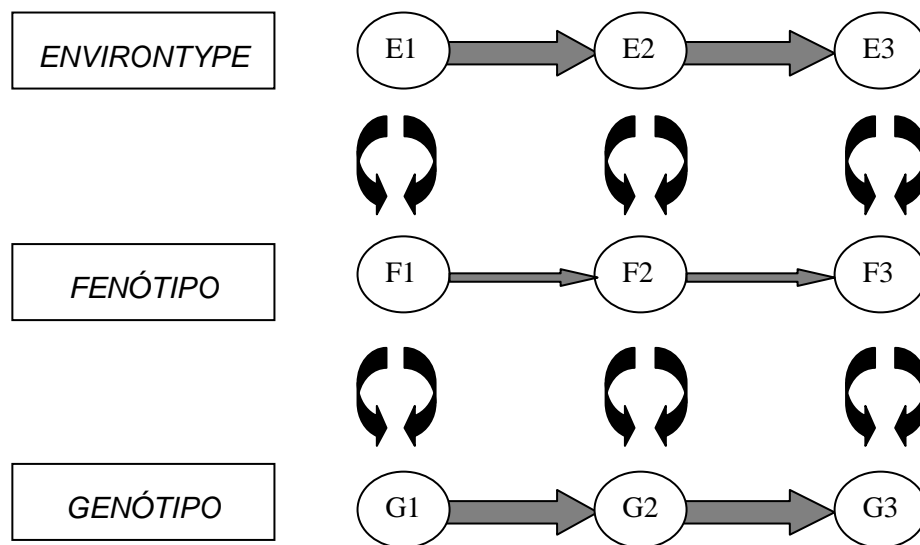
**Fig. 12.** Regulações através das transacções entre o comportamento do progenitor e a criança (Sameroff e Fiese, 1990 citado por Serrano, 2007, p.35).

Numa formulação posterior do modelo transaccional, Sameroff e Fiese (2000), dão ênfase à complexidade do desenvolvimento e à quantidade de influências que o ambiente exerce sobre as crianças, sendo que neste sentido, as influências podem ser consideradas factores de risco, e clarificam as relações estreitas entre a criança e o contexto, referindo:



No modelo transaccional, o desenvolvimento da criança é visto como o produto das interações contínuas e dinâmicas da criança e da experiência providenciada pela sua família e contexto social. O que é inovador no modelo transaccional é a igual ênfase posta nos efeitos da criança e do ambiente, de tal forma que as experiências proporcionadas pelo ambiente não são encaradas como independentes da criança. A criança pode ter sido um forte determinante das experiências actuais, mas o desenvolvimento não pode ser sistematicamente descrito sem uma análise dos efeitos do ambiente na criança. (p. 142)

Sameroff e Fiese (2000), consideram que existem três variáveis importantes que influenciam o desenvolvimento: o “*environtype*”, o genótipo (*genotype*) e o fenótipo (*phenotype*). Segundo estes autores, tal como existe uma organização biológica (genótipo), que regula os resultados físicos de cada indivíduo (fenótipo), também existe uma organização social que regula a forma como os seres humanos se inserem na sociedade (*environtype*).



**Fig. 13.** Modelo de regulação do desenvolvimento com transações entre o genótipo, fenótipo e “*environtype*” (Sameroff e Fiese, 2000, p.143).

O “*environtype*” engloba três níveis de factores ambientais, sendo eles: o nível cultural, o familiar e o nível parental. Cada um destes níveis tem padrões reguladores que orientam o desenvolvimento, que se definem por códigos e que têm influência nas experiências vividas pelas crianças que se encontram em fase de desenvolvimento. Influência através de crenças, valores e personalidade dos pais (código individual dos pais), padrões de interacção e história transgeracional da

família (código familiar) e crenças acerca da socialização, controlo e apoio da cultura (código cultural) (Sameroff e Fiese, 2000).

Apesar de o “*environotype*” se poder considerar, independentemente da criança, alterações na criança provocam alterações nos seus processos reguladores, os quais variam em função dos diferentes códigos individuais dos pais, familiares e culturais. Através de códigos culturais, familiares e de cada um dos progenitores estabelece-se uma regulação cognitiva e sócio-emocional que vai actuar e influenciar o desenvolvimento e comportamento de cada criança (Sameroff e Fiese, 2000).

### **1.3. MODELO DE ECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO (BRONFENBRENNER, 1979)**

A ecologia do desenvolvimento humano é uma abordagem que enfatiza a inter-relação entre o indivíduo e as influências sociais. A complexidade das famílias, da sociedade e das culturas afectam o indivíduo quer nos seus pontos fortes quer nos seus pontos fracos (Garbarino, 1992).

#### **MICROSSISTEMA:**

Nível directamente relacionado com o desenvolvimento individual da criança, constituído fundamentalmente por experiências individuais adquiridas através das vivências do dia-a-dia, ou seja, locais que frequenta diariamente, família e pessoas que convivem diariamente com a criança. A interacção é estabelecida entre a criança e uma ou duas pessoas ao mesmo tempo, em actividades simples, como por exemplo: alimentação, banho, vestir.

É a influência de outras pessoas, externas ao núcleo habitual, que vai permitir o aumento do número de experiências. A avaliação de um ambiente social de risco pode ser executada através da medição da duração da reciprocidade e diversidade dos relacionamentos (criança-pares) que enfatizem o brincar, a aprendizagem (trabalho) e a afectividade (Bronfenbrenner, 1979 citado por Garbarino, 1992).

**MESOSSISTEMA:**

Este nível refere-se ao relacionamento entre os contextos do microsistema (casa, escola, ATL...). A riqueza do mesossistema pode ser medida pelo número e qualidade de interações dos contextos (p.e. casa-escola). Quanto mais próximo e positivo for o relacionamento deste sistema maior será a sua influência positiva no desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 1979 referido por Garbarino, 1992).

**EXOSSISTEMA:**

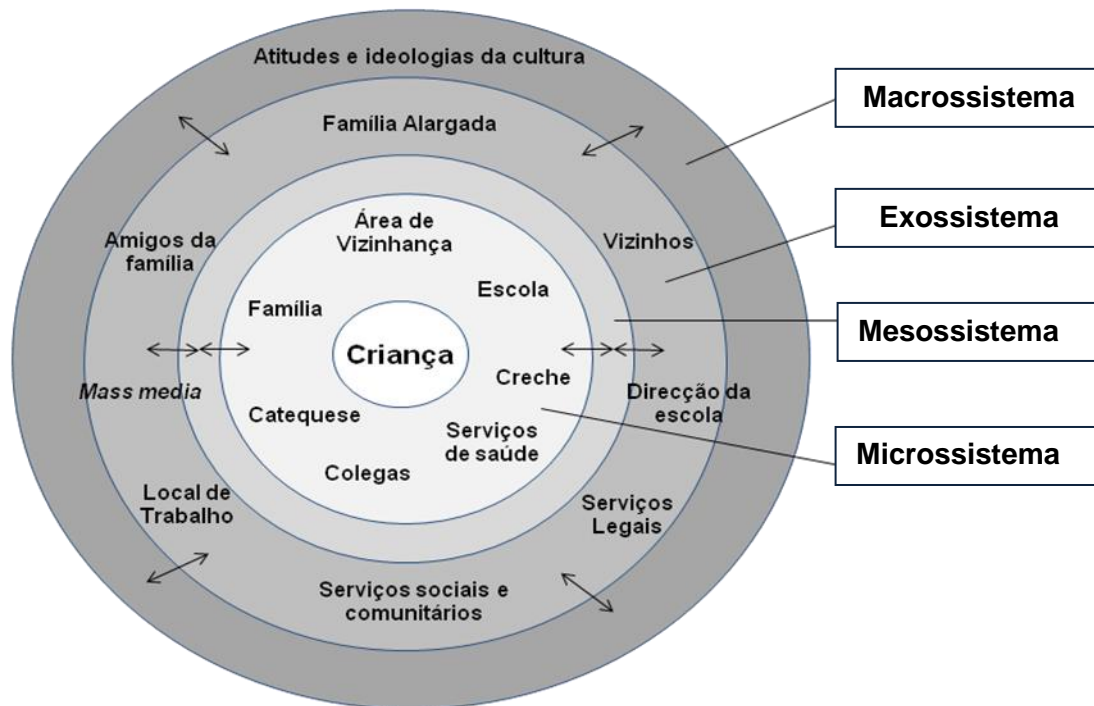
A este sistema dizem respeito situações que apoiam e/ou favorecem o desenvolvimento da criança embora não tenham uma relação directa com a mesma. São factores externos com peso na vida da criança, sendo que esta não tem um papel activo nos mesmos, como por exemplo: local de trabalho dos pais, escola... (Bronfenbrenner, 1979 citado por Garbarino, 1992).

Os factores que influenciam o exossistema são: o sofrimento de um dos pais/adulto cuidador da criança; o fraco relacionamento entre os pais; as decisões tomadas pelos ambientes onde a criança está inserida e que sejam prejudiciais para a mesma; perda de emprego; crises económicas; e decisões políticas (Bronfenbrenner, 1979 referido por Garbarino, 1992).

**MACROSSISTEMA:**

Preconiza o estabelecimento de uma ligação entre os modelos ideológicos e institucionais de uma cultura particular ou subcultura, ou seja, é a ligação entre o mesossistema e o exossistema. Este sistema, também diz respeito à organização geral do mundo, dos seus grupos culturais e étnicos, como eles são e como deveriam ser.

Quando se coloca em risco o Macrossistema, coloca-se em risco quando ideologias ou culturas conduzem a um empobrecimento do micro, meso ou exossistema da criança, ou seja, qualquer causa ou evento social que impeçam os adultos de interagir e proporcionar experiências que promovam o desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 1979 citado por Garbarino, 1992).



**Fig. 14.** Modelo de ecologia do desenvolvimento humano (Koop e Krakow, 1982 citado por Serrano, 2007, p.38).

Estes sistemas representam uma perspectiva sistémica e ecológica do indivíduo pois, estes estão em constante desenvolvimento e como tal têm de atravessar diversos contextos (Serrano, 2007).

As interações entre os sistemas é complexa e transaccional e as mudanças são constantes em todos os níveis. O papel que as famílias ocupam e o modo como os participantes se relacionam com as comunidades é umas das questões, relacionadas com a IP, sustentadas pela perspectiva social sistémica (Serrano, 2007).

#### **1.4. MODELO DE APOIO CENTRADO NA FAMÍLIA (DUNST, 1985)**

Actualmente, a fundamentação teórica deste modelo é o que preconiza a base da intervenção na intervenção precoce (IP). Valoriza a influência dos contextos mais alargados no desenvolvimento da criança com necessidades educativas especiais (NEE), ou seja, baseia-se na perspectiva ecológica e de sistemas sociais.

A base da intervenção deverá partir da ajuda prestada centrada nos pais, identificação e estabelecimento das necessidades e prioridades que se irá reflectir

em progressos do desenvolvimento das crianças com NEE em risco e um acréscimo do uso eficaz dos recursos e apoios por parte da família (Serrano, 2007).

Surge com Dunst (1985 citado por Serrano, 2007, p. 42), a definição de IP como “a prestação de apoios (e recursos) às famílias de bebés e de crianças por parte de membros formais e informais de redes de apoio social que afectem directa e indirectamente o funcionamento de pais, famílias e crianças”.

Para Dunst, Trivette e Deal (1988), na abordagem de trabalho junto das famílias, os conceitos capacitar e co-responsabilizar deverão estar sempre presentes. Sendo que, capacitar significa criar oportunidades para que a família adquira e mostre capacidades que permitam um melhor funcionamento familiar, e co-responsabilizar significa a capacidade que a família possui, de modo a satisfazer as suas necessidades e cumprir os seus desejos, tornando-se mais competente e mantendo sempre um bom funcionamento familiar (Dunst, Trivette e Deal, 1998 referido por Correia e Serrano, 2000).

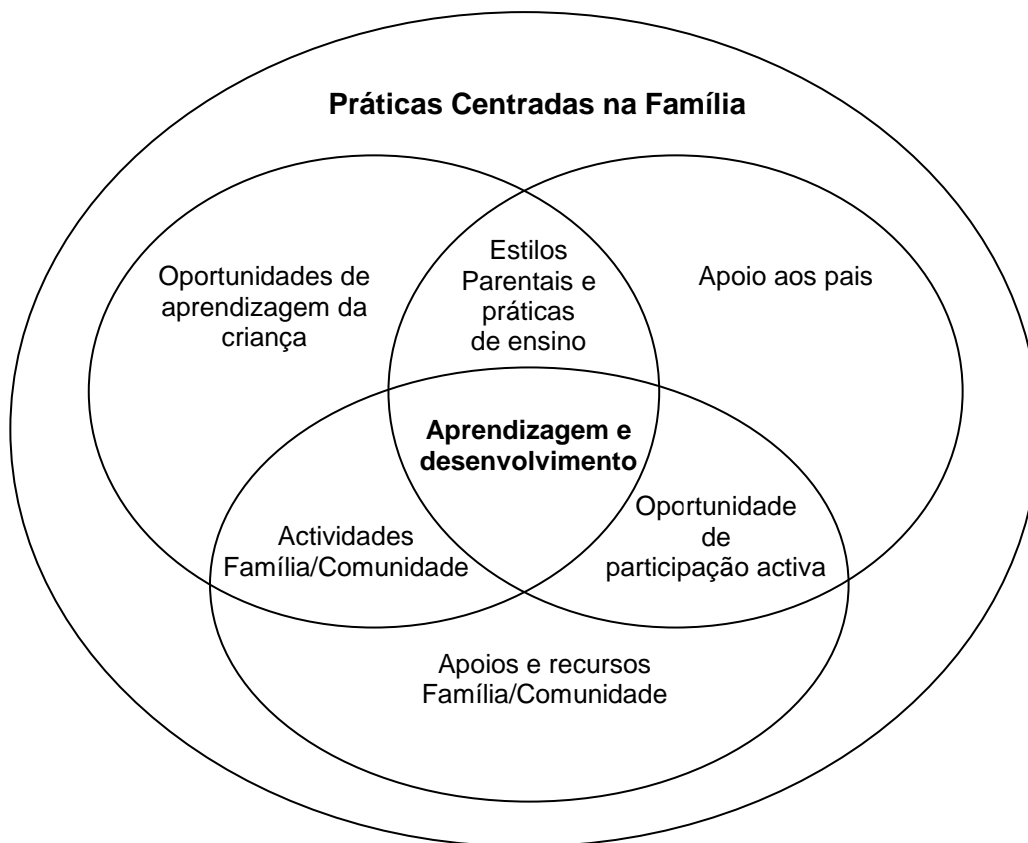
O modelo de avaliação e intervenção centrado na família, descrito por Dunst, Trivette e Deal (1988), preconiza a promoção de experiências e oportunidades de modo a capacitar e co-responsabilizar as famílias e, considerar e respeitar as suas necessidades e aspirações, o estilo e funcionamento da família, o apoio e recursos existentes. Estes aspectos, influenciam o bem-estar e o funcionamento da família e o desenvolvimento da criança (Dunst, 2000; Serrano, 2007).

### **1.5. MODELO DE INTERVENÇÃO PRECOCE DE TERCEIRA GERAÇÃO (DUNST, 2000)**

Em 2000, Dunst, publicou um novo modelo de intervenção precoce, designado por modelo de terceira geração, este surge tendo por base o seu modelo anterior mas com a revisão e modificação de alguns conceitos.

O modelo de terceira geração de Dunst (2000) surge após ter realizado uma avaliação acerca da importância e informações dos pais acerca do programa. Com os resultados obtidos, melhorou o programa por dois motivos: “o primeiro, para eliminar dúvidas acerca dos alvos da intervenção familiar; e o segundo, incluir avanços conseguidos na investigação acerca de outros aspectos das influências ambientais e intervenções” (Dunst, 2000 citado por Serrano, 2007).

Este modelo preconiza a oportunidade de aprendizagem das crianças, os apoios às funções parentais, os apoios à família/comunidade e os objectivos pensados na família (Serrano, 2007).



**Fig. 15.** Principais componentes de um modelo de intervenção precoce e apoio familiar integrado e baseado na evidência (Dunst, 2000 citado por Serrano, 2007, p.44).

O conhecimento e o entendimento acerca das redes de apoio social à família, entre outras variáveis que influenciam o desenvolvimento da criança, assumem um papel relevante na planificação e implementação de serviços de IP de qualidade para crianças e famílias (Serrano, 2007).

Nesse sentido, Dunst (2000 citado por Serrano 2007) menciona que:

As oportunidades de aprendizagem que encorajam o desenvolvimento da criança devem ser interessantes, envolventes, promover a aquisição de competências por parte da criança e resultar numa sensação de domínio das mesmas. Os apoios às funções parentais incluem a informação, os conselhos e orientação que servem para solidificar os conhecimentos e capacidades dos pais, que promovem a aquisição de novas competências, necessárias para assumir responsabilidades relacionadas com a educação de crianças e proporcionam oportunidades de aprendizagem que estimulam o

desenvolvimento. Os apoios familiares e comunitários incluem qualquer tipo de recursos intra-familiares, informais, formais e comunitários, necessários aos pais para que tenham tempo e energia para se envolverem em actividades parentais e de educativas. As práticas centradas na família atribuem às famílias papéis centrais e essenciais no que diz respeito à tomada de decisões e acções que envolvem as prioridades e preferências da criança, pais e família. (p.43)

Segundo Mitchell e Ticket (1980 citado por Serrano, 2007, p. 78) para aprofundarmos os conhecimentos acerca dos indivíduos, famílias e comunidades é importante dominarmos o conceito de rede social e apoio social, porque:

- Oferecem meios operacionais de aprendizagem acerca do quotidiano das pessoas que vivem em comunidade;
- A ligação entre o apoio social e vários aspectos da adaptação psicológica oferece uma base teórica para o desenvolvimento de intervenções preventivas abrangentes;
- Sugerem uma forma de desenvolver recursos que não privilegia o tratamento formal, mas a inclusão numa rede natural de relações de apoio não profissionais.

## **2. IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA**

Com o modelo sistémico de desenvolvimento humano, Brofenbrenner, pretendeu mostrar que todos os indivíduos são vistos num processo de desenvolvimento constante e dinâmico, que progressivamente os faz passar para diferentes contextos, reestruturando os contextos onde já se inserem (Correia e Serrano, 2000).

Segundo Gallagher et al (referido por Correia e Serrano, 2000), “a consciência de que a criança e a família estão em constante mudança obriga a intervenção precoce a manter-se num constante plano dinâmico. A fluidez das famílias cria a necessidade de serviços flexíveis, sensíveis a estas mudanças.”

Para uma resposta eficaz é necessário um envolvimento activo por parte dos técnicos que fazem parte da equipa da intervenção precoce e para que se consiga

dar essa resposta subentende-se a existência de equipas onde predomine a transdisciplinaridade que veio substituir a multidisciplinaridade. (Correia e Serrano, 2000).

Passamos de um conceito em que se defendia que vários técnicos acompanhavam, separadamente, a criança sem resultados eficazes para um conceito em que é defendida a existência de uma verdadeira equipa constituída por vários técnicos das diferentes áreas (médicos, terapeutas, psicólogos, assistentes sociais, educadores de infância, etc) mas que trabalham em equipa, sendo um desses técnicos escolhido para trabalhar mais directamente com a criança e com a família (Correia e Serrano, 2000).

A família é vista neste conceito como parte integrante da equipa transdisciplinar. Existe, portanto, uma maior aproximação à família da criança em risco, havendo uma troca constante de apoio e de saberes por parte de todos os elementos envolvidos no processo (Correia e Serrano, 2000).

Tendo em conta estes princípios, a intervenção precoce (IP) deverá englobar uma prestação de serviços e apoios à família e à criança com base nos recursos existentes na comunidade a que pertencem de forma a capacitá-la (*Enablement*) e responsabilizá-la (*Empowerment*) na satisfação das suas necessidades. Só percebendo a comunidade envolvente da criança é que se poderá intervir adequadamente (Correia e Serrano, 2000).

Posto isto, segundo Wolery, Strain e Bailey (1992 citado por Correia e Serrano, 2000) a implementação dos serviços de IP centrados na família deve ter em conta os seguintes princípios:

- Os serviços devem focar a família como um todo e a criança como parte integrante desse todo;
- Os serviços devem apoiar as famílias para que estas tomem decisões, procurem os seus recursos, e se tornem independentes dos profissionais;
- As necessidades das famílias no que respeita à informação, apoio social, explicação aos outros do problema do seu filho(a), serviços comunitários, apoio financeiro e funcionamento geral da família deverão determinar a natureza e quantidade de serviços a prestar;



- Os serviços devem ajudar as famílias a alcançar um estilo de vida normalizado (isto é, um estilo de vida semelhante àquele que teriam se não tivessem um filho(a) com NEE ou de risco);
- Os serviços devem ser sensíveis à diversidade cultural das famílias;
- Os serviços devem ser individualizados;
- Os serviços a prestar às famílias devem ser fruto de uma coordenação de diferentes serviços. (p.24)

### 3. AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO E DA LINGUAGEM NA INFÂNCIA

Para Shipley e McAfee (2004, p.4), “a avaliação é o processo de recolha de informações válidas e fiáveis, integrando-as e interpretando-as para fazer um julgamento ou uma decisão sobre algo”.

A avaliação deve ter integridade para poder ser considerada útil e significativa. Para tal, a uma boa avaliação necessita de: ser completa (conter o máximo de informação possível); usar vários métodos de recolha de informação (anamnese, entrevistas, testes formais e informais, observações); ser válida (avaliar verdadeiramente as competências); fiável (reflectir as habilidades e inabilidades); e ser adaptada a cada criança (materiais adaptados à idade, género, competências, cultura e etnia da criança) (Shipley e McAfee, 2004).

Segundo Miller (1986 citado por Acosta, Moreno, Ramos, Quintana e Espino, 2003), para delinear um plano de intervenção temos, primeiramente, de responder às seguintes perguntas:

- 1º. Para quê avaliar?
- 2º. O que vamos avaliar?
- 3º. Como vamos avaliar?

As respostas a estas questões irão providenciar, respectivamente, os objectivos, o conteúdo e o método de avaliação (Acosta et al., 2003). Posto isto, seguidamente iremos apresentar as respostas a estas questões, com base no estudo do desenvolvimento da comunicação e da linguagem.

## **1º. PARA QUÊ AVALIAR?**

A avaliação da linguagem, na criança, permite detectar e seleccionar, com alguma facilidade e rapidez, quais as crianças que necessitam de uma análise mais pormenorizada do seu comportamento linguístico (Acosta et al., 2003).

É importante pois permite obter uma linha base do funcionamento linguístico (ao nível da semântica, morfossintaxe, fonologia e pragmática), estabelecer o nível evolutivo do comportamento linguístico e detectar a natureza de eventuais problemas (Acosta et al., 2003).

E, por último, possibilita a análise da evolução do comportamento linguístico da criança durante e após a aplicação do programa de intervenção permitindo efectuar alterações ao programa (no que concerne aos objectivos, estratégias, materiais, contexto) no sentido de facilitar o desenvolvimento da linguagem da criança (Acosta et al., 2003).

## **2º. O QUE VAMOS AVALIAR?**

Os conteúdos da avaliação da linguagem prendem-se com a observação das seguintes áreas (Acosta et al., 2003):

### **2.1. Bases anatómicas e funcionais:**

- *Audição e Fonação* (respiração, motricidade, voz).

### **2.2. Dimensões da linguagem:**

- *Forma* (fonologia e morfossintaxe);

- *Conteúdo* (semântica);

- *Uso* (pragmática).

### **2.3. Processos da linguagem:**

- *Compreensão* (descodificação linguística, ou seja, capacidade auditiva, eliminação de elementos não-verbais, definição do tipo de resposta, execução de tarefas...);

- *Produção* (codificação linguística, isto é, produções linguísticas).

### **2.4. Desenvolvimento cognitivo:**

- *Inteligência*.

### **3º. COMO VAMOS AVALIAR?**

Os métodos que poderão ser utilizados para a avaliação da linguagem dividem-se em quatro grupos (Acosta et al., 2003):

#### **3.1. Testes padronizados:**

Os testes padronizados ou testes formais são aqueles que proporcionam procedimentos standards de aplicação e apresentam uma pontuação final. Estes testes são, inicialmente, aplicados a um grande número de crianças, de diferentes regiões do país e aparentemente sem qualquer tipo de problemas. Estes resultados permitem a elaboração da norma, ou seja, o que é normal em determinada faixa etária, por exemplo ao nível do desenvolvimento da semântica ou do desenvolvimento da motricidade fina. Sendo, desta forma, possível a comparação dos resultados de diferentes crianças e a verificação da proximidade ou afastamento à norma, isto é, a averiguação da existência de um atraso ou perturbação (Acosta et al., 2003; Shipley & McAfee, 2004).

Como exemplo de um teste standardizado para a população portuguesa temos o *Teste de Avaliação da Linguagem na Criança - TALC* (Sua-Kay e Tavares, 2006), o *Teste de Avaliação da Linguagem Oral* (Sim-Sim, 2004) e o *Teste de Identificação de Competências Linguísticas* (Viana, 2004). E, também os testes baseados na opinião dos pais, como por exemplo, o *Language use inventory: an assessment for young children's pragmatic language* (O'Neill, 2009) e *The MacArthur-Bates Communicative Development Inventories* (Fenson, Marchman, Thal, Dale, Reznick e Bates, 2003).

#### **3.2. Escalas de desenvolvimento:**

As escalas de desenvolvimento procuram descrever a criança numa perspectiva evolucionista, ou seja permite elaborar o perfil da criança, em determinada área (Acosta et al., 2003). Como exemplo, temos a *Reynell Developmental Language Scales* (Reynell e Gruber, 1990) para o desenvolvimento da linguagem da criança e a *Schedule of Growing Skills II* (Bellman, Lingam e Aukett, 1987) para o desenvolvimento global da criança embora não estejam estandardizadas para a população portuguesa.

### 3.3. Observação do comportamento:

A observação do comportamento é um método de avaliação que permite estudar, por exemplo, a comunicação e a linguagem em actividades espontâneas de forma não estruturada, isto é, o técnico observa e regista os comportamentos comunicativos e linguísticos da criança numa situação natural (Acosta et al., 2003).

### 3.4. Testes não-padronizados:

Os testes não-padronizados, também designados de testes não-formais, são os mais utilizados pelos profissionais pois permitem uma maior flexibilidade na sua utilização e podem ser modificados consoante as características da criança (Acosta et al., 2003; Shipley & McAfee, 2004).

Este método de avaliação utiliza quatro estratégias diferentes (Acosta et al., 2003).

- a) *Recolha, transcrição e análise de uma amostra de linguagem*: permite o registo do real desenvolvimento linguístico da criança, ou seja, o tipo de linguagem que normalmente utiliza. A partir desta amostra de linguagem é possível analisar os vários aspectos da linguagem (fonologia, semântica morfossintaxe e pragmática). Para o efeito, selecciona-se o espaço físico (chão ou mesa), alguns materiais (jogos, brinquedos) adequados à faixa etária da criança e efectua-se o registo da interacção técnico-criança-materiais ou mãe-criança-materiais.
- b) *Avaliação da compreensão*: é a mais difícil de realizar pois são poucas as tarefas que se podem pedir. É efectuada através da resposta a perguntas e ordens que exijam obediência e da análise das produções gestuais ou gráficas como resposta a estímulos visuais e/ou verbais (por exemplo, indicação do desenho correspondente à frase dada; execução de uma ordem verbal com material figurativo ou simbólico).
- c) *Imitação provocada*: possibilita a obtenção de informações acerca da capacidade de processamento auditivo e capacidade de memória. Nesta tarefa, é pedido à criança que repita o estímulo verbal (sequências de palavras e frases) que ouviu.

d) *Produção provocada*: é utilizada quando se pretende analisar um aspecto específico da linguagem ou quando não é possível obter-se uma boa amostra de linguagem em situação espontânea. Permite avaliar vários aspectos da linguagem, como por exemplo, o uso de frases interrogativas ou negativas, locuções ou inflexões verbais. A avaliação é realizada através da apresentação de vários estímulos à criança, nomeadamente, evocação de conceitos através de imagens, descrição de imagens, tarefas de organização lógico-verbal (ordenar sequências de imagens), evocação de palavras de determinada categoria semântica, representação de papéis (role-play) completar frases, definir palavras, interpretar frases e textos e realizar exercícios de lógica verbal.

## **CAPÍTULO IV – METODOLOGIA**

Neste capítulo do trabalho de investigação procuraremos enquadrar o nosso exploratório de um caso numa metodologia quantitativa. Para tal, de modo a garantir a qualidade científica deste estudo, identificaremos os participantes, o contexto e os métodos utilizados para a recolha e análise dos dados.

Em investigação, a tomada de decisão relativamente à metodologia a utilizar, qualitativa ou quantitativa, vai influenciar o nosso desenho de investigação, ou seja, o modo como vai ser conduzida a nossa investigação relativamente aos objectivos de estudo, participantes, instrumentos de recolha de dados, procedimentos e técnicas de análise de dados.

A investigação visa a descoberta, a descrição, a explicação e a indução. Neste sentido, existem dois métodos de investigação que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento acerca de determinado fenómeno, são eles, o método quantitativo e o método qualitativo (Fortin, 2003).

Recorrendo à filosofia, podemos definir o método quantitativo do ponto de vista positivista e o qualitativo do ponto de vista naturalista (Fortin, 2003).

Segundo Giddens (1986, citado por Fortin, 2003), ambos geram paradigmas de investigação diferentes. Considerando-se que um paradigma é um esquema fundamental que orienta a perspectiva que o investigador dá ao seu estudo, então, o investigador pode seguir um esquema que se adapte às características do estudo que pretende realizar bem como às suas crenças, valores e percepção das coisas (Ouellet, 1990, referido por Fortin, 2003).

A investigação quantitativa e a qualitativa não se refutam uma à outra, devendo ser entendidas como complementares, constituindo uma das estratégias da triangulação (Fortin, 2003). A selecção do método a utilizar depende da natureza da questão, tema ou problema a ser investigado (Almeida e Freire, 2000).

Os estudos de natureza quantitativa consistem na utilização de instrumentos quantitativos, como questionários ou inquéritos, que permitam a realização de uma análise com inferência estatística (Fortin, 2003). Por outro lado, os estudos de natureza qualitativa consistem na utilização de instrumentos de recolha de dados de tipo qualitativo, como observações ou entrevistas, que possibilitem um exame detalhado, compreensivo, sistemático e profundo do objecto de estudo (Rodríguez Gómez et al., citado por Sandín, 2003). De modo a evidenciar as respectivas diferenças elaboramos o quadro que se segue.

**Quadro 2** – Características da investigação quantitativa e qualitativa (Bodgan e Biklen, 1999; Gay, Mills, e Airasian, 2008).

	<b>Investigação Quantitativa</b>	<b>Investigação Qualitativa</b>
<b>Tipo de dados recolhidos</b>	Dados numéricos/quantitativos, codificação quantificável, contagens, medidas, variáveis operacionalizadas, estatística.	Dados não numéricos narrativos, descritivos e visuais, documentos pessoais, notas de campo, fotografias, discurso dos sujeitos, documentos oficiais, etc.
<b>Problema de investigação</b>	Hipóteses e procedimentos de investigação definidos antes de iniciar o estudo.	Problemas de investigação e métodos evoluem à medida que se aprofunda o conhecimento do tema.
<b>Manipulação do contexto</b>	Sim.	Não.
<b>Tamanho da amostra</b>	Maior, ampla, estratificada, grupos de controlo, precisa, selecção aleatória, controlo de variáveis extrínsecas.	Mais pequena, pequena, não representativa, amostragem teórica.
<b>Procedimentos da investigação</b>	Baseia-se em procedimentos estatísticos.	Baseia-se na categorização e organização dos dados em padrões para produzir uma síntese descritiva e narrativa.
<b>Técnicas ou métodos</b>	Experimental, quase experimental, inquéritos, entrevista e observação estruturada, conjuntos de dados.	Observação, estudo de vários documentos, observação do participante, entrevista aberta.
<b>Instrumentos</b>	Inventários, questionários, índices, computadores, escalas, resultados de testes.	Gravador, transcrição.
<b>Análise dos dados</b>	Dedutiva, verifica-se após a conclusão dos dados, estatística.	Contínua, modelos, temas, conceitos, indutivos, método comparativo constante.
<b>Interação / Relação com os participantes</b>	Pouca interação, circunscrita, curta duração, distante, sujeito-investigador.	Interação extensa, empatia, ênfase na confiança, igualdade, contacto intenso, o sujeito como amigo, ser neutral.
<b>Pressupostos / crenças</b>	Vivemos num mundo estável e previsível que podemos medir, compreender e fazer generalizações.	A compreensão situa-se numa perspectiva particular ou contexto que é diferente para pessoas e grupos; por isso, o mundo pode ter vários significados.
<b>Objectivos</b>	Teste de teorias, encontrar factos, descrição estatística, encontrar relações entre variáveis, predição.	Desenvolver conceitos sensíveis, descrever realidades múltiplas, teoria fundamentada, desenvolver a compreensão.



Em educação, a investigação reporta-nos para procedimentos bem definidos sendo, a sua maioria, apoiados por estudos de natureza quantitativa que envolvem, não só, a utilização de dados numéricos bem como a formulação de hipóteses a serem analisadas e a especialização dos procedimentos de investigação no início do estudo (Gay, Mills, e Airasian, 2008).

Quer as estratégias, quer os instrumentos de recolha de dados e a análise estatística, visam tornar os dados válidos, ou seja, têm como objectivo assegurar uma representação da realidade de forma que os dados sejam generalizáveis a população (Fortin, 2003).

Como todos os métodos de investigação apresentam vantagens e desvantagens, no quadro abaixo, referimos as mesmas relativamente à investigação qualitativa.

**Quadro 3** – Vantagens e desvantagens do método de investigação qualitativo (Bodgan e Biklen, 1999; Gay et al., 2008).

<b>Vantagens do método qualitativo</b>	<b>Desvantagens do método qualitativo</b>
Define o problema de investigação em termos muito específicos (Frankfort-Nachmias & Nachmias, 1992).	Falha no fornecimento de informação ao investigador, sobre o contexto da situação onde o fenómeno estudado ocorre.
Especifica clara e precisamente tanto as variáveis dependentes como independentes da investigação.	Incapacidade para controlar outras variáveis, como o envolvimento onde os inquiridos dão as respostas ao questionário.
Segue rigorosamente os objectivos de investigação, chegando a conclusões objectivas, teste das hipóteses, determinando a causalidade do problema.	Conclusões ilimitadas apenas às delineadas na proposta inicial da investigação, devido às perguntas fechadas e ao formato estruturado.
Atinge altos níveis de consistência dos dados devido às observações controladas, experiências laboratoriais, avaliações em massa ou outra forma de manipulação da investigação (Balsley, 1970).	Não encoraja a investigação envolvente contínua de um fenómeno de estudo.
Elimina ou minimiza a subjectividade de julgamento (Kealey & Protheroe, 1996).	Intrusão.
Permite a medição longitudinal da performance subsequente dos sujeitos de investigação.	Validade.

Na investigação qualitativa, subentende-se que o mundo é razoavelmente estável, uniforme e coerente, possível de medir, compreender e generalizar (Gay et al., 2008).

Dado que o nosso trabalho de investigação se baseia num estudo de natureza quantitativa, tendo sido utilizado como método de investigação o estudo de caso, seguidamente apresentaremos a metodologia e o design do mesmo.

## 1. METODOLOGIA DE ESTUDO DE CASO

Como já referimos anteriormente, este trabalho, tem por base uma investigação natureza qualitativa, tendo sido utilizado, para o efeito, o estudo de caso.

Merriam (1988 citado por Bogdan e Biklen, 1999, p. 89) define o estudo de caso como um estudo que “consiste na observação detalhada de um contexto, ou um indivíduo, de uma única fonte de acontecimentos ou de um acontecimento específico”.

O estudo de caso tem como características: ser *particular* (centra-se numa situação, evento, programa ou fenómeno particular); *descritivo* (como produto final obtém-se uma descrição rica e densa do objecto de estudo); *heurístico* (elucidam o leitor do objecto de estudo); e *indutivo* (as generalizações, conceitos ou hipóteses surgem do exame de dados fundados no próprio contexto) (Merriam, 1990 citado por Sandín, 2003).

Para Stake (1998 referido por Sandín, 2003, p. 174):

“O estudo de caso deve contemplar a complexidade de um caso particular (...) é o estudo da particularidade e complexidade de um caso singular que leva a compreender a sua actividade em circunstâncias importantes (...). O caso pode ser uma criança, um professor (...). Pretendemos compreendê-los. Gostaríamos de ouvir as suas histórias.”

Uma das condições necessárias para o reconhecimento científico e o sucesso do estudo de caso é o emprego dos seguintes procedimentos metodológicos: elaboração do protocolo do estudo; estabelecimento de uma base de dados; construção de uma cadeia de evidências e análise das evidências (Yin, 2005).

Para além disso, também é necessária uma estrutura idêntica a todos os trabalhos científicos: introdução, questão de pesquisa, objectivos, hipótese, revisão da bibliografia, metodologia utilizada, análise dos resultados e conclusões/reflexões acerca da questão investigada (Yin, 2005).

Pérez Serrano (1994 referido por Sandín, 2003) salienta que no desenho do estudo de caso deverá estar presente a idiossincrasia que caracteriza as sucessivas etapas de planificação e desenvolvimento dos modelos de investigação qualitativos, com a particularidade de que, o seu propósito é um estudo intensivo e profundo de um caso, de um determinado fenómeno.

Dependendo do propósito ou finalidade do estudo poderão ser usados métodos diferentes. Stake (1994 citado por Sandín, 2003) identifica três deles: o estudo intrínseco de casos, o estudo instrumental de casos e o estudo colectivo de casos.

No presente trabalho, foi utilizado o estudo intrínseco de casos que é usado quando se pretende alcançar uma maior compreensão de um caso em particular, o caso não é seleccionado para representar outros casos mas sim porque apresenta características particulares, porque se tem interesse no caso e o propósito do estudo não é a generalização da teoria (Stake, 1994 citado por Sandín, 2003).

O estudo instrumental de casos tem como intuito analisar e obter uma maior compreensão sobre uma temática ou apurar uma teoria, o caso tem um papel secundário, isto é, a finalidade do estudo de caso não se centra na compreensão do caso em si (Stake, 1994 referido por Sandín, 2003).

E, o estudo colectivo de casos é utilizado quando o interesse por um fenómeno, população ou condições, o estudo não se foca num caso em concreto mas sim num determinado conjunto de casos embora não se tratando de um estudo colectivo mas sim de um estudo intensivo de vários (Stake, 1994 citado por Sandín, 2003)

Uma das questões fundamentais no desenho do estudo de caso é a identificação, selecção, contextualização e justificação do estudo do mesmo. Assim, o contexto em que o estudo de caso se desenvolve é particularmente importante pois é neste que os resultados são produzidos e recolhidos para, posteriormente, serem analisados. Na investigação de natureza qualitativa pretende-se estudar o indivíduo no seu contexto natural, não podendo o investigador controlar nem restringir o mesmo (Sanín, 2003).

Posto isto, no nosso estudo de caso, procurámos ir de encontro às características acima descritas, com o intuito de analisar as competências comunicativas de uma criança com deficiência auditiva, no jardim-de-infância que esta frequenta semanalmente.

## **2. O DESIGN DO ESTUDO**

Como referimos anteriormente, o reconhecimento científico de um trabalho de investigação está dependente do modo como todo o processo de investigação se desenvolve. Todos os procedimentos deverão estar claramente descritos para que o leitor obtenha o conhecimento de como foi conduzido todo o trabalho.

O presente estudo centra-se numa criança com deficiência auditiva, com dezoito meses, e desenvolve-se, principalmente, no contexto de sala de Jardim-de-Infância por ser o contexto natural da criança desde que foi encaminhada para a equipa de intervenção precoce.

Seguidamente, descreveremos os participantes, o contexto das observações, a recolha e tratamentos de dados, os procedimentos adoptados e a apresentação dos resultados.

### **2.1. PARTICIPANTES**

A realização deste estudo foi possível devido à participação e envolvimento da criança, da sua mãe, da Docente de Educação Especial e da Formadora de Língua Gestual, em conjunto com a Terapeuta da Fala que é a investigadora do presente trabalho.

O estudo centra-se numa criança portuguesa, do sexo masculino, nascido a 23 de Setembro de 2008, actualmente com 18 meses de idade, que será designada por R.V. de forma a mantermos a confidencialidade dos dados.

O R.V. apresenta deficiência auditiva que, segundo o relatório médico, após a realização do “exame de potenciais evocados auditivos precoces do tronco cerebral, efectuado a 16 de Novembro de 2009, ... debaixo de anestesia geral por ketalar,

revelou ausência de resposta, compatível com provável surdez neurossensorial severa a profunda, em ambos os ouvidos”.

No capítulo seguinte, apresentaremos o estudo de caso onde será referido o encaminhamento e as histórias sócio-familiar, desenvolvimental e educacional que permitirão conhecer as características da criança e da sua família.

## **2.2. CONTEXTO**

As observações realizadas ocorreram numa sala do Jardim-de-infância de Boavista-Santiago, no âmbito do projecto de intervenção precoce de Penafiel, que pertence ao Agrupamento Vertical de Escolas de Penafiel Sul.

Neste jardim-de-infância existem três grupos de crianças, dois grupos sem deficiência auditiva e um grupo com deficiência auditiva.

A sala do grupo de crianças com deficiência auditiva tem cerca de cinco metros quadrados e com uma grande janela, que ocupa quase toda a parede, virada para átrio de entrada.

O espaço e as condições da sala são, um quanto, precárias e transitórias, dado que, a Câmara Municipal de Penafiel já se disponibilizou a efectuar obras nas instalações no referido jardim-de-infância.

Na respectiva sala encontram-se, a tempo inteiro, três crianças com deficiência auditiva, a Docente de Educação Especial e a Formadora de Língua Gestual. Uma vez por semana, durante o período da manhã, estas crianças juntam-se aos restantes grupos para realizarem actividades de psicomotricidade no sentido de se promover a inclusão das mesmas. As crianças com deficiência auditiva e os restantes elementos desta comunidade encontram-se juntos nos momentos das refeições, intervalos, actividades de psicomotricidade, saídas ao exterior e visitas de estudo.

O R.V. e a sua mãe deslocam-se à sala do Jardim-de-Infância, uma vez por semana, no período da manhã para usufruírem dos serviços técnicos e especializados do Agrupamento de Referência de Educação Bilingue para Alunos Surdos, ou seja, usufruírem de intervenção precoce pela equipa constituída por Docente de Educação Especial, Formadora de Língua Gestual e Terapeuta da Fala.

### 2.3. RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

A recolha de dados, iniciou-se, primeiramente, através de contactos informais para conhecer o R.V. e a sua família, tendo-se desencadeado posteriormente o processo de avaliação do nível de desenvolvimento do R.V., das suas competências actuais e da sua família.

Os contactos informais deram origem a conversas informais com a mãe, que possibilitaram a partilha de conhecimento e esclarecimento de dúvidas, e conhecer a história de vida e as particularidades da família. Identificaram-se as redes de apoio e os recursos existentes, formais e informais, que sustentam o apoio à família, através do uso de instrumentos adequados, nomeadamente, a Escala de Avaliação de Apoio Social à Família, a Escala das Funções de Apoio, a Escala das Necessidades da Família, a Escala dos Recursos da Família e o Ecomapa (ver Figura 17).

Para melhor compreender as rotinas diárias e as competências da criança e da família, no contexto de casa, recorreu-se à Entrevista Baseada nas Rotinas – EBR (McWilliam, 2003), ainda que muita da informação já tivesse sido recolhida nas conversas com a mãe. Também se procedeu à recolha de informação acerca das rotinas no Jardim-de-Infância, realizando-se uma entrevista à Docente de Educação Especial, conduzida pela Escala de Avaliação das Impressões dos Educadores acerca das Rotinas e do Envolvimento – EAIERE (Clingenpeel e McWilliam, 2003), para melhor perceber a funcionalidade do R.V. em contexto escola.

A avaliação do R.V. consistiu avaliação do desenvolvimento através do “Teste de Avaliação do Desenvolvimento”, adaptado do “*Schedule of Growing Skills II*” (Bellman, Lingam, e Aukett, 1987); avaliação da linguagem através “Escala de Comunicação Pré-Verbal”, adaptado da “*Pre-verbal Communication Schedule*” (Kieman e Reid, 1987) e da checklist para a Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (Santos, 2002); e avaliação das competências pragmáticas através de um “Inventário do Uso da Linguagem”, adaptado do “*Language Use Inventory: An Assessment for Young Children’s Pragmatic Language*” (O’Neill, 2009).

Após a observação e a análise conjunta de todos os dados mencionados anteriormente, a equipa procedeu à elaboração do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF).

## **2.4. CONSENTIMENTO INFORMADO**

O consentimento informado ou esclarecido é “o princípio ético segundo o qual o investigador solicita a participação voluntária dos sujeitos depois de os ter informado das vantagens e dos inconvenientes possíveis da experimentação” (Fortin, 1999, pp.365).

Foi efectuado um pedido de autorização ao Presidente do Conselho Executivo, do Agrupamento Vertical de Escolas de Penafiel Sul, para a realização do estudo de caso no Jardim-de-Infância Boavista-Santiago (ver anexo A).

Os pais foram informados acerca dos objectivos, propósitos e conteúdo do estudo que se pretende realizar, dando o seu consentimento, por escrito, para a recolha e utilização de dados, imagens fotográficas e imagens vídeo. Para tal elaboramos uma carta de consentimento informado que se encontra em anexo (ver anexo B).

## **2.5. PROCEDIMENTO**

As práticas de intervenção precoce sustentam que a avaliação e intervenção devem ir de encontro às necessidades da família, numa perspectiva integrada dos recursos e necessidades da família e da criança.

Durante este processo colaborativo, que envolveu família-criança-técnicos, houve a preocupação de identificar as necessidades, prioridades, preocupações, expectativas, potencialidades, recursos e capacidades em conjunto com a família.

A equipa de intervenção precoce, do Agrupamento de Referência para Educação Bilingue de Alunos Surdos, de Penafiel Sul, é constituída pelos seguintes técnicos: Docente de Educação Especial (Docente de E.E.), Terapeuta da Fala e Formadora de Língua Gestual Portuguesa (Formadora de LGP).

Numa primeira abordagem, identificaram-se as redes de apoio e os recursos existentes, formais e informais, que sustentam o apoio à família, as rotinas diárias e as competências da criança e da família, no contexto de casa e as rotinas em contexto jardim-de-infância, através do uso de instrumentos adequados.

Num segundo momento, foram realizadas várias avaliações, em arena, de modo a conhecermos o desenvolvimento global, da linguagem e das competências pragmáticas do R.V..

Para além destes instrumentos, o comportamento, a funcionalidade e as competências da criança serão observados e registados para posteriormente, com os dados obtidos na avaliação, serem elaborados os objectivos de intervenção que constituem o fio condutor da mesma.

Para que o plano de intervenção seja adaptado à criança, os objectivos devem ser formulados a partir dos pontos fortes da criança de modo a serem trabalhados os pontos fracos e neste sentido a criança desenvolver as competências que estão abaixo do esperado para a sua faixa etária.

Posteriormente, após a observação conjunta e a análise do desenvolvimento e das competências do R.V. e sua da família, procedeu-se à elaboração conjunta do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), havendo necessidade de priorizar a intervenção e os objectivos da família.

Por fim, apresentaremos os resultados obtidos após a implementação do PIAF.

## **2.6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados obtidos serão apresentados, de forma descritiva, no capítulo seguinte, por esse se referir ao estudo propriamente dito.

Primeiramente, serão apresentados os resultados das avaliações do desenvolvimento da criança, rotinas da família e da criança, em contexto casa e jardim-de-infância, e necessidades da família.

Também será apresentado o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF), que foi elaborado após a análise dos dados das avaliações, e o registo das sessões contemplando os objectivos propostos no PIAF.

Aproveitamos, para referir que os objectivos presentes no PIAF foram pensados e elaborados de acordo com as necessidades da família e da criança para um período de implementação de nove sessões. Estas nove sessões foram contabilizadas através da contagem do número de vezes que o R.V. e a sua mãe se iriam deslocar ao Jardim-de-Infância até ao término do ano lectivo. No entanto, a ocorrência de várias situações impossibilitaram a realização de todas as sessões,



obtendo-se no final apenas quatro sessões de intervenção. Posto isto, no próximo capítulo, apresentaremos um cronograma explicativo de todo o trabalho desenvolvido para facilitar a compreensão do leitor relativamente esta questão.

## **CAPÍTULO V – ESTUDO DE CASO**

O presente capítulo visa o estudo de uma criança, do sexo masculino, actualmente com 18 meses, com o diagnóstico de deficiência auditiva.

Ao longo deste trabalho, a criança em questão será denominada de R.V., de modo a proteger a sua identidade e a da sua família. O R.V. e a família são apoiados pelo Jardim-de-infância Boavista-Santiago, do Agrupamento de Referência para Educação Bilingue de Alunos Surdos, de Penafiel Sul, no âmbito do projecto de intervenção precoce.

Salienta-se que a família autorizou a realização deste estudo e colaborou em algumas etapas do mesmo.

O objectivo deste trabalho é: avaliar o nível de desenvolvimento e competências da criança; avaliar as necessidades, potencialidade e prioridades da família; identificar a rede de apoio da criança e da família, ou seja, identificar os recursos formais e informais existentes na família e comunidade em que está inserida que poderão responder às necessidades e prioridades da criança e família; elaborar um Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) com objectivos de intervenção pensados para a criança em risco e a sua família; e por último, coordenar a prestação de serviços.

Primeiramente iremos identificar a criança, a sua família e fazer uma breve descrição acerca da sua história sócio-familiar, desenvolvimental e educacional. Posteriormente, iremos identificar as competências e o nível de desenvolvimento da criança, as necessidades da família e por fim elaborar o PIAF tendo como princípios orientadores e pressupostos os preconizados pela intervenção centrada na família.

## **1. APRESENTAÇÃO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA**

Para um melhor conhecimento da criança, apresentaremos, seguidamente, o R.V. e o respectivo encaminhamento para a equipa de intervenção precoce do Agrupamento de Referência para Educação Bilingue de Alunos Surdos, de Penafiel Sul.

### **1.1. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

O R.V. nasceu a 23 de Setembro de 2008, tendo actualmente com 18 meses. Segundo o relatório médico, após a realização do “exame de potenciais evocados auditivos precoces do tronco cerebral, efectuado a 16 de Novembro de 2009, ... debaixo de anestesia geral por ketalar, revelou ausência de resposta, compatível com provável surdez neurossensorial severa a profunda, em ambos os ouvidos”.

É o segundo filho de um casal sem deficiência auditiva, vive com os pais e o irmão, numa freguesia nos arredores de Penafiel.

### **1.2. MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO**

O processo de sinalização foi iniciado pelo Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, em Penafiel, que entrou em contacto com a equipa de intervenção precoce de Penafiel, sendo que esta, por sua vez, entrou em contacto com a Coordenadora de Educação Especial, do Agrupamento Vertical de Escolas de Penafiel Sul, para que o R.V. iniciasse intervenção com os técnicos do Jardim-de-Infância de Referência de Educação Bilingue para Alunos Surdos.

Em Março de 2010, iniciou acompanhamento ao nível da intervenção precoce. A mãe e o R.V. deslocam-se semanalmente ao Jardim-de-Infância Boavista-Santiago, onde é realizado o acompanhamento pela Docente de Educação Especial, que está a desenvolver com a Terapeuta da Fala e a Formadora de Língua Gestual Portuguesa uma intervenção de parceria com a família, onde são contemplados o acompanhamento e aconselhamento familiar e um programa de intervenção que teve por base a estimulação sensorial e da comunicação.

## **2. HISTÓRIA COMPREENSIVA**

Um estudo de caso envolve uma grande recolha de informações relativamente ao objecto de estudo de forma a compreendermos melhor a cultura, crenças e o contexto em que está inserido (Yin, 2005). Neste sentido, seguidamente apresentaremos a história sócio-familiar, desenvolvimental e educacional do R.V.

### **2.1. HISTÓRIA SÓCIO-FAMILIAR**

A mãe, de 40 anos, possui o 1º Ciclo do Ensino Básico, é doméstica e apresenta problemas de coluna, que lhe provoca dormência nas mãos.

O pai, de 37 anos, possui também o 1º Ciclo do Ensino Básico, é manobrador de máquinas, em Angola, contudo a sua situação profissional é precária dado que só se desloca para Angola quando a empresa tem trabalho. O pai apresenta um diagnóstico de Epilepsia.

A mãe e o pai têm relação de consanguinidade, são primos, em primeiro grau.

O filho mais velho do casal, com 10 anos, frequenta actualmente o 4º ano, do 1º ciclo do ensino básico, na Escola de Referência de Educação Bilingue para Alunos Surdos, EB1 Boavista-Santiago, pois apresenta “Surdez Severa Neurossensorial Bilateral”, não beneficiando de qualquer tipo de amplificação auditiva. As medidas implementadas no Programa Educativo Individual (PEI) prendem-se com: adaptações curriculares, condições especiais de matrícula, condições especiais de avaliação, apoio pedagógico acrescido, língua gestual portuguesa, Terapia da Fala e transporte escolar.

O agregado familiar é constituído pelo R.V., pais e irmão. Vivem numa habitação em Duas Igrejas (Penafiel), com cozinha, sala, dois quartos e um quarto de banho.

### **2.2. HISTÓRIA DESENVOLVIMENTAL**

A família apresenta antecedentes de epilepsia, deficiência auditiva e outras doenças do foro psíquico. A gravidez foi planeada e vigiada e a mãe desenvolveu

Diabetes Gestacional, no 2º trimestre de gestação, tendo sido controlada com medidas dietéticas.

O parto ocorreu às 39 semanas, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, em Penafiel, foi um parto distócico (cesariana), que ocorreu sem complicações. O R.V. nasceu com 3105 g, 48 cm de comprimento, 35 cm de perímetro cefálico e com um índice de APGAR 5'/10". O período pós-natal decorreu sem complicações.

No dia 19 de Maio de 2009, realizou uma ressonância magnética encefálica, numa clínica no Porto, por apresentar “hipotonia axial e noção de diminuição da acuidade visual”, o qual revelou “não serem visíveis alterações da morfologia ou do comportamento de sinal do parênquima encefálico, nomeadamente no corpo caloso e restantes estruturas da linha média. Vias de líquido de configuração e dimensões normais para a idade, sem critérios que sugiram hidrocefalia ou perda de volume cerebral. Hipersinal otomastoídeu à direita em T2, de carácter inflamatório, as restantes imagens da base do crânio são normais”.

### **2.3. HISTÓRIA EDUCACIONAL**

O R. V. começou a frequentar o Jardim-de-Infância Boavista-Santiago, a 3 de Março de 2010, uma vez por semana, durante o período da manhã dado que iniciou o programa de intervenção precoce, da Escola de Referência de Educação Bilingue para Alunos Surdos, do Agrupamento Vertical de Escolas de Penafiel Sul, tendo estado até agora aos cuidados da mãe.

Este acompanhamento manter-se-á até ao final deste ano lectivo, 2009/2010, sendo efectuado, posteriormente, um requerimento à Direcção Regional de Educação do Norte para o R. V. ingressar mais cedo no Jardim-de-Infância Boavista-Santiago, de modo a usufruir de todas as ajudas disponíveis para as crianças com deficiência auditiva (Docente de Educação Especial a tempo inteiro, Formadora de Língua Gestual Portuguesa e Terapeuta da Fala).

### 3. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO E COMPETÊNCIAS ACTUAIS DA CRIANÇA

Como referimos anteriormente, a avaliação permite averiguar as competências da criança, por exemplo, a nível motor, cognitivo ou linguístico, verificando-se a pertinência e importância de intervenção naquelas que apresentam um atraso ou desvio relativamente ao padrão normal.

Primeiramente, temos de responder às perguntas: Para quem avaliar?; O que vamos avaliar?; Como vamos avaliar?, para, posteriormente, delinear o Plano Individualizado de Apoio à Família.

Assim, avaliamos o R.V. para averiguarmos as suas competências globais e especificamente as linguísticas, com o recurso a vários instrumentos de avaliação, nomeadamente, testes padronizados, testes não-padronizados, escalas de comportamento, observações do comportamento. E, seguidamente, apresentaremos os resultados das avaliações.

#### 3.5. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Foi realizada uma avaliação formal ao R.V., através da aplicação do “Teste de Avaliação do Desenvolvimento”, adaptado do “*Schedule of Growing Skills II*” (Bellman, Lingam, e Aukett, 1987), nos dias 25 e 30 de Março. A avaliação foi realizada numa sala ampla, sem estímulos visuais, do Jardim-de-Infância e estiveram presentes a criança, a mãe, a avaliadora (Terapeuta da Fala) e a Docente de Educação Especial. Desta avaliação, obtiveram-se os seguintes resultados:

- Locomoção:

O R.V. revelou competências de motricidade grossa abaixo do esperado para a idade cronológica, caminhando agarrado à mobília ou às paredes e ainda não sobe nem desce escadas.

- Manipulação:

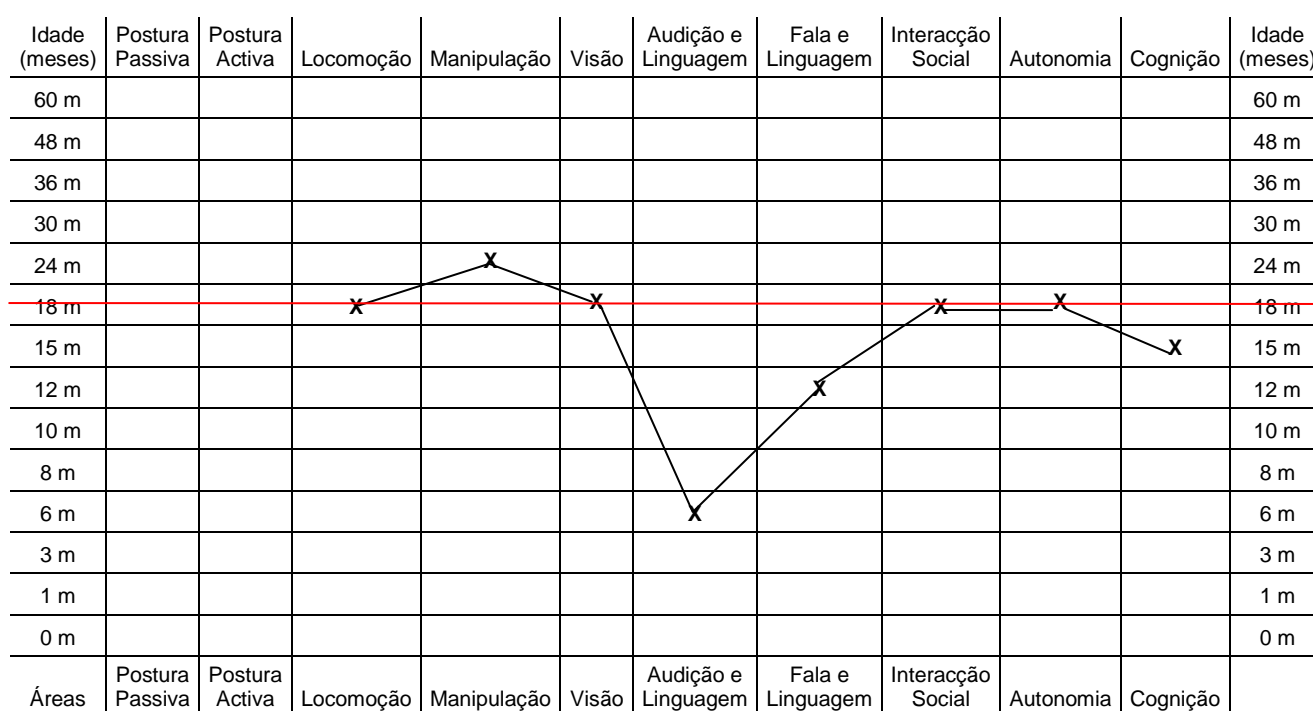
Faz pinça correctamente para pegar em pequenos objectos, mas é raro fazê-lo; atira brinquedos e objectos para o chão; vira várias páginas de um livro; constrói uma torre de dois cubos; usa o lápis para fazer rabiscos de um lado para o outro;

- Visão:  
O R.V. procura um objecto que cai ou que está escondido. Repara no movimento à distância e está muito atento ao que está a acontecer. Compreende o apontar dos outros e utiliza o apontar como forma comunicativa. Demonstra interesse por gravuras, nem faz encaixe de figuras geométricas;
- Linguagem:  
*Compreensão* – considerando a afectação da função auditiva e o facto de ainda não beneficiar de qualquer adaptação protésica, o R.V. não possui uma função auditiva capaz queira; quando contrariado pelo adulto, mostra desconforto, chorando;
- Interacção social:  
*Comportamento social* – o R.V. brinca com as outras crianças, partilha os brinquedos e a atenção do adulto; acena “adeus” e parece compreender o seu significado; não diz “não/sim” com a cabeça; não imita actividades da vida diária, empurra de reagir e atender aos sons ambientais ou à voz humana, contudo parece compreender o “não” e o “adeus” através gesto;  
*Expressão* – durante a observação e avaliação registaram-se poucos sons e vocalizações indiferenciadas e gargalhadas quando gosta de uma brincadeira ou quando acha graça a alguma coisa; utiliza o apontar para interagir ou pedir algo que objectos/brinquedos grandes mas não com intenção de brincar;  
*Jogo* – encontra os objectos escondidos e explora os objectos do seu interesse; brinca sozinho; empurra e puxa brinquedos com facilidade;
- Autonomia:  
*Alimentação* – o R.V. segura, morde e mastiga uma bolacha; bebe pelo copo com ajuda; segura na colher mas se a usa para comer;  
*Higiene* – Usa fralda de dia e de noite, não dando sinal, nem demonstrando desconforto quando está molhado ou sujo;
- Cognição:  
Os valores obtidos na cognição foram os equivalentes à idade cronológica de 15 meses, não se verificando um atraso significativo no seu desenvolvimento cognitivo.



Após a aplicação da escala e feita a cotação dos resultados, elaborou-se o perfil de desenvolvimento (ver Figura 16) e conclui-se existir uma discrepância significativa em algumas áreas de desenvolvimento relativamente à sua idade cronológica, encontrando-se os valores obtidos entre os 6 e os 18 meses. O R.V. apresenta melhor desenvolvimento nas áreas de autonomia, interacção social e autonomia, obtendo um valor equivalente à idade cronológica dos 18 meses. As áreas da locomoção e da visão situam as suas competências nos 15 meses. As áreas da audição e linguagem e fala e linguagem são as que apresenta maiores dificuldades, estando na idade cronológica dos 6 meses e 12 meses respectivamente. Quanto à cognição, o R.V. encontra-se ao nível dos 15 meses.

É importante salientar que o R.V. apresenta uma “Surdez Neurosensorial Severa a Profunda”, em ambos os ouvidos, e que não possui qualquer tipo de aparelho de amplificação sonora como tal todas as tarefas foram pedidas oralmente mas com recurso a gestos.



\* \_\_\_ Idade cronológica de 18 meses

**Fig. 16.** Perfil de Desenvolvimento do R.V..

Considera-se de extrema importância referir que mais do que descrever o seu desempenho nas diversas áreas temos de compreender como é que esta criança

funciona como um todo e nos diferentes contextos, e perceber que o seu desenvolvimento depende de todas as áreas e da evolução das mesmas.

### **3.6. AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM**

Foi realizada a avaliação da comunicação pré-verbal, através da aplicação da Escala de Comunicação Pré-Verbal, adaptada da “*Pre-verbal Communication Schedule*” (Kieman e Reid, 1987), no dia 22 de Abril. Esta foi realizada pela Docente de Educação Especial.

Após a cotação dos itens da Escala de Comunicação Pré-Verbal conclui-se que, neste momento, o R.V. apresenta bastantes comportamentos pré-comunicativos estando as áreas relativas à compreensão e produção de sons mais afectadas, também apresenta comportamentos de comunicação informal, comunicando com o outro através do olhar, apontar e manipulação, a comunicação através do gesto começa a emergir. Ao nível das capacidades de comunicação formal ainda não são observados quaisquer comportamentos.

A avaliação do desenvolvimento da linguagem foi levada a cabo pela Terapeuta da Fala que para o efeito recorreu ao preenchimento de uma checklist para a Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (Santos, 2002).

Relativamente à sua cotação pode concluir-se que, o R.V. evidencia comportamentos que o situam na faixa etária dos 6 aos 9 meses, encontrando-se a componente expressiva da linguagem ligeiramente superior à componente compreensiva.

Embora os resultados da checklist tenham permitido inferir que expressão se encontra menos afectada que a compreensão, durante a observação do R.V. em contexto sala observa-se que ele compreende melhor do que se exprime. O R.V. é bastante observador e quando o adulto explora um objecto ele apreende com alguma facilidade o que poderá fazer com ele e tenta reproduzir (p.e. pegar num carrinho e pô-lo a andar; tirar as imagens da parede e voltar a colocá-las na parede embora a ordem possa não estar correcta).

### 3.7. INVENTÁRIO DO USO DA LINGUAGEM DOS 18 AOS 47 MESES

Foi realizado um inventário à mãe do R.V., no dia 29 de Abril de 2010, para avaliar as suas competências pragmáticas.

Para este estudo, foi utilizado o “*Language Use Inventory: An Assessment for Young Children’s Pragmatic Language*” (O’Neill, 2009), devidamente autorizado pela autora para ser traduzido e adaptado para o Português Europeu. Sendo que para este estudo exploratório, o mesmo foi adquirido, traduzido e adaptado para o Português Europeu (ver anexo C) nesta primeira fase de conhecimento e exploração do referido inventário por Guimarães e Santos (2010).

O “*Language Use Inventory: An Assessment for Young Children’s Pragmatic Language*” (LUI) é um inventário padronizado, elaborado por O’Neill (2009) após 10 anos de pesquisa e permite avaliar o desenvolvimento precoce da pragmática em crianças dos 17 aos 48 meses. O preenchimento do inventário leva acerca de 20 a 30 minutos e deve ser preenchido pelos pais ou cuidadores da criança.

O LUI tem como objectivos:

- Ser uma ferramenta de triagem para identificar crianças com atraso ou perturbação do desenvolvimento da componente pragmática da linguagem, ou seja, o uso da linguagem numa ampla variedade de contextos e interacções sociais, em relação a crianças do mesmo sexo e idade (em meses).

- Identificar as crianças cujas competências linguísticas ao nível da expressão devem ser avaliadas através da avaliação da linguagem e da compreensão da fala.

É constituído por 14 subescalas que permitem avaliar a comunicação da criança numa vasta variedade de configurações e para uma vasta variedade de funções, como por exemplo: pedir ajuda, partilhar o foco de atenção, perguntar e comentar sobre as coisas e as pessoas, orientar as interacções com outras pessoas, partilhar o humor, falar sobre a linguagem e as palavras, adaptar o discurso às outras pessoas, e construir frases mais longas e histórias.

A cotação dos itens deve ser realizada por um profissional com experiência no manuseamento do LUI, podendo ser efectuada através de registo manual (15-20 minutos) ou informático (5-10 minutos). A norma (padrão) foi baseada em mais de 3500 crianças e os resultados são apresentados em bandas percentuais de um mês de idade.

Dado que o R.V. ainda não produz uma única palavra, só foi possível realizar o preenchimento da parte 1 do LUI.

Na subescala A – Como é que o seu filho usa o gesto para perguntar por alguma coisa – o R.V. obteve uma cotação de 10 de um total de 11 pontos e na subescala B – Como é que o seu filho usa o gesto para lhe comunicar alguma coisa – o R.V. obteve uma cotação máxima, 2 pontos. Após a análise dos resultados do inventário, pode-se concluir que o R.V. comunica através de gestos deícticos (gestos que têm como função estabelecer referência, isto é, indicam ou chamam atenção para um objecto ou acontecimento) quer para perguntar quer para indicar.

Tal como outros instrumentos/inventários baseados nas opiniões dos pais, este inventário permite-nos tirar ilações acerca do desenvolvimento e comportamento linguístico das crianças.

#### 4. AVALIAÇÃO DAS ROTINAS DA CRIANÇA

A avaliação das rotinas da criança é uma etapa que, quer ao nível da intervenção precoce quer ao nível da intervenção com crianças mais velhas ou adultos, nos permite adquirir informação acerca da funcionalidade (capacidades e necessidades) da criança nas actividades do dia-a-dia e quais os momentos do dia que poderão apresentar stress ou desconforto na família e/ou educadores e que necessitam de intervenção prioritária.

Os resultados obtidos por esta avaliação podem ser observados nos quadros abaixo apresentados e também são considerados aquando à elaboração dos objectivos do plano de intervenção de modo a serem estabelecidos objectivos que irão de encontro às prioridades da família e da criança.

**Quadro 4** – Avaliação das educadoras acerca das rotinas e do envolvimento (EAIRE).

ROTINA	AJUSTE	OBSERVAÇÕES
<b>Chegada</b>	4	O R.V chega ao Jardim-de-Infância sempre bem-disposto e sorri como resposta ao cumprimento. Na sala interage logo com as outras crianças.

**Quadro 4 – Avaliação das educadoras acerca das rotinas e do envolvimento (EAIRE) (CONTINUAÇÃO).**

<b>Jogo livre</b>	4	No jogo livre o R.V. gosta de pegar nos lápis ou marcadores e fazer rabiscos. Gosta de brincar com a bola, já tenta apanhar e atirar a bola.
<b>Refeições/Lanche</b>	3	Ao lanche o R.V. fica sentado na cadeira, come a bolacha de forma independente mas o leite bebe pelo copo com ajuda.
<b>Momento de pequeno grupo</b>	3	O R.V. está na sala dos meninos com deficiência auditiva, só há momentos de pequeno grupo pois são só 3 meninos. Sentam-se todos na mesa e o R.V. costuma ficar ao colo da mãe ou então numa cadeira sozinho. Ele tenta apanhar tudo o que estiver ao seu alcance e está sempre muito atento ao que está a acontecer em seu redor. Os outros meninos gostam de brincar com ele, dispersando-se nas actividades que estão a realizar.
<b>Saída</b>	4	O R.V. sai, a maioria das vezes, ao colo da mãe e acena “adeus” por modelagem e imitação do modelo da mãe.

No que concerne à entrevista realizada à família, salienta-se que nenhuma das rotinas é considerada como um momento dia stressante pelo que a mãe não sentiu necessidade de se intervir ou priorizar as mesmas.

**Quadro 5 – Entrevista baseada nas rotinas (EBR).**

<b>ROTINA</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>	<b>PRIORIDADES</b>
<b>Acordar</b>	4	“Acorda sozinho e começa a chorar para chamara atenção e irem ter com ele.”	
<b>Vestir/Despir</b>	4	“Ele não se veste nem se despe sozinho e também não chora quando eu lhe estou a vestir ou despir.”	
<b>Alimentação</b>	4	“Come muito bem e de tudo. Mas agora já começa a fazer algumas birritas para comer a sopa mas eu meto-lhe na boca e ele come.”	

**Quadro 5** – Entrevista baseada nas rotinas (EBR) (CONTINUAÇÃO).

<b>Viajar</b>	4	“Ele gosta muito de andar de carro, e porta-se bem.”	
<b>Banho</b>	5	“Adora tomar banho e brincar com a água mas agora neste tempo eu não o deixo brincar porque é muito frio e ele pode ficar doente.”	
<b>Dormir</b>	4	“Eu visto-lhe o pijama e deito-o ao pé de mim e ele adormece rápido, depois levo-o para a caminha dele e ele fica bem até de manhã.”	

## 5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DA FAMÍLIA

No que concerne à avaliação das necessidades, redes de apoio e recursos existentes, formais e informais, que sustentam o apoio à família, esta é uma das etapas que preconiza os modelos de intervenção precoce, como foi visto anteriormente com Bronfenbrenner (1979).

De modo a obter-se o máximo de informação acerca do microsistema da família utilizaram-se vários instrumentos adequados, nos dias 11 e 18 de Março de 2010, nomeadamente o Ecomapa, a Escala de Avaliação de Apoio Social à Família, a Escala das Funções de Apoio, a Escala das Necessidades da Família e a Escala dos Recursos da Família.

Seguidamente será apresentado o Ecomapa e o que se pode concluir da análise das escalas, acima enunciadas, é que a família se encontra numa situação delicada. O Pai possui um emprego precário, só tento trabalho em Angola quando a empresa tem actividade de construção civil nesse país, e a Mãe é doméstica.

A habitação tem sido construída por ambos ao longo dos últimos anos e quando têm possibilidades financeiras para o fazer, pelo que só tem dois quartos, uma cozinha e um quarto de banho, não estando os quartos e a sala completamente mobilados.

A família não apresenta muitos recursos e parece não poder contar com a ajuda e o apoio da maioria dos familiares dadas as suas relações pouco aprazíveis,

uma vez que os pais são primos em primeiro grau, no entanto a nível médico, terapêutico, educacional e de solidariedade social parecem estar bastantes satisfeitos.

### 5.1. ECOMAPA

O Ecomapa foi elaborado, em conjunto, com família no sentido de se analisar as redes de apoio, formal e informal, que sustentam a mesma.

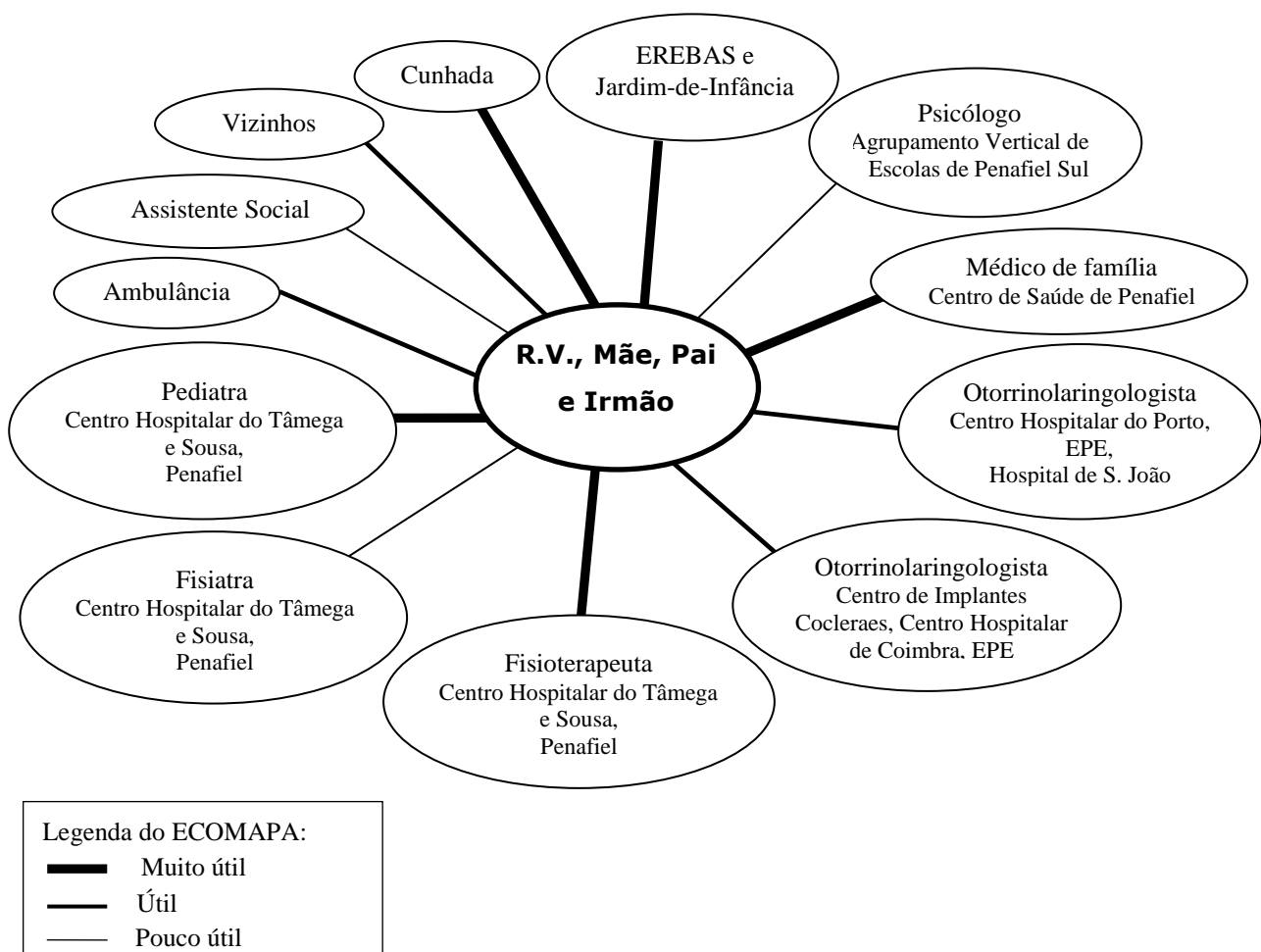


Fig. 17. EcoMapa da Família.

## 6. PLANO INDIVIDUALIZADO DE APOIO À FAMÍLIA (PIAF)

O Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) tem como intuito servir de linha de orientação para a intervenção, ou seja, após a análise de todas as informações e avaliações realizadas à criança e à família, elaboram-se objectivos de intervenção de modo a potenciar o desenvolvimento dos pontos fracos da criança, tendo em conta as prioridades da família e não dos técnicos intervenientes.

Este princípio de priorizar os objectivos de acordo com as necessidades da criança e da família é um traço distintivo entre a intervenção precoce e a intervenção com jovens ou adultos pois é só ao nível da intervenção precoce que existe legislação e se preconiza este modelo de intervenção dado que, enquanto profissionais de reabilitação, os técnicos não são ensinados a atender às necessidades da família mas sim são ensinados e habilitados a reabilitarem as mais diversas problemáticas físicas. Logo, quando um técnico avalia uma criança com atraso de desenvolvimento elabora logo um conjunto de objectivos de intervenção tendo em vista alcançar, dentro das especificidades de cada problemática, um desenvolvimento normal.

Após a análise e a observação do desenvolvimento e das competências do R.V., procedeu-se à elaboração conjunta do PIAF (ver Quadro 6), havendo necessidade de priorizar a intervenção e os objectivos da família.

A equipa de elaboração e implementação do PIAF é constituída pelos seguintes elementos: Mãe do R.V., Docente de Educação Especial (E.E.), Terapeuta da Fala, Formadora de Língua Gestual (LGP) e Fisioterapeuta.

Os objectivos do PIAF serão implementados nos seguintes contextos: casa e Jardim-de-Infância.



**Quadro 6 – Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF).**

<b>O R.V. EM ABRIL DE 2010...</b>	
<p><b><i>É capaz de...</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caminhar agarrado à mobília e empurra objectos com rodas;</li> <li>- Subir escadas de gatas e desce de “rabo”;</li> <li>- Virar várias páginas, de cada vez, um livro;</li> <li>- Construir uma torre de 2 cubos;</li> <li>- Tirar a tampa dos marcadores grossos; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rabiscar para cá e para lá;</li> </ul> </li> <li>- Apontar com o dedo indicador com precisão para um pequeno objecto;</li> <li>- Agarrar a mão do adulto para pedir algo (p.e. frigorífico - iogurte);</li> <li>- Pedir colo, levantando os braços;</li> <li>- Mostrar interesse por gravuras;</li> <li>- Compreender o “não” e “adeus”;</li> <li>- Produzir sons guturais ocasionais;</li> <li>- Rir durante o jogo;</li> <li>- Palrar continuamente para atrair atenção;</li> <li>- Ser curioso e atento às pessoas, objectos e acontecimentos à sua volta;</li> <li>- Explorar as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos com interesse;</li> <li>- Brincar sozinho perto da pessoa familiar;</li> <li>- Empurrar e puxar grandes objectos com facilidade;</li> </ul>	<p><b><i>Tem dificuldade em...</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caminhar sozinho, com os pés afastados e braços levantados para se equilibrar;</li> <li>- Construir uma torre de 3 cubos;</li> <li>- Fazer rabisco circular;</li> <li>- Reconhecer detalhes em livros e gravuras;</li> <li>- Reconhecer o seu próprio nome;</li> <li>- Compreender os nomes das pessoas ou objectos familiares;</li> <li>- Pedir algo que queira;</li> <li>- Seleccionar dois objectos a pedido;</li> <li>- Apontar para duas partes do corpo;</li> <li>- Imitar gestos dos adultos;</li> <li>- Produzir um gesto com significado;</li> <li>- Imitar actividades simples da vida diária;</li> <li>- Resistir e retaliar quando contrariado;</li> <li>- Comer com colher sem entornar;</li> <li>- Dar sinal antes de fazer as suas necessidades.</li> </ul>

**Quadro 6 – Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) (CONTINUAÇÃO).**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurar na colher, leva-a á boca mas não consegue deixar de entornar;</li> <li>- Segurar na chávena com ambas as mãos e beber sem entornar muito;</li> <li>- Dar sinal quando está molhado ou com fezes.</li> </ul>	
<b>O QUE TEM DE BOM A NOSSA FAMÍLIA...</b>	
Março de 2010	“A ligação que temos.”
<b>O QUE NOS PREOCUPA...</b>	
Março de 2010	“O R.V. não conseguir dizer o quer.”
<b>O QUE PRECISAMOS DE RESOLVER:</b>	<b>PORQUE É IMPORTANTE:</b>
<b><i>Agora</i></b>	
Que o R.V. seja capaz de pedir através gesto do “dá”qualquer coisa que queira.	O R.V. já aponta para o que quer mas o próximo passo é pedir intencionalmente utilizando o gesto que simboliza esse o pedido.
Contactar com o Médico Otorrinolaringologista do Centro Hospitalar de Coimbra.	Averiguar como está a decorrer o processo para realização da cirurgia para colocação de Implante Coclear.
Contactar com o serviço Fisioterapia, do Hospital Vale do Sousa.	Obter informação acerca do desenvolvimento motor do R.V. e do trabalho que está a ser realizado com o mesmo.
Contactar a Câmara Municipal de Penafiel.	Obter informação acerca da disponibilização de ajudas monetárias e de mobiliário para a família.

**Quadro 6** – Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) (CONTINUAÇÃO).



<b>Mais tarde</b>		
Contactar os serviços de Acção Social da Câmara Municipal de Penafiel.	Preocupação com o serviço de transporte no próximo ano lectivo porque as diligências são muito burocráticas; tentar que o serviço de transporte venha trazer e buscar à escola.	
Contactar a Direcção Regional de educação do Norte.	Fazer um requerimento para o R.V. ingressar mais precocemente no Jardim-de-Infância de Referência para Alunos Surdos deste Agrupamento.	
<b>O QUE PRECISAMOS RESOLVER...</b>		
<b>O que é preciso fazer</b>	<b>Quem faz</b>	<b>O que conseguimos</b>
O R.V. deverá ser capaz de pedir, através gesto do “dá”, qualquer coisa que queira.	Terapeuta da Fala e Formadora de LGP.	
O R.V. deverá adquirir oito gestos de modo a começar a satisfazer as suas necessidades. No Quadro 7, será apresentado o plano de gestos a implementar com o R.V. nas nove sessões programadas.	Terapeuta da Fala, Formadora de LGP e Docente E.E.	
O R.V. deverá juntar objectos semelhantes.	Terapeuta da Fala, Formadora de LGP e Docente E.E.	
O R.V. deverá imitar o adulto em tarefas simples.	Terapeuta da Fala, Formadora de LGP e Docente E.E.	
O R.V. deverá adquirir equilíbrio na posição bípede e começar a caminhar sem apoio.	Fisioterapeuta.	

**Quadro 6** – Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) (CONTINUAÇÃO).




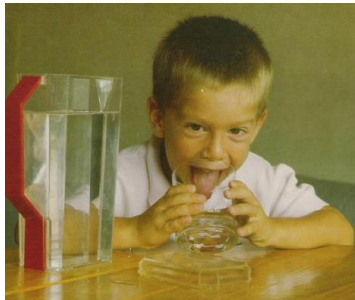


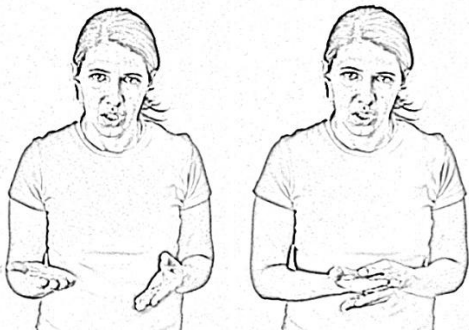

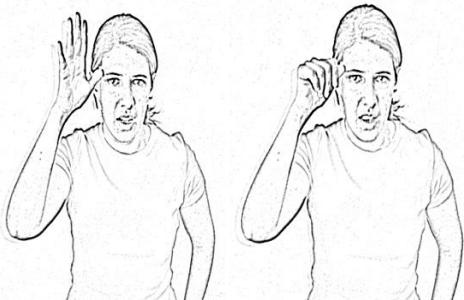

Entrar em contacto com o Médico ORL do Centro Hospitalar de Coimbra.	Docente E.E.	
Entrar em contacto com a Câmara Municipal de Penafiel.	Docente E.E.	
Entrar em contacto com a Direcção Regional de educação do Norte.	Docente E.E.	
Entrar em contacto com os serviços de Acção Social da Câmara Municipal de Penafiel.	Docente E.E.	

Como foi referido anteriormente, foram programadas nove sessões de intervenção com o R.V. pelo que se decidiu a implementação de um gesto por sessão. No final de cada sessão, cada imagem trabalhada foi fornecida à mãe para que ela adquirisse o respectivo gesto. Todos os gestos planificados serão apresentados no quadro abaixo.







**Quadro 7** – Planificação dos gestos a implementar.

Gesto	Imagem do gesto	Imagem gráfica
<b>Dar</b>		

**Quadro 7 – Planificação dos gestos a implementar (CONTINUAÇÃO).**

<p><b>Comer</b></p>		
<p><b>Beber</b></p>		
<p><b>Água</b></p>		
<p><b>Pão</b></p>		
<p><b>Leite</b></p>		

**Quadro 7 –** Planificação dos gestos a implementar (CONTINUAÇÃO).

<b>Dormir</b>		
<b>Carro</b>		
<b>Bola</b>		

### 6.1. IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO INDIVIDUALIZADO DE APOIO À FAMÍLIA

Após a elaboração do Plano Individualizado de Apoio à Família, pela equipa, é necessário colocar o mesmo em prática para que responda às preocupações, prioridades e necessidades da criança e da família.

Neste seguimento, apresentaremos os registos das quatro sessões realizadas referindo o contexto, os intervenientes, o objectivo, as actividades e o resultado.

- **Registo da primeira sessão realizado no dia 06/05/2010:**

- *Contexto:* Jardim-de-Infância.
- *Intervenientes:* Mãe, Terapeuta da Fala e Formadora de LGP.
- *Objectivo:* O R.V. deverá ser capaz de pedir, através gesto do “dá”, qualquer coisa que queira.
- *Interacção:* Em situação de brincadeira, a Terapeuta da Fala e a Formadora de LGP iniciaram, com o R.V. e a mãe, a introdução do gesto “dá”. A Formadora interagiu directamente com o R.V., recorrendo a brinquedos (copo, carro, bola) e livros, enquanto a Terapeuta ajudava a mãe na execução do gesto “dá”.
- *Resultado:* O R.V. não realizou o gesto “dá” nem manifestou intenção em executar os gesto contudo utilizou o apontar para pedir. Quanto à mãe, conseguiu fazer o gesto embora com algumas limitações de movimento pois não apresente grande destreza manual.

- **Registo da segunda sessão realizado no dia 20/05/2010:**

- *Contexto:* Jardim-de-Infância.
- *Intervenientes:* Mãe, Docente de E.E. e Formadora de LGP.
- *Objectivo:* 1) O R.V. deverá ser capaz de pedir, através gesto do “dá”, qualquer coisa que queira.  
2) O R.V. deverá adquirir o gesto “comer”, de modo a começar a satisfazer as suas necessidades.
- *Interacção:* A Formadora interagiu directamente com o R.V., recorrendo a livros, alimentos em miniatura e reais (pão e bolachas). A Docente de E.E. também interagiu com o R.V. embora estivesse a apoiar a mãe na execução dos gestos. A Formadora executou os gestos “comer”, “pão”

e “dá” de forma sistemática e modelou e moldou a mão do R.V. para a produção dos gestos.

- *Resultado*: O R.V. não manifestou qualquer intenção de iniciação dos gestos. Relativamente à mãe, conseguiu, com muitas limitações, fazer os gestos. A mãe levou, para casa, as imagens dos gestos, para treinar e ensinar ao R.V.
  
- **Registo da terceira sessão realizada no dia 27/05/2010:**
  - Contexto: Jardim-de-Infância.
  
  - *Intervenientes*: Mãe, Terapeuta da Fala e Formadora de LGP.
  
  - *Objectivo*: 1) O R.V. deverá ser capaz de pedir, através gesto do “dá”, qualquer coisa que queira.  
2) O R.V. deverá adquirir o gesto “beber”, de modo a começar a satisfazer as suas necessidades.
  
  - *Interação*: A Formadora interagiu directamente com o R.V., recorrendo a livros, objectos em miniatura e reais (copo, boneca e biberão) e executou os gestos “beber”, “copo” e “dá”, de forma sistemática, em situação de brincadeira. A Formadora modelou e moldou a mão do R.V. para a produção dos gestos. A Terapeuta auxiliou a interação entre a mãe e o R.V., no jogo simbólico “dar o biberão ao bebé” e ajudou a mãe na execução dos gestos.
  
  - *Resultados*: O R.V. não manifestou qualquer iniciação aos gestos mas, por outro lado, executou perfeitamente o jogo simbólico “dar o biberão ao bebé”. A mãe começa a mostrar uma maior destreza manual para a execução do gesto e levou, para casa, as imagens dos gestos trabalhados.



- **Registo da quarta sessão realizada no dia 17/06/2010:**

- Contexto: Casa

- *Intervenientes*: Mãe e Terapeuta da Fala.

- *Objectivo*: 1) O R.V. deverá ser capaz de pedir, através gesto do “dá”, qualquer coisa que queira.

- 2) O R.V. deverá adquirir o gesto “bola”, de modo a começar a satisfazer as suas necessidades.

- *Interacção*: A Terapeuta interagiu com o R.V. e com a mãe, objectos em miniatura (bola, carro, mota, boneco) e executou o gesto de “dá” e “bola” de forma sistemática. Também modelou e moldou a mão do R.V. e da mãe para executarem os gestos. Em situação de jogo, a Terapeuta orientou a mãe brincar com o bebé, por exemplo, a Terapeuta moldou o gesto “dá” no R.V., a mãe atirou-lhe a bola, a Terapeuta ajudou-o a apanhar, esperar e voltar a atirar para a mãe quando ela lhe pedir com o gesto “dá”.

- *Resultado*: O R.V. executou o gesto “dá” na situação de jogo com a bola no entanto teve alguma dificuldade em realizar a espera, mas é normal na sua faixa etária. A mãe começa demonstrar um maior à vontade quer para a realização de gestos quer para a interacção com o seu filho.

Após o encontro do dia 17 de Junho de 2010, o PIAF teve de ser interrompido pois o R.V. e a mãe tiveram de ser deslocar várias vezes ao Centro Hospitalar de Coimbra para efectuarem os exames necessários para a realização de cirurgia para a colocação de implante coclear.

Como o plano inicial foi elaborado para nove sessões e de só ter sido possível a realização de quatro sessões, de modo a enriquecer este estudo, seguidamente, descreveremos os passos, de acordo com a literatura disponível, do período pré e pós-operatório da cirurgia para colocação de implante coclear (Copovilla e Raphael, 2001).

- **1º – Apreciação do candidato:**
  - O candidato efectua uma serie de avaliações (médicas, psicológicas, audiométricas...) para verificar se é ou não elegível para a colocação do implante;
  
- **2º – Selecção:**
  - Após a análise do historial clínico e dos resultados dos exames médicos, o candidato é seleccionado ou rejeitado para a colocação do implante;
  
- **3º – Pré-operatório:**
  - Após ser seleccionado, o candidato realiza os exames complementares que antecedem uma cirurgia e o deverá dar entrada no hospital na véspera da realização da cirurgia. No caso do R.V., ele deu entrada no hospital a 5 de Julho de 2010.
  
- **4º – Cirurgia:**
  - A cirurgia é realizada sob anestesia geral e esta tem como objectivo a colocação dos eléctrodos na cóclea. O R.V. realizou cirurgia a 6 de Julho de 2010.
  
- **5º – Pós-operatório:**
  - O candidato, agora implantado, permanece internado no hospital cerca de três dias, regressando, depois, a casa pelo período de uma semana até cicatrizar a incisão e no final dessa semana, retorna ao hospital para se observar se está a cicatrizar bem e para retirar os pontos.
  - De seguida, volta novamente para casa, pelo período de quatro ou cinco semanas, tempo necessário para verificarem a ocorrência de complicações (rejeição dos eléctrodos pelo organismo, infecções...), diminuir o edema e para os tecidos cicatrizarem totalmente. O R.V. encontra-se neste momento nesta fase.

- **6º – Programação do Implante Coclear:**

- Após este período de repouso, regressa novamente ao hospital para se efectuar a programação dos eléctrodos do implante coclear. O processo de programação é moroso, levando em média três meses até estar concluído. Durante este período, o implantado permanece com a mãe/cuidador, no hospital, durante a semana, podendo regressar a casa ao fim-de-semana.

- Durante este período, também se dá início à Terapia da Fala, que além da estimulação das habilidades auditivas (detecção, identificação, discriminação, reconhecimento e compreensão do som), da linguagem e da fala também presta o seu contributo na programação do nível de estimulação eléctrica (intensidade, qualidade do som).

- Paralelamente a todo este processo, a mãe/cuidador é instruída quanto à utilização e manutenção dos componentes externos do dispositivo electrónico e serão dadas orientações para estimular a audição, fala e linguagem.

- Quando a programação do implante coclear estiver concluída ambos podem regressar a casa, devendo, anualmente, deslocar-se ao hospital para realizar as consulta de acompanhamento (Audiologia, Otorrinolaringologia e Terapia da Fala).

- A partir deste momento o implantado deve passar a usufruir de acompanhamento ao nível da terapia da fala, para continuar a estimulação das habilidades auditivas (detecção, identificação, discriminação, reconhecimento e compreensão do som), da linguagem e da fala. Inicialmente o acompanhamento deverá ser, no mínimo, de três sessões por semana, sendo o número de sessões reduzido progressivamente de acordo com a evolução registada.

No caso do R.V., este processo finalizar-se-á em finais de Novembro e o R.V. e a mãe poderão então regressar a casa e só terão de se deslocar a Coimbra, anualmente, para realizarem as consultas de acompanhamento.

Em meados de Dezembro, o R.V. ingressará no jardim-de-infância de Boavista-Santiago, na sala onde estão as crianças com deficiência auditiva, onde beneficiará

de Educação Especial, Formação em Língua gestual Portuguesa e Terapia da Fala, até ao final do ano lectivo.

Nessa fase, será elaborado um novo Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) pois os objectivos traçados anteriormente já não corresponderão às suas necessidades, ou seja, anteriormente os objectivos visavam principalmente a aquisição do gesto como forma de comunicação e passarão a visar o desenvolvimento da comunicação, das competências linguísticas e em especial o desenvolvimento da fala como forma privilegiada de comunicação.

Por último, apresentaremos, seguidamente, os objectivos do PIAF após a avaliação dos que foram ou não alcançados. E também, o cronograma das intervenções realizadas a partir do momento que o R.V. e a mãe se deslocaram ao Jardim-de-Infância até à interrupção de final de ano, para desta forma, se verificar o porquê de só ter havido quatro sessões intervenção com a criança.

**Quadro 8** – Avaliação do Plano Individualizado de Apoio à Família.

<b>O QUE PRECISAMOS RESOLVER...</b>		
<b><i>O que é preciso fazer</i></b>	<b><i>Quem faz</i></b>	<b><i>O que conseguimos</i></b>
O R.V. deverá ser capaz de pedir, através gesto do “dá”, qualquer coisa que queira.	Terapeuta da Fala e Formadora de LGP.	O R.V. começou a fazer o gesto dá embora ainda não seja espontâneo.
O R.V. deverá adquirir oito gestos de modo a começar a satisfazer as suas necessidades.	Terapeuta da Fala, Formadora de LGP e Docente E.E.	Dos três gestos implementados, o R.V. não mostrou iniciação a nenhum deles, durante as sessões.
O R.V. deverá juntar objectos semelhantes.	Terapeuta da Fala, Formadora de LGP e Docente E.E.	Em três objectos, o R.V. juntou copos em miniatura.
O R.V. deverá imitar o adulto em tarefas simples.	Terapeuta da Fala, Formadora de LGP e Docente E.E.	O R.V. começou a executar o jogo simbólico e deu o copo ao bebé (boneco) para ele beber.
O R.V. deverá adquirir equilíbrio na posição bípede e começar a caminhar sem apoio.	Fisioterapeuta.	Ao longo das sessões de fisioterapia, o R.V. começou a adquirir mais equilíbrio e a dar os primeiros passos sem apoio.

**Quadro 8** – Avaliação do Plano Individualizado de Apoio À Família (CONTINUAÇÃO).

Entrar em contacto com o Médico ORL do Centro Hospitalar de Coimbra.	Docente E.E.	O R.V. realizará, em Julho, a cirurgia para colocação de implante coclear.
Entrar em contacto com a Câmara Municipal de Penafiel.	Docente E.E.	Não foi possível obter, neste momento, apoio da Câmara Municipal contudo através de uma doação anónima foi possível entregar à família duas estantes de madeira.
Entrar em contacto com a Direcção Regional de educação do Norte.	Docente E.E.	Foi enviado, em Junho, o pedido de ingresso no Jardim-de-infância, por carta registada, no entanto ainda não obtivemos resposta.
Entrar em contacto com os serviços de Acção Social da Câmara Municipal de Penafiel.	Docente E.E.	O pedido de transporte será processado no início do próximo ano lectivo, 2010/2011.

**Quadro 9** – Cronograma.

<b>Data</b>	<b>Objectivos:</b>
03/03/2010	Visita do R.V. e da mãe ao JI Boavista-Santiago.
11/03/2010	Avaliação das necessidades, redes de apoio e recursos existentes, formais e informais, que sustentam a família e elaboração do ecomapa.
18/03/2010	Continuação da avaliação das necessidades, redes de apoio e recursos existentes, formais e informais, que sustentam a família e elaboração do ecomapa.
25/03/2010	Avaliação do desenvolvimento: “ <i>Schedule of Growing Skills II</i> ” (Bellman, Lingam, e Aukett, 1987).
30/03/2010	Continuação da avaliação do desenvolvimento: “ <i>Schedule of Growing Skills II</i> ” (Bellman, Lingam, e Aukett, 1987).
01/04/2010	Interrupção lectiva da Páscoa.
08/04/2010	Interrupção lectiva da Páscoa.

**Quadro 9 – Cronograma (CONTINUAÇÃO)**

15/04/2010	Avaliação da comunicação e linguagem: “ <i>Pre-verbal Communication Schedule</i> ” (Kieman e Reid, 1987) e Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem (Santos, 2002).
22/04/2010	Avaliação da pragmática: “ <i>Language Use Inventory: An Assessment for Young Children’s Pragmatic Language</i> ” (O’Neill, 2009).
29/04/2010	Os alunos, professores e técnicos da Escola de Referência de Educação Bilingue para Alunos Surdos de Penafiel, deslocaram-se a Lameças-Braga, para a Comemoração do Dia Nacional da Educação do Aluno Surdo.
06/05/2010	Intervenção em contexto jardim-de-infância.
13/05/2010	Tolerância de ponto na função pública devido á visita do Papa a Portugal.
20/05/2010	Intervenção em contexto jardim-de-infância.
27/05/2010	Intervenção em contexto jardim-de-infância.
03/06/2010	Feriado – Corpo de Deus.
10/06/2010	Feriado – Dia de Portugal.
17/06/2010	Intervenção em contexto casa.
24/06/2010	O R.V. e a mãe deslocaram-se ao Centro Hospitalar de Coimbra para realizarem os exames imagiológicos (Ressonância Magnética).
01/07/2010	O R.V. e a mãe deslocaram-se ao Centro Hospitalar de Coimbra para realizarem os exames pré-operatórios necessários para a colocação de implante coclear.
07/07/2010	Interrupção lectiva de final de ano.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em primeiro lugar, salientamos a pertinência deste estudo de caso dado que assenta num Plano Individualizado de Apoio à Família elaborado e implementado para por uma equipa transdisciplinar, constituída por técnicos com especialização na área da deficiência auditiva (Terapeuta da Fala, Docente de Educação Especial e

Formadora de Língua Gestual Portuguesa) e intervenção precoce (Terapeuta da Fala), vinculadas a um Agrupamento de Referência para a Educação de Alunos Surdos. E, em Portugal, as equipas de intervenção precoce além de estarem, normalmente, ligadas a Instituições Particulares de Solidariedade Social, têm formação em intervenção precoce mas não especificamente na área da deficiência auditiva e como tal o Formador de Língua Gestual Portuguesa não é um elemento da equipa.

Em segundo lugar, evidenciamos a articulação e eficácia dos serviços de intervenção precoce que permitiram, ao R.V., o diagnóstico precoce de deficiência auditiva e rápida ilegibilidade para a realização de cirurgia para colocação do implante coclear.

Em terceiro lugar, não poderíamos deixar de realçar o facto de o R.V. ter sido diagnosticado tão precocemente, aos quinze meses, e de este aspecto ter sido benéfico para o seu desenvolvimento pois, quanto mais precoce for a intervenção, maior serão as possibilidades de aproximação a um desenvolvimento normal da linguagem. Actualmente constatámos que, cada vez mais, as crianças com deficiência auditiva são diagnosticadas precocemente, contudo ainda existem muitas crianças que só são diagnosticadas depois dos dois anos, prejudicando exponencialmente a aquisição das competências linguísticas. E, quanto mais tarde for diagnosticada maior será o atraso do desenvolvimento linguístico.

Posto isto, o R.V. e a sua mãe, beneficiaram da intervenção que foi levado a cabo por toda a equipa, principalmente, porque permitiu que a mãe tivesse um contacto próximo com a língua gestual portuguesa (LGP) que é a língua materna do seu filho mais velho e que ela não domina, de todo. Nas informações obtidas junto da mãe, num dos primeiros contactos com a equipa, esta foi uma das necessidades que ela exprimiu, afirmando mesmo “eu não consigo comunicar com o meu filho mais velho”.

Esta urgente necessidade, da mãe conseguir comunicar eficazmente com o seu filho, levou-nos a reflectir na importância da presença do Formador de Língua Gestual Portuguesa nas equipas transdisciplinares, que apoiam as famílias e crianças com deficiência auditiva. Pois, se a criança apresenta este tipo privação sensorial, ou seja, uma deficiência auditiva severa ou profunda, muito dificilmente conseguirá desenvolver linguagem oral sem ajudas técnicas e até ser diagnosticada,

irá perder uma série de experiências comunicativas e linguísticas, que poderão ser minimizadas caso comece a utilizar o gesto para comunicar.

Como o trabalho realizado teve, sempre, em conta as práticas centradas na família, durante este período, tentamos responder a algumas das necessidades desta família. Realçamos o facto de que após alguns apelos, a equipa conseguiu a doação de duas estantes de madeira, por uma pessoa anónima. E, a Formadora de Língua Gestual Portuguesa mostrou-se disponível para ensinar LGP à família (mãe e pai) de modo a suprimir as barreiras comunicativas que existem entre eles e o irmão do R.V..

Quanto aos resultados obtidos, podemos concluir que o R.V. adquiriu o gesto “dá” durante o período de intervenção e que provavelmente iria adquirir os restantes gestos pois à semelhança do que acontece com a linguagem oral, primeiro a criança compreende e só depois é que expressa.

Ao nível da pragmática, verifica-se que o R.V. apresenta algumas funções comunicativas, nomeadamente, o contacto ocular, o uso do apontar para pedir, realiza os turnos de comunicação e apresenta intenção comunicativa. Contudo, verifica-se um atraso nesta e nas restantes componentes da linguagem devido à perda auditiva e à falta de experiências vivenciadas.

Em suma, apesar do presente estudo não ter tido como propósito generalizar os comportamentos linguísticos desta criança às crianças com deficiência auditiva, chamou-nos a atenção para a importância da realização de futuros estudos que foquem o desenvolvimento da pragmática, na deficiência auditiva, para assim se verificar se existem diferenças como as que nos deparamos e se estas se continuam se a manifestar ao longo do desenvolvimento, que ao nível da componente pragmática quer ao nível das restantes componentes da linguagem.

Relativamente ao trabalho em equipa pode concluir-se que nem sempre é fácil trabalhar em parceria com outras pessoas. Cada pessoa tem opiniões e experiências diferentes, no entanto se houver confiança, partilha e respeito pelo outro o nosso trabalho torna-se mais rico. Esta equipa já tem dois anos experiência de trabalho em conjunto e como tal já conseguem ter uma abertura e cumplicidade que permitiram que o trabalho se desenvolve-se de acordo com a dinâmica exigida por este estudo.



## **CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO**

O presente trabalho partiu do estudo de uma criança, de dezoito meses, com deficiência auditiva, que iniciou intervenção junto de uma equipa transdisciplinar constituída, na sua maioria, por técnicos de um Agrupamento de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos. Ao longo deste trabalho, designamos a intervenção realizada de intervenção precoce pois esta, segundo vários autores (Dunst, 2000, Meisels e Shonkff, 2000), consiste na prestação de recursos e de serviços às famílias de crianças, dos zero e aos seis anos, com necessidades especiais, por parte dos membros de redes sociais, de apoio formal e informal, que influenciam directa e indirectamente o funcionamento da criança e da família.

Neste sentido, para a execução do mesmo, houve a necessidade de se realizar uma morosa e extensa pesquisa bibliográfica, o mais contemporânea possível de modo a enquadrarmos, o melhor possível, o nosso estudo de caso e assim, podermos aferir algumas conclusões tendo uma base teórica que as sustentem.

A luz do que se tem investigado acerca do desenvolvimento da linguagem, a nossa recolha de literatura acerca desta temática teve como intuito averiguar se as competências desta criança se enquadravam dentro do padrão normal do desenvolvimento da linguagem. E, como se esperava, o menino apresenta um atraso em todas as componentes linguísticas (semântica, morfossintaxe, fonologia e pragmática) devido, em grande parte, pelo défice sensorial que apresenta e que não permite que ele adquira tais competências de forma natural e espontânea através das experiências que lhe são proporcionadas, diariamente, pelos seus parceiros de comunicação.

O capítulo relativo à deficiência auditiva permite, ao leitor, um melhor conhecimento da mesma pois dentro deste, abrangente conceito, encontramos desde as deficiências auditivas de grau leve que pouco influenciam a aquisição de competências linguísticas até, às deficiências auditivas profundas que impossibilitam a aquisição de tais competências sem o recurso a ajudas técnicas (prótese ou implante coclear) e profissionais (terapias e educação especial).

Na sequência do enquadramento teórico, não poderíamos deixar de abordar a temática das práticas centradas na família por se tratar de uma criança em idade precoce. Os princípios subjacentes a esta filosofia contribuíram, significativamente, na forma como foi conduzido todo o processo. Para podermos obter bons resultados com a intervenção temos de ter a família como nossa aliada desde o início do processo, pois da mesma forma que os técnicos possuem o conhecimento teórico,

sobre determinadas patologias, a família possui o conhecimento empírico da sua criança.

Este motivo é tão válido, que podemos sustentá-lo apenas com dois argumentos. O primeiro é que a família é quem melhor conhece a criança, isto é, apresenta um maior conhecimento acerca do funcionamento da criança nas actividades da vida diária e os técnicos só têm o conhecimento de como a criança funciona e se adapta às actividades propostas em determinado contexto.

E o segundo, é que é no seio da família que a criança passa a maior parte do seu tempo e não com os técnicos por isso, se conseguirmos habilitar e capacitar as famílias para cuidarem, estimularem e responderem adequadamente às necessidades dos seus filhos, também conseguiremos maximizar e potenciar as capacidades e competências da criança.

Posto isto, a nossa abordagem com esta família nunca descorou as necessidades e prioridades assinaladas pela mesma. Quando a família mostrou satisfação ao começar a ver respondidas as suas necessidades e prioridades, nomeadamente ao nível da comunicação e bens para a casa, foi para nós uma enorme satisfação e sensação de que o nosso trabalho estava a ser importante para aquela família e que estava a contribuir para a sua felicidade.

Salientamos este aspecto como, o mais importante no nosso trabalho e segundo Serrano (2007) um dos papéis relevantes na planificação e implementação de serviços de intervenção precoce de qualidade para crianças e famílias é o conhecimento acerca das redes de apoio social à família, entre outras variáveis, que influenciam o desenvolvimento da criança.

Como o desenrolar de todo este processo e a nossa abordagem ocorreu em contexto Jardim-de-Infância, embora que com dezoito meses o R.V. deveria estar numa creche no entanto, ele foi encaminhado para o referido Jardim-de-Infância por este fazer parte da rede nacional de Escolas de Referência para a Educação Bilingue de crianças com deficiência auditiva. Logo, não poderíamos descurar o que se tem preconizado ao nível das práticas de educação em crianças com deficiência auditiva.

Neste sentido, ao longo do enquadramento teórico, fomos fazendo referência quer aos paradigmas de educação das crianças com deficiência auditiva, ao longo dos últimos séculos, quer à legislação portuguesa, actualmente em vigor, o Decreto-

Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, que tenta proteger, orientar e regulamentar os métodos, meios e forma de ensino destas crianças.

Embora não tendo sido feita uma descrição aprofundada do conceito de inclusão, porque em investigação temos de abordar as questões centrais não podendo desenvolver todas as temáticas, este conceito foi sempre tido em conta e como tal achamos por bem referi-lo nesta fase.

Ao longo das últimas décadas, muito se tem preconizado relativamente à inclusão de crianças com necessidades educativas especiais e fazendo uma breve perspectiva histórica, para chegarmos ao conceito de inclusão tivemos de passar primeiro pela segregação e posteriormente pela integração (Correia, 2008).

Actualmente, em Portugal, o Decreto-lei n.º3/2008, de 7 de Janeiro regulamenta a educação dos alunos com necessidades especiais, designadamente, os alunos com deficiência auditiva. A implementação do mesmo mostrou-se uma mais-valia para uniformização nacional da educação destes alunos, relativamente à equipa (Docente de Ensino Regular, Docente de Educação Especial, Formador de Língua Gestual Portuguesa, Interprete de Língua gestual) e metodologia de ensino (procedimentos de referenciação e avaliação; Programa Educativo Individual e Plano Individual de Transição; medidas educativas que poderão ser aplicadas; e modalidades específicas de educação) a que estes têm direito. Contudo, realçamos o facto de que só os alunos com deficiência auditiva que optam por uma modalidade ensino bilingue é que usufruem de tais regalias, dado que, têm de frequentar uma Escola de Referência de Educação Bilingue para Alunos Surdos, onde se concentram estes apoios.

Este aspecto, leva a que muitas crianças tenham de se deslocar para uma escola afastada da sua área de residência, perdendo o contacto com os seus pares e caso a distância entre casa-escola seja longa, estas crianças passam residir, durante a semana, num alojamento próximo da escola, regressando a casa aos fins-de-semana e nas interrupções lectivas.

Outro aspecto, desta modalidade de ensino, é o facto de estas crianças frequentarem a escola regular e integrarem uma turma de alunos com deficiência auditiva, ou seja, estão incluídos na escola mas não numa turma regular, o que levanta algumas questões ao nível da socialização com os pares da mesma idade.

Não nos cabe a nós nem temos como propósito analisar estas questões e a inclusão destas crianças mas consideramo-las importantes e pertinentes para a realização de futuros estudos.

Concluindo, após a realização deste trabalho, novas questões se levantam e dúvidas ficam por esclarecer. Assim, um dos aspectos que poderá merecer atenção para futuras investigações está relacionado com o facto de existirem diferenças entre o desenvolvimento da pragmática, nas crianças com e sem deficiência auditiva, ao longo dos primeiros anos de vida. Tal como verificamos no estudo, a nossa criança, aos dezoito meses, apresentava um atraso ao nível da pragmática devido às suas limitações comunicativas e à reduzida quantidade de interações com os pares.

Outra sugestão prende-se com a constituição das equipas de intervenção precoce que trabalham com crianças com deficiência auditiva. Analisar se a presença do Formador de Língua Gestual Portuguesa na equipa de intervenção precoce produz algum impacto na família e no desenvolvimento da criança com deficiência auditiva, em idades tão precoces. No nosso estudo, verificamos que foi uma mais-valia para a satisfação de uma das necessidades da família, nomeadamente a comunicação através da Língua Gestual Portuguesa com o filho mais velho e o início da aquisição do gesto, pelo R.V., como forma de comunicação.

Por último, analisar o impacto da modalidade de educação bilingue nas crianças com deficiência auditiva relativamente à inclusão escolar ao longo do seu percurso escolar, dado que, no estudo apresentado não foi possível verificar se a separação das crianças, com deficiência auditiva das crianças sem deficiência auditiva, produz algum impacto no desenvolvimento das relações e interações sociais com os seus pares da comunidade escolar e da sua própria comunidade (familiares e vizinhos da sua área de residência), designadamente, com as crianças sem deficiência auditiva.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Acosta, V., Moreno, A., Ramos, V., Quintana, A., & Espino, O. (2003). *Avaliação da linguagem – teoria e prática do processo de avaliação do comportamento linguístico infantil*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Aguado, G. (1995). *El desarrollo del lenguaje de 0 a 3 años: bases para un diseño curricular en la Educación Infantil*. Madrid: CEPE.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia de investigação em psicologia educação*. Braga: Psiquilibrios.
- American Speech-Language-Hearing Association*. (2010). Recuperado em 2010, Fevereiro 6, de [www.asha.org/public/speech/development/Pragmatics.htm](http://www.asha.org/public/speech/development/Pragmatics.htm).
- American Speech-Language-Hearing Association*. (2005). Recuperado em 2009, Setembro 20, de [www.asha.org/uploadedFiles/aud/InfoSeriesHearingLossTypes.pdf#search="hearing"](http://www.asha.org/uploadedFiles/aud/InfoSeriesHearingLossTypes.pdf#search=).
- Associação Portuguesa de Audiologistas*. (2010). Recuperado em 2010, Março 1 de <http://www.apta.org.pt>.
- Audix (2010). *Audix – Soluções transparentes em aparelhos auditivos*. Recuperado em 2010, Abril 9, de [www.audixbrasil.com.br/audix-audicao.audiograma.htm](http://www.audixbrasil.com.br/audix-audicao.audiograma.htm).
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1987). *The schedule of growing skills II: user's guide*. London: NFER.
- Bento, R., Miniti, A., & Marone, S. (1998). *Tratado de otologia*. São Paulo: Edusp.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1999). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Buckley, B. (2003). *Children's communication skills: from birth to five years*. London: Routledge.

- Castro, S., & Gomes, I. (2000). *Dificuldades de aprendizagem da língua materna*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Clingenpeel, B., & McWilliam, R. (2003). *Scale for the assessment of teachers' impressions of routines and engagement (SATIRE)*. Nashville: Vanderbilt University Medical Center.
- Copovilla, F., & Raphael, W. (2001). *Dicionário enciclopédico ilustrado trilingue da língua de sinais brasileira* (2ª ed., Vol. II). São Paulo: Edusp.
- Correia, L. (2008). *Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para pais e professores*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L., & Serrano, A. (2000). *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Porto: Porto Editora.
- Crais, E. (2007). Gesture development from an interactionist perspective. In R. Paul (Ed.), *Language disorders from a developmental perspective: essays in honor of Robin S. Chapman* (pp. 141-162). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cunha, C., & Cintra, L. (1993). *Breve gramática do português contemporâneo* (6ª ed). Lisboa: Edições João Sá da Costa.
- Decreto-Lei n.º 319/91, *Diário da República*, 1.ª Série - A, N.º 193, de 23 de Agosto de 1991.
- Decreto-Lei n.º 3/2008, *Diário da República*, 1.ª Série, N.º 4, de 7 de Janeiro de 2008.
- Decreto-Lei n.º 281/2009, *Diário da República*, 1.ª Série, N.º 193, de 6 de Outubro de 2009.



Despacho Conjunto n.º 891/99, *Diário da República*, 2.ª Série, N.º 244, de 19 de Outubro de 1999.

Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2008). *Educação especial: manual de apoio à prática*. Lisboa: Ministério da Educação.

Dewart, H., & Summers, S. (1995). *The pragmatics profile of everyday communication skills in children* (2ª ed.). Windsor: NFER Nelson.

Dunst, C. (2000). Apoiar e capacitar as famílias em intervenção precoce: O que aprendemos? In L. Correia, & A. Serrano, *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas família* (pp. 77-92). Porto: Porto Editora.

Fenson, L., Marchman, V., Thal, D., Dale, P., Reznick, S., & Bates, E. (2003). *MacArthur-bates communicative development inventories (CDIs)* (2ª ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Franco, M., Reis, M., & Gil, T. (2003). *Comunicação, linguagem e fala: perturbações específicas de linguagem em contexto escolar – fundamentos*. Lisboa: Ministério da Educação: Departamento de Educação Básica.

Fromkin, V., & Rodman, R. (1993). *Introdução à linguagem*. Coimbra: Almedina.

Gaes. (2010). *GAES – Centros Auditivos*. Recuperado em 2001, Abril 9, de [www.gaes.pt/pt/Os\\_implantes\\_auditivos/2/de\\_que\\_partes\\_constam](http://www.gaes.pt/pt/Os_implantes_auditivos/2/de_que_partes_constam).

Garbarino, J., & Abramowitz, H. (1992). The ecology of human development. In J. e. Garbarino, *Children and families in the social environment* (2ª ed., pp. 11-33). Nova Iorque: Aldine de Gruyter.

- Gates, G., & Miyamoto, R. (2003). Cochlear implants. *The New England Journal of Medicine*, 349(5), pp. 421-423. Recuperado em 2010, Fevereiro 28, de [www.nejm.org](http://www.nejm.org).
- Gay, L., Mills, G., & Airasian, P. (2008). *Educational Research: Competencies for Analysis and Applications* (9ª ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Gerber, A. (1996). *Problemas de aprendizagem relacionados à linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Goldfeld, M. (2002). *A criança surda – linguagem e cognição numa perspectiva sociointeracionista* (2ª ed.). São Paulo: Plexus Editora.
- Goldfeld, M. (2003). *Fundamentos em fonoaudiologia*. Rio Janeiro: Guanabara Koogan.
- Iverson, J., & Thal, D. (1998). Communicative transitions: there's more to the hand than meets the eye. In A. Wetherby, S. Warren, & J. Reichle (Eds.), *Transitions in prelinguistic communication* (Vol. 7, pp. 59-86). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Juárez, A. (1997). Intervenção fonoaudiológica na Surdez Infantil. In J. Peña-Casanova (Ed.), *Manual de fonoaudiologia* (pp. 156-175). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Juárez, A., & Monfort, M. (2003). Rehabilitación e intervención pedagógica. In M. Rodriguez, & A. Irujo, *Implantes cocleares* (pp. 353-368). Barcelona: Masson.
- Kiernan, C., & Reid, B. (1987). *Pre-verbal communication Schedule*. NFER-Nelson, United Kingdom.
- Lima, R. (2000). *Linguagem infantil: da normalidade à patologia*. Braga: APPACDM.

- Mateus, M., Falé, I., & Freitas, M. (2005). *Fonética e fonologia do português*. Lisboa: Universidade Aberta.
- McWilliam, R. (2003). *Routines-based interview: questionnaire for families*. Nashville: Vanderbilt University Medical Center.
- Meisels, S., & Shonkoff, J. (2000). Early childhood intervention: a continuing evolution. In S. Meisels, & J. Shonkoff, *Handbook of early intervention* (pp. 231-257). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mogford, K., & Bishop, D. (1993). Language development in unexceptional circumstances. In D. Bishop, & K. Mogford, *Language development in exceptional circumstances* (pp. 10-28). Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Møller, A. (2006). *Hearing: anatomy, physiology and disorders of the auditory system* (2ª ed.). California: Elsevier.
- Morris, D. (2005). *Dictionary of communication disorders* (4ª ed). London: Whurr Publishers.
- Netter, F. (1999). *Atlas of human anatomy*. Recuperado em 2010, Abril 8, de [www.netterimages.com/image/1572.htm](http://www.netterimages.com/image/1572.htm).
- Nicolosi, L., Harryman, E., & Kresheck, J. (1996). *Vocabulário dos distúrbios da comunicação: fala, linguagem e audição* (3ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nunes, C. (2001). *Aprendizagem activa na criança multideficiente: guia para educadores*. (Colecção Apoios Educativos) Lisboa: Ministério da Educação, Departamento de Educação Básica.
- O'Neill, D. (2009). *Language use inventory: an assessment for young children's pragmatic language*. Canada: Knowledge in Development.

- Osberger, M. & Koch, D. (2000). Cochlear implants. In R. Sandlin, *Textbook of hearing aid amplification* (2ª ed., pp. 673-704). California: Singular/Thomson Learning.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O Mundo da criança* (8ª ed.). Amadora: McGraw-Hill.
- Peña-Casanova, J. (1997). Introdução à patologia e à terapêutica da linguagem. In J. Peña-Casanova (Ed.). *Manual de fonoaudiologia* (2ª ed., pp. 1-14). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pinho, S. (2003). *Fundamentos em fonoaudiologia: Tratando os distúrbios da voz* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pinto, J. (1998). *Gramática de português: ensino básico e secundário*. Lisboa: Plátano Editora.
- Puyelo, M. (1997). Comunicación y lenguaje: evaluación y tratamiento en logopedia. In M. Puyuelo, *Casos clínicos en logopedia 1* (pp. 1-15). Barcelona: Masson.
- Reynell, J., & Gruber, C. (1990). *Reynell developmental language scales*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Rigolet, S. (2000). *Os três P – precoce, progressivo, positivo – comunicação e linguagem para uma plena expressão*. Porto: Porto Editora.
- Rigolet, S. (1998). *Para uma aquisição precoce e otimizada da linguagem*. Porto: Porto Editora.
- Salles, H., Faulstich, E., Carvalho, O., & Ramos, A. (2004). *Ensino da língua portuguesa para surdos: caminhos para a prática pedagógica* (Vol.1). Brasília: Ministério da Educação: Secretaria de Educação Especial.

- Sameroff, A. (1975). Early influences on development: fact or fancy? *Merril-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 21(4), 267-294.
- Sameroff, A., & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel, *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University Chicago Press.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In S. Meisels, & J. Shonkoff, *Handbook of early childhood intervention* (2ª ed., pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación: fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw Hill.
- Segalowitz, S., & Rapin, I. (2003). *Handbook of neuropsychology* (Vol. 8, 2ª ed.). Amsterdam: Elsevier.
- Serra, M., Serrat, E., Solé, R., Bel, A., & Aparici, M. (2000). *La adquisición del lenguaje*. Barcelona: Ariel.
- Serrano, A. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Shibley, K., & McAfee, J. (2004). *Assessment in speech-language pathology: A Resource Manual* (3ª ed.). New York: Delmar Learning.
- Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sim-Sim, I. (2004). *Avaliação da linguagem oral: um contributo para o conhecimento do desenvolvimento linguístico das crianças portuguesas* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Staab, W. (2000). Hearing aid selection: an overview. In R. Sandlin, *Textbook of hearing aid amplification* (2ª ed., pp. 55-136). California: Singular/Thomson Learning.
- Sua-Kay, E., & Tavares, M. D. (2006). *Teste de avaliação da linguagem na criança – TALC*. Lisboa: Oficina Didáctica.
- Viana, F. (2004). *Teste de identificação de competências linguísticas – TICL*. Vila Nova de Gaia: Edipsico.
- Von Tetzchner, S., & Martinsen, H. (2000). *Introdução à comunicação aumentativa e alternativa*. Porto: Porto Editora.
- Widex. (2007). *Widex - Reabilitação Auditiva, Lda*. Recuperado em 2010, Abril 10, de [www.widex.com.br/news%20and%20press/noticias/2007/oculos.aspx](http://www.widex.com.br/news%20and%20press/noticias/2007/oculos.aspx).
- Widex. (2010). *Widex - Reabilitação Auditiva, Lda*. Recuperado em 2010, Abril 9, de [www.widex.pt/Products.aspx](http://www.widex.pt/Products.aspx).
- Willems, P. (2000). Genetic causes of hearing loss. *The New England Journal of Medicine*, 342(15), pp. 1101-1109. Recuperado em 2010, Março 7, de [www.nejm.org](http://www.nejm.org).
- YIN, R. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (3ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

**ANEXOS**



**Universidade do Minho**  
Instituto de Estudos da Criança

Braga, 8 de Março de 2010

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho Executivo

No âmbito do Mestrado em Educação Especial, especialização em Intervenção Precoce, ministrado no Instituto de Estudos da Criança, da Universidade do Minho, a aluna Cristiana da Silva Guimarães, está a desenvolver a respectiva dissertação. Por este motivo, vem solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a efectuação de um estudo de caso no Jardim-de-infância Boavista-Santiago, cuja sede de Agrupamento é a EB 2,3 de Penafiel Sul. Caso este pedido receba parecer favorável de V. Ex.<sup>a</sup>, será igualmente efectuado um pedido de anuência formal aos pais do aluno a quem irá ser efectuado referido estudo de caso.

Aguardando de V. Ex.<sup>a</sup> a melhor consideração sobre o assunto, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Anabela Cruz dos Santos  
Professora Auxiliar





**Universidade do Minho**  
Instituto de Estudos da Criança

## AUTORIZAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_ abaixo assinado,  
concordo que o meu educando  
\_\_\_\_\_ participe no trabalho de  
investigação realizado pela aluna Cristiana da Silva Guimarães, que está a desenvolver a  
dissertação de Mestrado em Educação Especial, especialização em Intervenção Precoce,  
ministrado no Instituto de Estudos da Criança.

Declaro que fui devidamente informado e esclarecido sobre os objectivos da pesquisa e os  
procedimentos nela envolvidos, nomeadamente a recolha de imagens fotográficas e imagem  
vídeo para análise dos comportamentos comunicativos e linguísticos do meu educando, sendo  
salvaguardada a sua identidade.

Assinatura do encarregado de educação

---

# INVENTÁRIO DO USO DA LINGUAGEM DOS 18 AOS 47 MESES

(LANGUAGE USE INVENTORY: AN ASSESSMENT FOR YOUNG CHILDREN'S PRAGMATIC LANGUAGE DEVELOPMENT; O'NEILL, 2009)<sup>3</sup>

Nome da criança (primeiro e último):	Sexo: feminino <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/>
Data de Nascimento:	
Data de Aplicação:	
Nome da pessoa que forneceu a informação (primeiro e último):	
Relação com a criança (mãe, avô, professor, etc):	
Nome da pessoa que conduziu a entrevista, se aplicável (primeiro e último):	

## INSTRUÇÕES

Como pai, mãe, familiar, a informação que poderá transmitir relativamente à comunicação do seu filho através de uma variedade de questões é única e valiosa.

Por favor, leia cuidadosamente as instruções antes de começar a completar este inventário.

1. Por favor, use a marca × ou √ quando está a responder às questões.
2. É muito importante que TODAS as questões com  sejam respondidas. Por favor não deixe questões por responder.
3. Por favor, complete todo o inventário num único dia, se possível, ou dois no máximo.
4. Se o seu filho fala outra língua, em casa, além do português, quando está a responder às questões deverá incluir o que é que ele diz na outra língua. Por exemplo, muitas questões irão perguntar como é que o seu filho utiliza as palavras para um interesse específico (ex., descrever o que ele/ela está a fazer num determinado momento); você deverá responder “sim” mesmo que o seu filho só o produza na outra língua.
5. Poderá consultar outras pessoas (ex. cônjuge, avó, ama, educadora-de-infância) sobre qualquer item do inventário, se considerar que será uma ajuda para decidir a resposta mais apropriada.

<sup>3</sup> Traduzido por Guimarães e Santos (2010).

## PARTE 1

### COMO É QUE A SUA CRIANÇA COMUNICA COM GESTOS

As duas primeiras secções, **A** e **B**, irão perguntar como é que o seu filho usa os gestos. Se o seu filho actualmente não usa o gesto para descrever mas já usou o gesto no passado, marque na caixa “já não usa”. Ser-lhe-á perguntado acerca do uso de palavras do seu filho mais à frente neste inventário.

<b>A: COMO É QUE O SEU FILHO USA O GESTO PARA PERGUNTAR POR ALGUMA COISA</b>					
Neste momento, o seu filho usa algum dos seguintes gestos para perguntar por alguma coisa, com ou sem palavras?					
	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	JÁ NÃO USA
1. Pega na sua mão, puxa por si ou leva-a até o que ele/ela quer					
2. Põe um brinquedo ou um livro no seu colo ou sobe para o seu colo com o brinquedo					
3. Ele/ela levanta os braços para pedir que lhe dê colo					
4. Ele/ela segura um objecto para lhe mostrar o que quer (ex. segura um copo para lhe perguntar pelo leite)					
5. Alcança ou aponta para o que ele/ela quer					
6. Coloca-se na posição de partida para que jogue novamente com ele/ela (ex. alterei- Mantém os pés levantados para que você os agarre novamente)					
7. Olha para o local onde está uma coisa que ele/ela quer para que você a vá buscar					
8. Olha para alguma coisa que ele/ela quer que você faça com aquilo					
9. Ele/ela olha para si quando quer alguma informação					
Abaixo, para cada item, por favor marque na caixa o que <b>melhor se aplica</b> ao seu filho neste momento:					
10. O meu filho tenta pedir a minha ajuda usando gestos					
11. O meu filho usa gestos para me pedir para brincar com ele/ela					

<b>B: COMO É QUE O SEU FILHO USA OS GESTOS PARA LHE COMUNICAR ALGUMA COISA</b>		
Se o seu filho encontra algo que lhe interesse, ele usa algum dos seguintes gestos, com ou sem palavras?		
	SIM	NÃO
1. Aponta para o que ele/ela tem interesse		
2. Traz, mostra ou dá alguma coisa que ele/ela acha interessante		