UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA LINGUAGEM

SUELI FERNANDES DA SILVA RACHED

VER E OUVIR A SURDOCEGUEIRA: O EMERGIR DA COMUNICAÇÃO

Recife/2011

SUELI FERNANDES DA SILVA RACHED

VER E OUVIR A SURDOCEGUEIRA: O EMERGIR DA COMUNICAÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Linguagem, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Wanilda Maria Alves Cavalcanti

Recife, 2011

R119v Rached, Sueli Fernandes da Silva
Ver e ouvir a surdocegueira : o emergir da comunicação / Sueli Fernandes da Silva Rached ; orientador Wanilda Maria Alves Cavalcanti, 2011.
173 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-Reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Ciências da Linguagem, 2011.

1. Aquisição de linguagem. 2. Surdocegos. 3. Comunicação. I. Título.

CDU 800.85

SUELI FERNANDES DA SILVA RACHED

VER E OUVIR A SURDOCEGUEIRA: O EMERGIR DA COMUNICAÇÃO

Dissertação de Mestrado apresentada à Comissão Julgadora da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Linguagem, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Wanilda Maria Alves Cavalcanti

Data de Aprovação: 18/02/2011

BANCA EXAMINADORA

Orientadora (a):Prof.ª Dra. Wanilda Maria Alves Cavalcanti - UNICAP

1º Avaliador (a): Prof.ª Dra. Lucia de Araujo Ramos Martins - UFRN

2º Avaliador (a): Prof.ª Dra. Nadia Pereira Gonçalves de Azevedo - UNICAP

Dedico à todos os surdocegos
do estado de Pernambuco,
pois buscam em seu cotidiano
pessoas que possam compreender
suas necessidades de comunicação.

AGRADECIMENTOS

À minha Prof.ª Dra. Wanilda Maria Alves Cavalcanti minha orientadora, que com muito afeto conduziu-me no caminho de criação de um trabalho científico, por sua cooperação, paciência e carinho, através de suas incansáveis sugestões pertinentes e enriquecedoras pude compreender o sentido de continuar a trilhar este caminho.

Ao Centro de Reabilitação “Menina dos Olhos” da Fundação Altino Ventura, local de inspiração que possibilitou meu desenvolvimento pessoal e profissional. Em especial aos pais e surdocegos da instituição, razão da existência deste estudo.

Ao meu marido Naim, minha filha Mary, meus filhos Naim e Thiago, por todas as horas, que me transmitiram carinho e compreensão, com sensibilidade, incentivando-me a prosseguir sempre.

A todos os professores do Curso de Pós Graduação da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP, pelo apoio e estímulo à vida acadêmica.

A Coordenadora da Pós-Graduação em Ciências da Linguagem da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, Prof.ª Dra. Nadia Pereira Gonçalves Azevedo, pelo apoio e incentivo para esta dissertação entre outros trabalhos acadêmicos.

Aos pesquisadores aqui citados que de forma direta ou indireta também contribuíram com esta pesquisa.

À amiga Adriana Ivo Parente, pela sua grandiosa colaboração durante a coleta de dados, meu muito obrigada!

Viver ...Sentindo
Na ausência dos sons
Na indefinição da visão
Há um mundo que desperta
Na minha palma da mão.
Um mundo de palavras
Cheias de Cor;
Cada toque na mão
É uma dádiva de amor.
O amor entre dois Seres
Que se completam;
E dão razão
À palavra AMOR

José Pedro Amaral

RESUMO

Trazer considerações a respeito de um tema pouco abordado nas pesquisas brasileiras reveste este estudo de significativa relevância, especialmente quando nos reportamos a uma sociedade 'dita' inclusiva. A surdocegueira pode se referir à impossibilidade total de ver e ouvir, no entanto, deve ser levada em consideração a possibilidade de existirem resíduos visuais e/ou auditivos que apesar de existirem não resultam na possibilidade de usá-los de forma similar ao que não possui a(s) dificuldades indicadas. Na realidade, é uma condição em que se combinam transtornos visuais e auditivos em diversos níveis, que produzem problemas na sua comunicação com a sociedade. A criança surdocega tem uma das deficiências menos entendidas pela sociedade em geral. Não é uma criança cega que não pode ouvir, ou uma criança surda que não pode ver. É uma criança com privações multisensoriais, que apresentará restrições para o uso simultâneo dos dois sentidos distais, ou seja, terá dificuldade em expressar o seu pensamento e entender o pensamento do outro, através dos canais usuais. Não podemos deixar de considerar que comunicação é uma necessidade básica de todo ser humano e no caso da surdocegueira se reveste de peculiaridades praticamente desconhecidas da sociedade. Portanto, crianças surdocegas deverão apresentar dificuldades que, provavelmente, irão atrasar sua trajetória para se tornar um membro ativo na sociedade. No entanto, é capaz de exprimir-se e também receber as mensagens que lhe enviamos. O objetivo deste trabalho é "ver e ouvir" a surdocegueira, voltando-nos para a análise das formas de comunicação de crianças surdocegas pré-linguísticas. Para fundamentar esse estudo destacamos as contribuições de Vygotsky, Bruner, Tomasello e Chomsky, dentre outros, que oferecem subsídios para entendermos melhor as peculiaridades da aquisição da linguagem dessa criança. Participaram da pesquisa dez surdocegos pré-linguísticos na faixa etária de três a dez anos, pertencentes a uma única instituição de Pernambuco. Os procedimentos metodológicos obedeceram às recomendações do que a pesquisa qualitativa deve apresentar. A coleta de dados realizou-se através de três fontes: entrevista com pais, mapas de comunicação e observação direta dos sujeitos em interações sociais. A análise dos dados coletados foi realizada individual e coletivamente, demarcando o perfil das formas comunicativas dos sujeitos. As considerações finais revelaram que as formas de comunicação variam de sujeito para sujeito, independente da faixa etária, mas existe um conjunto de formas comunicativas mais ou menos comuns, expressas pelo grupo, o que nos permitiu elaborar um perfil do segmento, além de apontar para o uso de estratégias que facilitem essas aquisições. Esperamos com este trabalho contribuir para a renovação do panorama de atenção às crianças que apresentem surdocegueira, trazendo demonstrações concretas do seu desenvolvimento, mostrando ainda, a importância das interações sociais para a aquisição da linguagem.

Palavras- chave: Surdocego. Comunicação. Aquisição da Linguagem.

ABSTRACT

Bringing considerations about a rarely approach subject in Brazilian research, taking this study into prominence level, especially when it references to ‘dictates’ inclusive society. The deafblindness refers to total and/or partial inability to see or hear, however, must be taken into consideration the possibility of existence of residual sight and/or hearing , that although their existence do not result in the possibility of using them in a similar way as those who do not have the indicated difficulties. Indeed it is a condition in which combines sight and hearing disorders in many levels, producing problems to their communication with society. The deafblind child has one of the less understood disabilities in general society. It is not a blind child who cannot hear, or a deaf child who cannot see. It is a child with multi-sensorial privations which will present restrictions to the use simultaneous of both distal senses, wherefore will be difficulties in expressing their thoughts and understanding other's thoughts, through the usual channels. Should be not left to consider that communication is a basic need for every human being and in the case of deafblindness takes peculiarities virtually unknown by society. Thus, deafblind children must present difficulties that, probably, will hold back their path to become active members of society. However they are capable to express themselves and also to receive messages sent to them. The objective of this study is ‘seeing and hearing’ the deafblindness, it dedicated to the analysis of communication ways in deafblind children pre-linguistic. To support the study is outstanding the contributions of Vygotsky, Bruner, Tomasello, Chomsky, among others, who offered subsides to better understand the peculiarities of language acquisition in those children. Took part of the research ten deafblind pre-linguistic between three and ten years old, which belong to a unique institution from Pernambuco. The methodological procedures followed the recommendations of what a qualitative research should present. The data collection took place through three sources: parents interview, communication maps, direct observations of subjects during social interactions. The data analysis was performed individually and collectively, delimiting the profile of subjects’ communication ways. The final considerations reveal that the communication ways vary from person to person regardless age, however there is a set of communication ways more or less common, expressed by the group, which allowed developing a profile segment, furthering it points to the use of strategies that facilitates those acquisitions. This study hopes to contribute to renew the scenery of attention to the children that presents deafblindness, bringing concrete demonstrations of their development, pointing out the importance of social interaction for language acquisition.

Key-words: Deafblind, Communication, Language Acquisition

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 -	Comunicação Simbólica-emergente	88
Ilustração 2 -	Comunicação Simbólica	89
Ilustração 3 -	Movimento Co-ativo	92
Ilustração 4 -	Referência Não- Representativa	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Dispositivos Legais	30
Quadro 2 -	Índice de Alunos em Educação Especial	32
Quadro 3 -	Classificação da Deficiência Visual	37
Quadro 4 -	Aspectos da Perda Visual	38
Quadro 5 -	Causas da Surdocegueira	79
Quadro 6 -	Mapa de Comunicação Receptiva	85
Quadro 7 -	Mapa de Comunicação Expressiva	86
Quadro 8 -	Sujeitos da Pesquisa – Grupo A – Crianças de 3 a 6 anos	98
Quadro 9 -	Sujeitos da Pesquisa do grupo B – Crianças de 7 a 10 anos	100
Quadro 10 -	Síntese da Entrevista com Pais do Sujeito 1	106
Quadro 11 -	Mapa de Comunicação do Sujeito 1	107
Quadro 12 -	Condutas de Comunicação do Sujeito 1	109
Quadro 13 -	Formas de Comunicação Pré-Linguística/ Lingüística – Comunicação Receptiva do Sujeito 1	113
Quadro 14 -	Formas de Comunicação Pré-Linguística/ Lingüística - Comunicação Expressiva do Sujeito 1	113
Quadro 15 -	Nível de Comunicação Receptiva e Expressiva do Sujeito 1	114
Quadro 16 -	Síntese da Entrevista com Pais do Sujeito 5	118
Quadro 17 -	Mapa de Comunicação do Sujeito 5	119
Quadro 18 -	Condutas de Comunicação do Sujeito 5	120
Quadro 19 -	Formas de Comunicação Pré-Linguística/ Lingüística - Comunicação Receptiva do Sujeito 5	123
Quadro 20 -	Formas de Comunicação Pré-Linguística/ Lingüística – Comunicação Expressiva do Sujeito 5	124
Quadro 21 -	Nível de Comunicação Receptiva e Expressiva do Sujeito 5	125
Quadro 22 -	Síntese da Entrevista com Pais do Sujeito 7	128
Quadro 23 -	Mapa de Comunicação do Sujeito 7	129
Quadro 24 -	Condutas de Comunicação do Sujeito 7	130
Quadro 25 -	Formas de Comunicação Pré-Linguística/ Lingüística – Comunicação Receptiva do Sujeito 7	134
Quadro 26 -	Formas de Comunicação Pré-Linguística/ Lingüística - Comunicação Expressiva do Sujeito 7	136
Quadro 27 -	Quadro 27 – Nível de Comunicação Receptiva e Expressiva do Sujeito 7	137
Quadro 28 -	Síntese Global dos Sujeitos da Pesquisa	140
Quadro 29 -	Etiologia dos Sujeitos da Pesquisa	142
Quadro 30 -	Intensidade das Perdas dos Sujeitos da Pesquisa	143
Quadro 31 -	Comunicação Receptiva dos Sujeitos da Pesquisa	143
Quadro 32 -	Comunicação Expressiva dos Sujeitos da Pesquisa	144
Quadro 33 -	Fases da Abordagem de Jan Van Dijk dos Sujeitos da Pesquisa	144

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Acuidade Auditiva
AASI	Aparelho de Amplificação Sonora Individual
ACS	Assessoria de Comunicação Social
ADEFAV	Associação para Deficientes da Audiovisão
AHIMSA	Associação Educacional para Múltiplas Deficiências
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANSI	American National Standarts Institute
APAES	Associação dos Pais e Amigos de Excepcionais
ASHA	American Speech Hearing Association
AV	Acuidade Visual
CBO	Conselho Brasileiro de Oftalmologia
CE	Comunicação Expressiva
CENTRAU	Centro de Reabilitação da Audição
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde
CIDDM	Classificação Internacional de Deficiências, Discapacidades e Minusvalia
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde – versão 10
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CORDE	Coordenadoria Nacional para integração da pessoa com deficiência
CNE	Conselho Nacional de Educação
CR	Comunicação Receptiva
DAL	Dispositivo de Aquisição da Linguagem
Db	Decibéis
DBI	Deafblind International
Educ. Inf.	Educação Infantil
EJA	Ensino de Jovens e Adultos
Ens. Fund.	Ensino Fundamental
F	Fases da Abordagem de Jan Van Dijk
FBASD	Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GU	Gramática Universal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	International Classification of Impairments , Disabilities and Handcaps
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LDB	Lei de Diretrizes e Base da Educação
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
MEC	Ministério da Educação
MEC/SEESP	Ministério da Educação e Secretaria de Educação Especial
OD	Olho Direito
OE	Olho Esquerdo
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONCE	Organización Nacional de Ciegos de Espanha
ONU	Organização das Nações Unidas
SNC	Sistema Nervoso Central
SRC	Síndrome da Rubéola Congênita

SSAL	Sistema de Suporte à Aquisição da Linguagem
ULAC	Unión Latinoamericana de Ciegos
WHO	World Heath Organization

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS 15

CAPÍTULO I
Ver a Surdocegueira: dilemas da aquisição da linguagem do surdocego 22

1. A Sociedade Inclusiva: cenário das relações sociais e educacionais 23
1.1. Percurso histórico do conceito de deficiência: da exclusão à inclusão 24
1.1.1. Modelo Médico – Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde – CID 33
1.1.2. Modelo Funcional – Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF 35
1.1.3. Conceito e Classificação das Perdas Visuais 36
1.1.4. Conceito e Classificação da Perdas Auditivas 38
1.2. A escola ideal e a escola real na atenção à surdocegueira 40
1.3. Construindo parcerias para a inclusão do surdocego 43

2. Aquisição da Linguagem 46
2.1. As idéias de Noam Chomsky e a aquisição da linguagem 46
2.2. As contribuições de Lev. S. Vygotsky 50
2.3. Um diálogo com Jerome Bruner e Michael Tomasello 61
2.4. Peculiaridades da Aquisição da Linguagem de pessoas com perdas auditivas e visuais 66
2.4.1. Surdez e reflexos na Aquisição da Linguagem 66
2.4.2. Cegueira e conseqüências na Aquisição da Linguagem 71

3. A surdocegueira 77
3.1. Revendo conceitos e características 77
3.2. Histórico 81
3.3. Formas da Comunicação do surdocego 83
3.4. A Abordagem de Jan Van Dijk 89

CAPÍTULO II
Ouvir a surdocegueira e o Caminho Metodológico 95

1. Seleção dos sujeitos 97
2. Caracterização dos sujeitos da pesquisa 98
3. Recursos utilizados para coleta de dados 101
3.1. Entrevista 101
3.2. Mapas de Comunicação 101
3.3. Observação Direta 102
3.4. Análise dos dados 103
3.5. Aspectos Éticos 104

CAPÍTULO III
Ver e ouvir a surdocegueira: Resultados e Discussões 105

1. Análise individual 106
1.1. Sujeito 1 – Grupo A 106
1.2. Sujeito 5 – Grupo A 118
1.3. Sujeito 7 – Grupo B 128

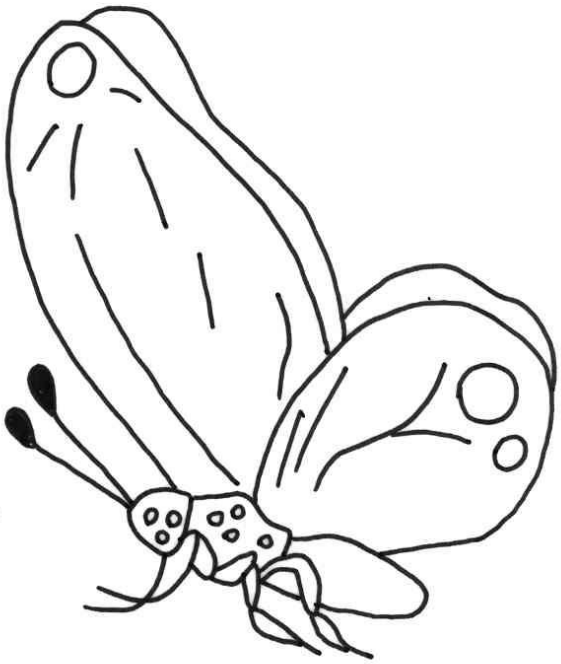
2. Análise coletiva 140

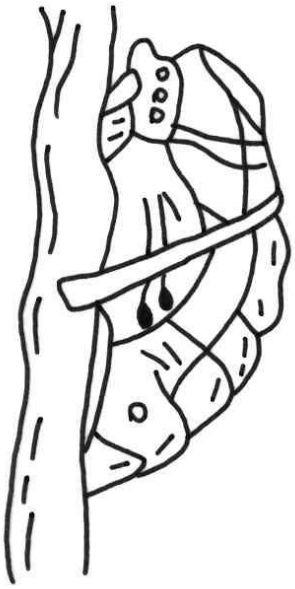
CONSIDERAÇÕES FINAIS 146

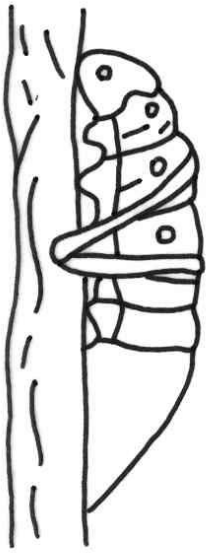
REFERÊNCIAS 152

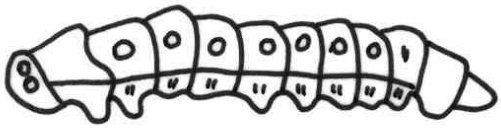
APÊNDICES 163

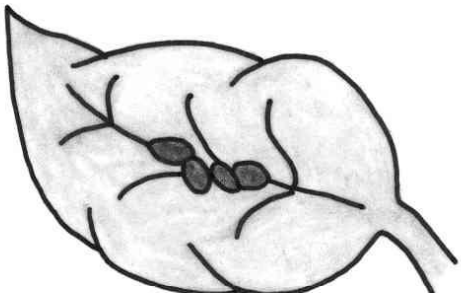
Apêndice A – Protocolo de Entrevista do sujeito 1 164
Apêndice B – Protocolo de Entrevista do sujeito 2 165
Apêndice C – Protocolo de Entrevista do sujeito 3 166
Apêndice D – Protocolo de Entrevista do sujeito 4 167
Apêndice E – Protocolo de Entrevista do sujeito 5 168
Apêndice F – Protocolo de Entrevista do sujeito 6 169
Apêndice G – Protocolo de Entrevista do sujeito 7 170
Apêndice H – Protocolo de Entrevista do sujeito 8 171
Apêndice I – Protocolo de Entrevista do sujeito 9 172
Apêndice J – Protocolo de Entrevista do sujeito 10 173











CONSIDERAÇÕES INICIAIS

De crisálidas à borboleta

O que diferencia o ser humano ou o ser humanizado dos demais animais é a sua consciência em estreita relação com o mundo exterior.

O processo de formação histórica e social da consciência se dá mediante as ações do homem em sua vida social mediadas pelo uso de instrumentos e de signos, que irá diferenciá-lo dos animais. É por meio da atividade mediada e pelo uso de instrumentos e signos que o homem transforma a natureza e transformando-a, transforma a si mesmo ou torna-se um ser humanizado.

Como a sociedade pode levar pessoas com deficiência a alcançarem o mesmo patamar de desenvolvimento que as sem deficiência?

Os homens podem ter uma ação direta, planejada e ampla sobre o mundo qualquer que seja sua condição, através do processo criativo que envolve o domínio da natureza e pelo emprego de ferramentas e instrumentos. A pessoa com deficiência deve ser ajudada, a desenvolver vias colaterais para compensar os órgãos e funções que se encontram deficitários ou comprometidos por aqueles que estão íntegros, sem esquecer de aproveitar os resíduos ao máximo, em prol da apropriação dos conteúdos sistematizados que a humanidade já produziu.

Pessoas com deficiência podem vir a conquistar um nível de desenvolvimento elevado valendo-se do pensamento e da linguagem para apreender o mundo e compreendê-lo para depois intervir sobre o mesmo.

As “Borboletas de Zagorsk” (1992) é um documentário que mostra a transformação pelas quais pessoas surdocegas passam, levando em consideração que muitos processos de desenvolvimento da linguagem da criança ocorrem como no processo de metamorfose de crisálidas às borboletas. Neste caso, empregam como pressuposto a teoria de Vygotsky, como base para a transformação qualitativa que provavelmente acontece (Vygotsky, 1997).

Para Vygotsky, a educação da criança surdocega traz grandes dificuldades e mais obstáculos que a educação do cego ou do surdo. Quando o sistema nervoso e psiquismo estão íntegros, nessas pessoas, elas podem ter um desenvolvimento ilimitado. Destaca os nomes de Hellen Keller e Laura Bridgman, surdocegas que conseguiram praticamente todos os domínios dentro das ciências, fazendo não só um

movimento de compensação, como o uso racional dos seus recursos bio-psíquicos, mas uma supercompensação, produzindo um excedente na inserção e adaptação ao mundo. Ressalta também como base para a educação das crianças surdocegas: “Somente ao dominar a linguagem ele pode chegar a ser um ser social, isto significa dizer, um homem em seu verdadeiro sentido da palavra”.

No documentário as crianças, desde que acordam, já convivem umas com as outras e se comunicam. A comunicação acontece de diferentes formas, pois há crianças com diferentes níveis de comprometimento. Não importa qual o meio ou o instrumento utilizado para que ocorra essa comunicação, o importante é que ela ocorra.

De início já se percebe a importância de se estabelecer um canal de comunicação com a criança, uma linguagem viva, que permita essa interação.

No momento em que essa criança começa a desenvolver a linguagem, ocorre um salto qualitativo em seu desenvolvimento. A interação e as mediações ocorridas permitem uma superação qualitativa dos fatores biológicos existentes em cada função psicológica.

Assim vemos as crisálidas se transformando em lindas borboletas, livres, coloridas, únicas e podendo alçar seus vôos com independência.

INTRODUÇÃO

Em 1989, iniciei minha jornada de trabalho com surdocegos através da capacitação, realizada pela parceria de três instituições Programa Hilton Perkins, Unión Latinoamericana de Ciegos - ULAC e Organización Nacional de Ciegos de Espanha - ONCE. Trabalho como pedagoga atendendo pessoas surdocegas, em uma instituição da cidade do Recife – PE, há sete anos. No decorrer desse tempo tive a oportunidade de realizar algumas avaliações informais de interações entre surdocego e seus familiares, e valendo-me dessa experiência de trabalho, pretendemos compreender melhor as formas de comunicação do surdocego e conseqüentemente sua aquisição da linguagem.

Inicialmente, apresentamos a possibilidade de ver a surdocegueira através da fundamentação teórica que sustenta o estudo.

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) foi publicada em 22 de maio de 2001, após estudos de campo sistemáticos e sua aprovação, pode ser empregada internacionalmente, sob a resolução WHW5421, na 54ª Assembléia Mundial de Saúde (BATISTELLA & BRITO, 2002; BUSCHAGLIA, 2003).

A CIF apresenta o termo *funcionalidade* para explicar e em algumas situações substituir o termo deficiência, incapacidade e desvantagem, possibilitando à ampliação do significado, incluindo experiências positivas e enfatizando as potencialidades desse indivíduo. Desta forma, o individuo é avaliado em termos de estrutura, ou seja, como ele é, o que sabe fazer e como ocorre sua participação nas interações sociais.

A sociedade continua procurando um termo que melhor expresse “o ser” que possui algum tipo de problema seja ele sensorial, intelectual, motor, etc. Nesse sentido, ao longo da trajetória histórica por que passaram essas pessoas observamos que os denominamos através de vários termos, sem conseguirmos chegar a um consenso.

A surdocegueira pode se referir à impossibilidade total de ver e ouvir, no entanto, deve ser levada em consideração a possibilidade de existirem resíduos visuais e/ou auditivos. Na realidade é uma condição em que se combinam transtornos visuais e auditivos em diversos níveis, que produzem problemas de comunicação.

Para nós que podemos ver e ouvir, o mundo se estende tão longe quanto alcançam os nossos olhos e ouvidos. Para a criança surdocega, suas experiências de mundo se estendem até onde podem alcançar seus dedos, sendo que seu conceito de mundo depende da oportunidade que tenha de tocá-lo fisicamente. Se esta criança surdocega tem algum resíduo visual e/ou auditivo, como a maioria deles, seu mundo se ampliará.

O marco fundamental do desenvolvimento cognitivo e social de uma criança é marcado pelo surgimento das primeiras palavras, iniciando sua trajetória como um membro ativo na sociedade, que atribui à linguagem enorme valor como instrumento de expressão do pensamento e da comunicação.

A criança surdocega apresenta necessidades especiais pouco conhecidas e entendidas pela sociedade em geral. Não é uma criança cega que não pode ouvir, ou uma criança surda que não pode ver. É uma criança com privações multisensoriais, que terá restrições para o uso simultâneo dos dois sentidos distais.

A surdocegueira pode acontecer sob várias formas, assim o universo desses indivíduos constitui-se de diversas maneiras e pode ser classificado pela época da aquisição e pela intensidade das perdas.

O processo de aprendizagem do surdocego, geralmente, é mais lento, as informações do meio ambiente são processadas através do tato, olfato, paladar, sensações proprioceptivas, sinestésicas e vestibulares, bem como através dos resíduos dos sentidos mais prejudicados.

No processo educativo dessas crianças, há uma abordagem metodológica fundamentada em três pontos: desenvolvimento da comunicação, do movimento como base para a descoberta do meio ambiente e da estruturação do tempo. Essa é a abordagem de Jan Van Dijk, lingüista holandês, a mais conhecida e divulgada proposta que facilita a passagem da simples exploração do mundo para a representação da realidade, ou seja, o processo de simbolização. O método é conhecido como Co-ativo, e seu enfoque é centrado no desenvolvimento das habilidades de linguagem e comunicação no contexto das interações sociais.

A comunicação é uma necessidade básica de todo ser humano e poderá ser crítico para aquelas crianças com dificuldades multisensoriais, caso não consigam fazê-

lo, para expressar o que querem desde fome, sede ou sentimentos. Portanto, crianças surdocegas podem apresentar dificuldades em expressar seu pensamento e se comunicar, o que irá atrasar sua trajetória para se tornar um membro ativo na sociedade, no entanto é capaz de exprimir-se e também receber as mensagens que lhes mandamos.

No processo de intervenção de crianças surdocegas observamos uma variedade de formas comunicativas. Dentre elas podemos falar de: movimentos corporais, gestos naturais, alfabeto sinalizado, Braille digitado, Libras adaptada, Tadoma, alfabeto na mão, e mesmo a comunicação oral. O uso de uma ou outra forma de comunicação vai depender do grau de comprometimento dos sentidos da audição e visão.

Apesar de meio século de atendimento no Brasil, observa-se uma escassez de pesquisas e publicações, bem como de capacitações para os profissionais que atendem estes sujeitos.

A literatura sobre a surdocegueira produzida nos Estados Unidos e Europa é trazida para o Brasil para o uso interno, subsidiada da Fundação Hilton/Perkins, pelos programas de atendimento na Escola de Educação Anne Sullivan, Associação para Deficientes da Audiovisão (ADEFAV), Associação Educacional para Múltiplas Deficiências (AHIMSA), todos em São Paulo; e o Centro de Reabilitação da Audição (CENTRAU), em Curitiba e a Fundação Catarinense de Educação Especial.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000), não foram encontradas estimativas específicas sobre surdocegueira, apenas com os seguintes descritores: deficiência visual, deficiência auditiva, deficiência física e outras. Segundo a ADEFAV, não existe um número oficial de quantas pessoas surdocegas existem no Brasil. Talvez esta ausência de dados e de políticas públicas adequadas explique em parte, o aparecimento tardio de entidades e pesquisas sobre surdocegueira.

Num segundo momento, esperamos com esta dissertação, ouvir a surdocegueira, voltando-nos para o estudo das formas de comunicação de crianças surdocegas.

E finalmente, diante dos dados analisados poderemos ver e ouvir a surdocegueira e com eles esperamos que abram-se caminhos para elaboração de

programas que atendam em nossa região, o surdocego e suas famílias em suas necessidades.

As histórias de cada família, suas relações e descobertas são um início que apontam para a reflexão sobre os possíveis caminhos e sobre o momento em que devemos parar, ver e ouvir juntamente com as famílias, para daí continuar a caminhada.

A partir destas reflexões, define-se como objetivo desta dissertação: analisar as formas comunicativas apresentadas pelos surdocegos pré-lingüísticos.

O estudo será apresentado da seguinte forma: após a introdução que traz o trabalho de forma breve, segue-se o Capítulo I, que trata dos dilemas da aquisição da linguagem do surdocego em uma sociedade inclusiva, segue-se o estudo sobre a aquisição da linguagem através das contribuições de diversos teóricos, além de trazer peculiaridades da aquisição da linguagem de surdos e cegos. Como último item desse capítulo trazemos a história da surdocegueira e o perfil característico.

O capítulo II apresenta os procedimentos metodológicos, no qual identificamos duas instituições que atendem surdocegos e selecionamos aquela que se constituiu como a melhor opção por ter 16 surdocegos em diferentes faixas etárias. Desse grupo foram selecionados 10 sujeitos pré-lingüísticos, tendo-se em conta crianças de três a dez anos, em atendimento sistemático, inclusas ou não no sistema regular de ensino, escola especial ou classe especial. A coleta de dados realizou-se através de três fontes: entrevista com pais, mapas de comunicação e observação direta dos sujeitos em interações sociais.

O Capítulo III delineou a análise dos dados que se apresenta em duas etapas: individual e coletivamente, demarcando o perfil das formas de comunicação dos sujeitos.

As Considerações Finais apresenta o resultado de uma extensa tarefa que nos coloca diante do perfil de comunicação de dez surdocegos pré-lingüísticos atendidos em uma única instituição pública da cidade do Recife, o que procuramos atingir com certa ousadia, e pode representar a concretização de um objetivo que até então não tinha sido atingido em Pernambuco e aponta para novas perspectivas de pesquisas na área de comunicação e aquisição da linguagem dos surdocegos.

CAPÍTULO I

VER A SURDOCEGUEIRA: DILEMAS DA AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM DO SURDOCEGO

A simples apresentação da prova não é
Suficiente para aprender [a linguagem] . . .
É preciso descobrir o que é necessário
Para fazer o sistema funcionar

Noam Chomsky

1. A Sociedade Inclusiva: cenário das relações sociais e educacionais diante da diversidade

Nas últimas três décadas as mudanças ocorridas no mundo em relação às pessoas com necessidades especiais[1] têm apresentado a intenção de oferecer condições eficazes para a intervenção e participação da família, escola e comunidade (CAMACHO, 2004).

Segundo Aranha (2004), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) reconhece que "todos os seres humanos nascem livres em dignidade e em direitos, dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade".

As ações de cidadania têm norteado políticas afirmativas de respeito à diversidade, voltadas para a construção de espaços sociais, que respeitem as especificidades, reconhecendo o sujeito de direito.

A ideia de uma sociedade inclusiva se fundamenta numa filosofia que reconhece e valoriza a diversidade e o cenário ético dos Direitos Humanos. Este contexto sinaliza a necessidade de se garantir o acesso e a participação de todos; o que acontece nas relações sociais de atitudes de respeito mútuo, representadas pela valorização de cada pessoa (BRASIL, 2002).

A igualdade é real se for relativa, isto é, as pessoas sendo diferentes, devem ter condições de atendimento às suas peculiaridades, de forma que todos possam usufruir das oportunidades existentes. Não sendo um tratamento diferenciado, com instituição de privilégios, e sim, a disponibilidade das condições necessárias na família, na escola ou na comunidade.

A construção de espaços sociais inclusivos passa a ser delineada para atender ao conjunto de características e necessidades de todos os cidadãos, inclusive daqueles

[1] De acordo com a Portaria nº 2.344/ 2010, o uso do termo "pessoa portadora de deficiência" será aqui substituído por "pessoa com necessidades especiais" ou "pessoa com deficiência", pois consideramos que desta forma podemos ampliar o significado, tanto para as especificidades como para as potencialidades, estando em consonância com a CIF. Utilizaremos o termo "deficiência" apenas quando se tratar do uso do termo por outros autores.

que apresentam alguma necessidade especial, independente do tipo ou do grau de comprometimento.

O Brasil tem definido políticas e criado instrumentos legais que garantem esse direitos. Os sistemas educacionais têm procurado se adequar para garantir o acesso e a permanência na escolaridade de todos os cidadãos, apesar de não ter conseguido atingir este objetivo.

Segundo BRASIL (2002): “A deficiência como fenômeno humano individual é determinada em parte pelas representações sócio-culturais de cada comunidade, em diferentes gerações e, pelo nível de desenvolvimento científico, político, ético e econômico dessa sociedade”. Para compreender deficiência como fenômeno humano, determinado pelas representações de diferentes gerações, buscamos a seguir uma análise do percurso histórico do conceito de deficiência.

1.1. Percurso histórico do conceito de deficiência: da exclusão à inclusão

O percurso histórico do conceito de deficiência sempre foi marcado por uma forte rejeição, discriminação e preconceito (BRUNO, 1993; ibid, 2002). Esses movimentos sofreram modificações ao longo do tempo, mas a marca da exclusão foi sentida ao longo de muitos séculos e até os dias atuais. Para conhecer e contextualizar as diversas posições apresentamos a seguir os diferentes períodos históricos da humanidade, que influenciaram desde o processo de exclusão até a chegada do novo milênio com a nova filosofia e paradigma da inclusão.

Desse modo, não esperamos esgotar as principais reflexões que tem norteado os estudos de muitos teóricos da atualidade, mas orientar os caminhos a que nosso estudo pode levar.

O conceito de “deficiência” se modificou ao longo dos séculos tomando como principal referência para essas mudanças o conceito de homem que era adotado nas diversas ocasiões. Desse modo, podemos identificar quatro momentos, a saber: exclusão, segregação, integração e inclusão, momentos esses que trazem a

perspectiva de participação ou não desse grupo na sociedade. Segue-se uma descrição breve de cada uma dessas idades.

Na Antiguidade:

Na Roma antiga as crianças com deficiência ou alguma má formação eram consideradas débeis ou anormais, com isto eram abandonadas em cestos às margens do Rio Tigre. Na antiga Grécia por existir o culto ao corpo e a perfeição física, sendo esta uma condição *sine qua non* para a participação em sociedade, a criança deficiente passava por um conselho que definiria se ela deveria viver ou morrer (PERANZONI e FREITAS, 2000; BRASIL, 2002; CARDOSO, 2003).

No tempo de Aristóteles, havia em Atenas cerca de 20 mil pessoas com deficiência, sendo considerado um número alto. Os gregos não podiam ser considerados um povo que produzia deficientes, tentavam, portanto, de todas as maneiras impedir que estas crianças permanecessem vivas, constituindo o movimento que se chamou de **exclusão** (ibid, 2000).

A sociedade da época, não só eliminava as pessoas deficientes, mas fazia com que esta condição perdurasse e acontecia um movimento cíclico e perene de segregação, em analogia ao “darwinismo social”, considerando-os como representantes de perigo para a continuidade da espécie.

Na Idade Média:

As pessoas com necessidades especiais neste período eram considerados de acordo com seus comportamentos diferentes, surgindo assim a crença de uma origem demoníaca das doenças, intensificando-se a crença no sobrenatural. Por serem associados à imagem do diabo e a atos de feitiçaria, eram perseguidos e mortos ou

excluídos da sociedade, mantendo a mesma proposta da Idade Antiga. (ibid, 2000; ibid, 2003).

Renascimento:

Nesta época, a questão da diferença passa da órbita da influência da Igreja para se tornar objeto da Medicina. Surgem as ciências e com elas as concepções racionais que buscam explicações para as causas das deficiências, que passam a ser consideradas do ponto de vista médico como sendo de caráter hereditário. O desenvolvimento da ciência permite questionar os dogmas religiosos, a medicina começa a ganhar um forte espaço, no século XVIII, e as pessoas com deficiência passam a ser vistas como objeto de estudo, tratamento médico e alivio da sobrecarga familiar social. As pessoas com deficiência eram mandadas para asilos e hospitais, na companhia de prostitutas, loucos e delinqüentes (KASSAR, 1999; PERANZONI e FREITAS,2000; CARDOSO, 2003).

Essa perspectiva se chamou **segregação.** Agora os considerados deficientes na época, ficavam segregados em instituições, a fim de não se tornarem um risco para a sociedade. Todos eram considerados dentro de uma única perspectiva, ou seja, prostitutas, loucos, deficientes, delinqüentes não eram vistos com diferentes entre si, mas pertenciam a uma categoria que se afastava do modelo de homem idealizado.

Século XIX:

Período em que acontece a institucionalização, surgindo posteriormente a Educação Especial. Nessa ocasião a sociedade demonstra a tomada de consciência das necessidades que pessoas podem apresentar, no entanto, o caráter é ainda assistencial e procura protegê-las do contato com os ditos “anormais”. Pessoas com

deficiência eram separadas e isoladas das crianças do grupo principal e majoritário da sociedade, embora frequentassem o mesmo espaço geográfico (BRASIL, 2002; ibid, 2003). Esse momento pode ser identificado como o de **integração.** Dentro desse modelo o problema da deficiência se constituía uma responsabilidade do indivíduo e a sociedade cabia apenas, recebê-lo em ambientes freqüentados pelas demais pessoas, embora sem ampla participação social em todos os grupos.

A educação de pessoas com necessidades especiais atuava de forma solitária, segregada e excludente, nos moldes assistencialistas e terapêuticos da Europa embora em algumas iniciativas possamos encontrar formas muito mais humanas para tratar essas pessoas. O princípio da "normalização" guiava toda a proposta de intervenção social e escolar, trazendo como principal meta – se aproximar o máximo possível das pessoas consideradas "normais". Na América do Norte surgem os primeiros programas para a atenção e cuidados aos grupos que se encontravam marginalizados e abandonados pela sociedade.

Século XX:

Este período é marcado pela desinstitucionalização das pessoas com necessidades especiais, surgindo, nessa ocasião, os programas e serviços especializados. O avanço científico traz a classificação das deficiências, sendo estas compreendidas como condição humana e expressão da diversidade, porém os preconceitos são fortes. Verificou-se um processo lento de integração e participação, sendo um período de reformulações, crises e mudanças educacionais e sociais (CARDOSO, 2003).

Segundo Cardoso (2003), a deficiência em qualquer que seja a sua modalidade, deve ter como tema a prevenção e proteção da pessoa. O estudo da proteção de pessoas com deficiência surge após as duas grandes guerras mundiais porque foram guerras mutiladoras, onde o número de deficientes aumentou e fez com que esses

fatos ficassem expostos, exigindo uma posição do Estado como protetor dessas pessoas.

Cada país trata o tema com características diferentes. No Brasil, as guerras não acarretaram a conscientização do problema da deficiência, como ocorreu em outros países como Europa e Estados Unidos. Os índices brasileiros advêm de problemas mais atuais como acidentes de trânsito, carência de alimentação, falta de saneamento básico, dentre outros (CARDOSO, 2003).

O problema, não se limita apenas a proteção do Estado. O relacionamento da pessoa com necessidades especiais se inicia no despreparo dos pais para receberem seu filho com deficiência, como é o caso daquelas congênitas ou adquiridas ao nascimento, onde a criança começa a enfrentar seus primeiros problemas oriundos da rejeição. A convivência é outra barreira, pois nem todas as pessoas estão preparadas para lidar com as necessidades especiais nas diversas situações sociais.

Para delimitar o conceito da pessoa com necessidades especiais devemos levar em consideração critérios trazidos não apenas da área jurídica, mas da medicina, psicologia, educação, sociologia, etc.

Skliar (2000) relata que a intenção de definir as pessoas com alguma deficiência, apresenta uma visão clara de pessoa incompleta, juntamente como um de seus derivados mais perigosos, o paternalismo, que é um reflexo da intolerância e do racismo gerado por um modelo econômico-político concêntrico.

Das expressões apresentadas as mais utilizadas na década de 70 foram “excepcional”, “deficiente” e “pessoas portadoras de deficiência” e hoje “pessoas com deficiência”, através da Portaria nº 2.344/2010 da Coordenadoria Nacional para integração da Pessoa com Deficiência - CORDE, que passamos a adotá-la a partir deste ponto.

Skliar (2000) e Mantoan (2009), afirmam que o papel da deficiência, no inicio da vida, não é o centro inevitável do desenvolvimento, mas uma força motriz. A criança não vive a partir de sua deficiência, mas a partir daquilo que para ela resulta como um equivalente funcional.

O que define a pessoa com deficiência não é a falha de um membro, nem da visão ou uma audição reduzida, mas sim a dificuldade de se relacionar, de se integrar

na sociedade, por algum problema, seja sensorial, intelectual, psicológico, etc., essa dificuldade dependerá de cada cultura. Como por exemplo: uma colônia de hansenianos, na sociedade constituída para abrigar esse grupo de doentes, cada um deles está perfeitamente integrado, com família constituída, relacionamento profissional e social. Naquela sociedade, não se pode falar em pessoa com deficiência; fora desse ambiente, seria um problema manifesto.

Skliar, (2000, 2010); Mantoan (2002, 2005, 2009) e Glat (2007), dizem que o questionamento implícito na concepção de deficiência é que ela trata ou reduz o tamanho da deficiência, reduzindo as consequências sociais.

Esse foi o momento que chamou-se de **inclusão.** Agora há uma mudança na posição da sociedade entendida como responsável por todos os seus cidadãos, diferindo do momento anterior no qual o problema era de responsabilidade individual. A inclusão adverte a sociedade para que ela se prepare para receber “todas” as pessoas independentes de sua condição, situação, raça, credo, dentre outros, afim de que possam ter acesso aos bens que a sociedade oferece.

Quais seriam as razões que explicam a dificuldade de inserção social das pessoas com deficiência? Devemos atentar para o grau que envolve essa dificuldade. Uma pessoa com necessidades especiais poderá não encontrar problemas de adaptação à sua realidade social, enquanto outras sofrem restrições sérias.

O meio social torna-se um fator determinante de sua inserção ou não. Quando se vive em um meio social complexo haverá um rigor maior com o indivíduo, exigindo-se melhor adaptação social, independente de sua condição. A vida em sociedades mais simples proporcionarão mais facilidade de participação social diante das demandas que sugere.

O Brasil enquanto país membro da Organização das Nações Unidas - ONU e signatário dos documentos norteadores para o desenvolvimento de políticas públicas tais como: a Declaração de Salamanca; reconhece seus conteúdos para a construção de dispositivos legais. Dentre os marcos legais citamos no Quadro 1:

Quadro 1 – Dispositivos Legais

LEIS E DECRETOS	O QUE DIZ
Constituição Federal (1988)	Introduz uma nova prática administrativa, descentraliza o poder, onde cada município realiza o mapeamento dos cidadãos e passa a planejar e implementar os recursos necessários ao atendimento das necessidades na atenção pública.
Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990)	Assegura todos os direitos fundamentais e garante o direito à educação para o desenvolvimento em igualdade de condições de acesso e permanência na escola pública.
Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB Lei nº 9.394/96	Assegura a inclusão de pessoas com deficiência no ensino regular que vem se tornando gradativamente uma realidade através das estratégias e orientações para educação de crianças com necessidades especiais.
Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Decreto 3.298/99	Assegura a plena integração e o exercício dos direitos básicos da pessoa com deficiência, tendo o respeito à igualdade de oportunidades. Considera a educação especial como a oferta obrigatória e gratuita em estabelecimento público de ensino
Convenção Interamericana (1999)	Sugere a eliminação das formas de discriminação, tem o compromisso de medidas de caráter legislativo, social, educacional para garantir o melhor nível de independência e qualidade de vida para pessoas com deficiência e sensibilizar a população
Plano Nacional de Educação – PNE Lei nº 10.172/01	Estabelece objetivos e metas para a educação de pessoas com deficiência em parceria com as áreas de saúde e assistência social; formação inicial e continuada de professores; recursos didáticos especializados, e incentivo a pesquisa nas áreas relacionadas
Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica – Res. CNE/CEB 02/2001	Esclarece sobre os compromissos que proporcionarão condições coletivas para atender a diversidade; a escola deve no seu projeto pedagógico identificar em que condições a inserção do aluno se fará, ou seja, tornando-a um espaço inclusivo. O projeto pedagógico deve atender ao princípio da flexibilização, para que o acesso ao currículo seja adequado as condições dos discentes, respeitando seu caminhar próprio e favorecendo seu progresso escolar.
Decreto 5.626/2005	Regulamenta a Lei 10.436/02 que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS e o artigo 18 da Lei 10.098/00. Regulamenta a inclusão da Libras como disciplina curricular obrigatória nos cursos de formação de professores para exercício do magistério, em nível médio e superior e nos cursos de Fonoaudiologia. Regulamenta a formação de professor e do instrutor de Libras. Apresenta os dados para regulamentação do uso e a difusão da Libras e da Língua Portuguesa para acesso das pessoas surdas à educação desde a educação infantil até a superior, garantindo o direito à educação das pessoas surdas ou com deficiência auditiva em escolas ou classes bilíngüe.
Lei nº 12.319/ 2010	Regulamenta o exercício da profissão de Tradutor e Interprete de LIBRAS. Em seu artigo 6º traz as atribuições do tradutor e interprete, no exercício de suas competências onde apresenta que este deverá efetuar a comunicação entre surdos e ouvintes, surdos e surdos, surdos e surdo-cegos, surdo-cegos e ouvintes, por meio da LIBRAS para língua oral e vice-versa. Neste contexto não se levou em consideração da forma de comunicação do surdocego.
Portaria 2.344/2010	Regulamenta que onde se lê: “pessoas portadoras de deficiência”, leia-se: “pessoas com deficiência”.

Fonte: (CARDOSO, 2003; BRASIL, 2001, 2005, 2009, 2010)

O movimento de inclusão social iniciado na década de 80 e norteado pelos marcos legais defende os princípios do direito à igualdade e à diferença nos contextos educacionais, visando eliminar os processos de discriminação produzidos no interior da escola (BRUNO, 1993. 1997).

Bove (1993, apud CORMEDI, 2005), diz que a inclusão deve ser uma abertura de educadores e escolas para que a criança com deficiência não fique excluída do convívio dos demais. A inclusão responsável se faz com o acompanhamento da criança, de acordo com o seu nível de comprometimento, com atividades que tragam benefício à criança e no nível em que ela tem condições de participar.

Na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, Acesso e Qualidade, realizada em 1994, em Salamanca, na Espanha, que apresentou uma estrutura de ação em busca de uma Educação para Todos, ressaltamos a importância da Educação Inclusiva por entender que as escolas devem buscar formas de educar, todas as pessoas, entre elas as pessoas com deficiência (BRASIL, 1994)

Em 2000, o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE apresentava 24,6 milhões de brasileiros com pelo menos uma deficiência, o que representa cerca de 14,5% da população. De acordo com Maia (2001), o IBGE (1991) divulgou um número de 87.000 múltiplos deficientes e entre eles encontram-se, os surdocegos por serem pessoas com mais de uma deficiência. Outros indivíduos, podem não ter sido considerados, neste censo, por causa da descrição de cegueira e surdez no Manual do Recenseador, que considerou somente como deficientes, as pessoas com perdas totais. Nos Estados Unidos, em 1988, havia 11.048 pessoas surdocegas, entre 0 e 22 anos, de acordo com censo nacional específico para este fim. Comparativamente no Brasil, espera-se uma incidência entre a população de 0 a 22 anos de 6.000 pessoas com surdocegueira. Portanto, faz-se necessário um censo da área de saúde, já que não temos dados de quantos surdocegos são atendidos, seja na área de saúde ou educação.

O censo escolar de Educação Especial realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP em 2009, aponta os seguintes índices de alunos em educação especial, sendo distribuídos em escolas especiais, classes especiais e incluídos, descritos no Quadro 2:

Quadros 2 – Índices de Alunos em Educação Especial

Matrícula Inicial				
Unidades da Federação	**Educação Especial (alunos de escolas especiais, classes especiais e incluídos)**			
	Educação Infantil	**Ensino Fundamental**	**Ensino Médio**	**EJA Presencial**
Brasil	**33.641**	**358.701**	**20.080**	**37.985**
Pernambuco	**1.662**	**11.348**	**385**	**2.393**
Recife	**331**	**2.156**	**126**	**844**

Fonte: (BRASIL, 2009)

Como vemos o maior número de alunos com deficiência em Recife, encontram-se no Ensino Fundamental 2.156, seguidos dos 844 alunos da Educação de Jovens e Adultos.

O Brasil como signatário da Declaração de Salamanca, selou o compromisso de garantir acesso à educação inclusiva até 2010. Atualmente, enfrentamos não só o problema de instalações físicas precárias, mas também a falta de material didático-pedagógica e a falta de capacitação dos professores. Segundo José Rafael Miranda coordenador de desenvolvimento da Secretaria de Educação do MEC em 2004, o problema não é a falta de recursos, mas sim a falta de apoio técnico terapêutico, pois muitas crianças que freqüentam as escolas regulares não conseguem fazer as terapias necessárias por falta de acesso a locais especializados. E, nesse caso, quando conseguem uma vaga em entidades conveniadas há o problema de transporte.

André Zahar, noticiou na Folha de São Paulo de 19/08/2009, que o ministro da educação Fernando Haddad devolveu ao Conselho Nacional de Educação (CNE), para revisão o documento que homologou, onde recomenda a obrigatoriedade de matrícula de alunos com deficiência na rede regular de ensino; defendendo que o prazo para implementação da medida deveria ser maior, já que o mesmo entrava em vigor a partir de 2010.

O documento enviado para homologação estabelecia a obrigatoriedade de matrícula de seus alunos, sendo eles oriundos da Educação Especial e deixava com função complementar ou suplementar o atendimento educacional especializado. A polêmica se dá quanto aos limites da inclusão, despreparo das escolas e dos

professores. O Ministério da Educação diz ser necessário um maior prazo para se adaptar as exigências.

Sandra Marinho, secretária executiva da Federação Nacional das APAES, defende a inclusão, mas considera que não é necessário “exterminar” a escola especial, pois considera que uma parcela de deficientes com mais comprometimento terá uma adaptação pouco provável nas escolas comuns.

Já Claudia Grabois (2009) da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD), considera que “toda a criança” tem direito a estudar na classe comum das escolas públicas. O apoio da escola especial deveria ser oferecido no contraturno. Ressalta ainda que a escola vai se preparar se tiver o aluno com deficiência, senão tiver, jamais estará preparada.

Atualmente além dos marcos legais, temos os marcos científicos com duas classificações para deficiências e outras doenças. A primeira demarca a classificação de doenças diante do modelo médico, e entre outras funções, vem sendo muito utilizada para as consequências, nível de gravidade e intensidade das doenças e para fins previdenciários; e a segunda classificação se detém ao modelo funcional, utilizada no processo de reabilitação e complementa o modelo médico apresentando os diferentes níveis de funcionamento. Levaremos, portanto, em consideração para esta dissertação, a segunda classificação, como definimos a seguir:

1.1.1. Modelo Médico – Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde – CID

A Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID) encontra-se em sua décima versão CID-10, sendo proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Trata de um sistema internacional de classificação e registra uma condição anormal de saúde e representa uma exigência legal para documentos e atestados relacionados à saúde das pessoas. Refere-se às “deficiências” como um sistema de signos e sintomas e como parte de um conjunto que configura as doenças. Esse instrumento de classificação internacional não permite avaliar o impacto da doença

sobre a pessoa e também não descreve as restrições funcionais da mesma (BATISTELLA & BRITO, 2002).

Na busca de superar esta lacuna, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou estudos para definir um sistema classificatório e descritivo das alterações funcionais. Em 1980, publica a versão do ICIDH: "*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual of classification relating to the consequence of disease"* (WHO, 1980).

Em 1989 o Ministério do Emprego e da Segurança Social de Portugal traduziu e atualizou o ICIDH como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: Um manual de classificação das conseqüências das doenças (CIDID/OMS, 1989), que apresenta as seguintes classificações:

- ✓ **Deficiência:** são perdas ou alterações do corpo que podem ser temporárias ou permanentes, refletindo a exteriorização de um estado patológico.
- ✓ **Incapacidade:** diz respeito às conseqüências que a deficiência pode produzir na pessoa, em seu comportamento ou no desempenho de uma atividade, podendo ser temporárias, permanentes, reversíveis ou irreversíveis.
- ✓ **Desvantagem:** representa os prejuízos social, cultural, econômico e ambiental que a pessoa enfrenta devido à sua deficiência ou incapacidade.

O CIDID representou um salto qualitativo nos estudos ao apresentar os três subconceitos, que distinguem doença e "deficiência", sendo esta entendida como uma conseqüência da primeira, além de considerar os aspectos sociais ultrapassando a barreira da condição biológica (AMARAL, 1996).

Em 1993, a OMS, continuou seu objetivo de registrar e avaliar o impacto das doenças na qualidade de vida das pessoas ao rever e atualizar o CIDID com os seguintes objetivos: servir aos diferentes propósitos dos diferentes países; ser uma descrição simples apropriada e coerente das conseqüências das condições de saúde; ser útil na prática de programas de reabilitação, de prevenção e sociais; traduzida e aplicada em diferentes culturas. Foi, então, proposta a elaboração da versão da Classificação de Funcionalidade.

1.1.2. Modelo Funcional – Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF

A primeira versão da Classificação de Funcionalidade data de 1980, chamada Classificação Internacional de Deficiências, Discapacidades e Minusvalia (CIDDM), foi publicada pela OMS, em caráter experimental. Em 2001, foi aprovada e pode ser empregada internacionalmente, sob a resolução WHW 54.21, na 54ª Assembléia Mundial de Saúde.

Os conceitos aplicados as denominações “deficiência”, “discapacidades” e “minusvalia” se ampliam no âmbito da classificação para descrever também as experiências positivas.

A informação do diagnóstico pelo CID-10 associadas à informação sobre a funcionalidade proporciona uma visão mais ampla e significativa dos estados de saúde das pessoas, bem como facilita o processo de tomada de decisões.

A CIF passa a ser de uma classificação de “conseqüências das doenças” para uma classificação de “componentes de saúde”. A CID classifica e registra a doença enquanto a CIF complementa com as informações de funcionalidade. Portanto duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionamento, e duas pessoas com o mesmo funcionamento não têm necessariamente a mesma condição de saúde.

O sistema CIF reconhece as deficiências como problemas das funções corporais associados às condições de saúde. Esta família de classificações da OMS proporciona um marco conceitual para codificar informações relacionadas à saúde, empregando uma linguagem única para possibilitar a comunicação entre saúde, diferentes disciplinas e ciências.

Nesta versão, o termo funcionalidade substitui os termos deficiência, incapacidade e desvantagem e dá lugar à ampliação do significado, considerando as experiências positivas, registrando e enfatizando a potencialidade do indivíduo com necessidades especiais. Como afirmamos anteriormente manteremos o termo “pessoa com deficiência” ou “pessoa com necessidades especiais”.

1.1.3. Conceito e Classificação das Perdas Visuais

De acordo com Veitzman (2000), muitas doenças oculares causam um déficit visual permanente ao indivíduo. Um dos objetivos da Medicina é reduzir o impacto que a doença causa no desenvolvimento geral do indivíduo, mantendo a sua independência e atividade produtiva.

A Deficiência Visual compreende a cegueira e a baixa visão, sendo uma situação de diminuição da visão mesmo após tratamento clínico e/ou cirúrgico e uso de lentes convencionais (ibid, 2000; OMS, 1992).

A pessoa com deficiência visual tem restringida a sua orientação e mobilidade e a sua capacidade de realizar tarefas. A deficiência visual é classificada pela OMS em categorias, que abrangem desde uma perda visual leve até a ausência total de visão. A Classificação da OMS é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre diferentes países. Entretanto, essa classificação é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual. Por isso, um conceito mais abrangente foi elaborado em 1992, em Bangkok, baseando-se na capacidade funcional do indivíduo, estabelecendo que:

> o portador de baixa visão é aquele que possui um comprometimento do seu funcionamento visual mesmo após tratamento ou correção de erros refracionais comuns e apresenta uma acuidade visual inferior a 6/18 até percepção luminosa e um campo visual inferior a 10 graus do seu ponto de fixação, mas que utiliza ou é potencialmente capaz de utilizar a visão para o planejamento ou a execução de uma tarefa. (p.3)

O termo baixa visão, hoje adotado pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia - CBO, foi criado pelo Dr. Gerald Fonda, em 1953. O termo “baixa visão” substituiu oficialmente o termo “visão subnormal” em 1976, durante uma assembléia da OMS.

A Classificação da Baixa Visão sofreu modificações. Adota-se o critério estabelecido pela OMS para fins epidemiológicos pela determinação de valores de acuidade visual no melhor olho, com a melhor correção óptica, conforme Quadro 3:

Quadro 3 – Classificação da Deficiência Visual:

Tipo de Visão	Classificação	Acuidade Visual	Campo Visual
Visão Normal	Visão Normal	20/12 até 20/25	51 – 70°
	Visão quase Normal	20/30 até 20/50	31 – 49°
Baixa Visão	Leve	20/60 até 20/80	29 – 50°
	Moderada	20/100 até 20/160	11 – 30º
	Severa	20/200 até 20/400	6 – 10°
	Profunda	20/500 até 20/1000	3 – 5°
Cegueira	Quase cegueira	20/1250 até 20/2500	1 – 2º
	Cegueira total	Sem percepção de luz	

Fonte: Colenbrander, A; Fletcher, D. Ophthalmology Clinics of North America (1994)

Faye (1984) ressalta que, do ponto de vista clínico, além de acuidade e do campo visual, podem estar afetadas também outras funções visuais como: percepção de cores, sensibilidade aos contrastes, adaptação à luz e ao escuro, motilidade ocular, fusão e percepção visual. Para Colenbrander (1994) baixa visão é uma expressão intermediária que pode ser usada para qualquer tipo ou grau de alteração visual e aplicado tanto à perda de acuidade visual quanto ao campo visual ou outras funções visuais, encontrando-se no meio da escala entre a visão normal e a cegueira. Para Fletcher (1994), baixa visão não é cegueira; uma pessoa com baixa visão tem um resíduo visual que deve ser aproveitado.

Torna-se importante neste momento esclarecer alguns termos ou conceitos muito utilizados em baixa visão:

- ✓ **Perda visual:** é um termo genérico para descrever qualquer tipo ou grau de acometimento visual, incluindo a cegueira ou baixa visão;
- ✓ **Cegueira:** é por definição, a perda total da visão (ausência de percepção de luz). Contudo o termo “cegueira” também pode ser utilizado em outras situações. Recomenda-se que ao referir a “cegueira”, este venha seguido da definição.
- ✓ **Distúrbio Visual:** refere-se à condição anatômica que causa a perda visual. Não expressa a capacidade funcional do olho.
- ✓ **Deficiência Visual:** caracteriza-se por uma perda das funções visuais como acuidade visual, campo visual, etc., em conseqüência de um distúrbio visual. Muitas destas funções podem ser medidas quantitativamente.

- ✓ **Incapacidade visual:** refere-se à habilidade do indivíduo na execução de tarefas. Melhor expressa como capacidade de leitura e escrita, mobilidade, etc.
- ✓ **Desvantagens ou limitação visual:** refere-se às conseqüências sociais e econômicas da perda visual, necessitando de auxílios especiais, discriminação, impossibilidade de dirigir, etc.
- ✓ **Visão funcional:** termo usado para descrever as habilidades do indivíduo no uso da visão, nas atividades de vida diária. Muitas delas descritas, somente qualitativamente.

Os termos distúrbios, deficiência, incapacidade e desvantagem descrevem aspectos da perda visual, conforme Quadro 4, abaixo:

Quadro 4 – Aspectos da Perda Visual

Distúrbio	Deficiência	Incapacidade	Desvantagem
Variações Anatômicas	Variações na função do órgão	Perda das habilidades individuais	Perda sócio-econômica
Intervenção Clínico/cirúrgica	Auxílios para Baixa Visão		Inclusão Social

Fonte: Veiztman (2000) – Manual CBO: Visão Subnormal

A baixa visão pode, de acordo com o quadro acima, ser vista de diferentes ângulos. Quanto maior a perda visual, maiores as conseqüências funcionais, isto é importante à medida que se considera os diferentes níveis de perda visual.

1.1.4. Conceito e Classificação das Perdas Auditivas

A audição desempenha um papel principal e decisivo no desenvolvimento e na manutenção da comunicação por meio da linguagem falada, além de funcionar como um mecanismo de defesa e alerta contra o perigo que funciona 24 horas por dia.

Segundo a *American Speech Language and Hearing Association* (ASHA, 1981), o termo deficiência auditiva é usado para indicar uma mudança para pior na função ou na estrutura auditiva, estando fora da faixa de normalidade. Por sua vez Hungria (2000, p.367) a define como um distúrbio da audição, perda da capacidade auditiva em maior

ou menor grau de intensidade, em caráter transitório ou definitivo, estacionário ou progressivo.

De acordo com os dados da Fiocruz (2010), a deficiência auditiva é considerada como a diferença existente entre o desempenho do indivíduo e a habilidade normal para a detecção sonora de acordo com padrões estabelecidos pela *American National Standarts Institute* (ANSI, 1989).

Hungria (2000), classifica a deficiência auditiva em:

- ✓ **Leve –** quando ocorre a incapacidade de ouvir normalmente (além de 3 metros), encontrando certa dificuldade, por exemplo, em teatros e cinemas;
- ✓ **Moderada –** quando existe uma dificuldade em ouvir a conversação normal à pequena distância (além de 1 metro);
- ✓ **Severa –** quando o indivíduo não pode ouvir conversação a não ser em voz forte ou com o uso de prótese auditiva, quando o som é ampliado;
- ✓ **Profunda –** quando ocorre a incapacidade de discriminar a voz falada, mesmo com amplificação máxima.

Klein e Rapin (2002), referem que a perda auditiva é classificada também de acordo com o local da lesão, podendo ser condutiva, sensório-neural ou mista, e, de acordo com a lateralidade das orelhas acometidas com perda auditiva, pode ser unilateral ou bilateral:

- ✓ ***Condutiva* –** quando ocorre qualquer interferência na transmissão do som desde o conduto auditivo externo até a orelha interna. A grande maioria pode ser corrigida através de tratamento clínico ou cirúrgico. Pode ter causas diversas como: corpo estranho no conduto auditivo, inflamação da membrana timpânica, perfuração no tímpano, destruição da tuba auditiva, etc.
- ✓ ***Sensorial Neural* –** quando há uma impossibilidade de recepção do som por lesão das células ciliadas da orelha interna ou do nervo auditivo, sendo irreversível. Pode ser de origem hereditária ou congênita como problemas da mãe no pré-natal, traumas físicos, prematuridade, baixo peso ao nascimento, trauma no parto, meningite, encefalite, caxumba, sarampo, etc.
- ✓ ***Mista* –** quando há uma grande alteração na condução do som até o órgão terminal sensorial associada à lesão do órgão sensorial ou do nervo auditivo. O

Audiograma mostra geralmente limiares de condução óssea abaixo dos níveis normais, embora com comprometimento menos intenso do que nos limiares da condução aérea.

- ✓ ***Central ou Surdez Central –*** este tipo, não é acompanhado de diminuição da sensitividade auditiva, mas manifesta-se por diferentes graus de dificuldade na compreensão das informações sonoras. Decorre de alterações nos mecanismos de processamento da informação sonora no tronco cerebral (Sistema Nervoso Central – SNC).

Frota (2003) apresenta um critério de classificação das perdas auditivas baseando-se em avaliações audiológicas considerando a média de audição **normal** menor que 26dB; perda auditiva **leve** entre 26 a 40 dB; perda **moderada** entre 41 a 70 dB; perda **severa** entre 71 a 90 dB e a perda auditiva **profunda** acima de 90dB.

1.2. A escola ideal e a escola real na atenção a surdocegueira

Garantida pela legislação, a inserção dos alunos com deficiência no ensino regular acontece cada vez mais intensamente. Os questionamentos, incertezas e frustrações se acumulam ao lidar com a diversidade dos alunos hoje presentes nas escolas (GLAT, 2007).

Incluir em uma classe regular alunos com deficiência que demandam ações educativas diferenciadas para garantir o sucesso do processo ensino-aprendizagem, dependerá de um sistema de suporte que permita adaptar métodos e práticas de ensino e avaliação, incorporando recursos e adaptações. Este sistema de suportes, para Glat (2007), inclui os serviços especializados de Educação Especial.

> Por Educação Especial, modalidade de educação escolar, entende-se um processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da Educação Básica (BRASIL, 2001, p.39).

A Educação Especial tradicionalmente se configurou como um sistema paralelo e segregado de ensino. Diante das novas demandas e expectativas sociais, aliadas aos

avanços da ciência e tecnologia, os profissionais da Educação Especial têm se voltado para a busca de novas formas de educação escolar com alternativas menos segregativas de absorção desses educandos pelo sistema de ensino.

Esse processo vem se acelerando, a partir dos anos 90, com o reconhecimento da Educação Inclusiva como diretriz educacional prioritária. O princípio básico deste modelo é que todos os alunos, independente de suas condições socioeconômicas sejam acolhidos nas escolas regulares, as quais devem se adaptar para atender às suas necessidades, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos (GLAT, 2007).

A Educação Inclusiva significa um novo modelo de escola, em que é possível o acesso e a permanência de todos os alunos, e onde os mecanismos de seleção e discriminação são substituídos por procedimentos de identificação e remoção das barreiras para a aprendizagem. Para se tornar inclusiva, a escola precisa preparar seus professores e equipe de gestão, e rever as formas de intervenção vigentes entre todos os segmentos que a compõem e nela interferem. Para acolher todos os alunos, a escola precisa, sobretudo, transformar suas intenções e escolhas curriculares, oferecendo um ensino diferenciado que favoreça o desenvolvimento e inclusão social.

Mais que uma nova proposta educacional, a Educação Inclusiva pode ser considerada uma nova cultura escolar, envolvendo a gestão de cada unidade e dos próprios sistemas educacionais.

A Educação Especial encontra-se, também, em processo de re-significação de seu papel, para abranger, além do atendimento especializado direto. Não deve ser concebida como um sistema educacional especializado à parte, mas sim, como um conjunto de metodologias, recursos e conhecimentos que a escola comum deverá dispor para atender à diversidade do alunado.

O objetivo da Educação Especial dessa proposta, é a possibilidade de ingresso e permanência do aluno na escola regular com sucesso acadêmico, e isso só poderá se dar a partir da atenção às suas peculiaridades de aprendizagem e desenvolvimento.

Segundo Reily (2004) na mediação cultural, o pensamento ancora-se na atividade, entende que o ato precede a compreensão, sendo específico ao contexto de significação. O trabalho pedagógico deve ser pautado em contexto e atividades. O

aluno é reflexivo, alguém que reflete sobre seu próprio comportamento e dos outros. Crianças são ativas no processo educacional.

Na escola inclusiva, os princípios de aprendizagem significativa, a ação e mediação valem para todos, alunos com ou sem deficiência. No entanto, geralmente, as crianças com deficiência nas áreas de comunicação e linguagem, vivenciam a escola como meros espectadores. Na escola inclusiva apesar da palavra da lei, será preciso atentar para a garantia do acesso aos instrumentos de mediação da atividade. (REILY, 2004).

Skliar (2000) relata nos estudos que realizou que, todos os autores manifestam uma insatisfação a respeito das tradições e paradigmas que predominam na Educação Especial. Considera que essa modalidade educativa atravessa uma crise profunda onde fica difícil pressagiar se ela sobreviverá ou será ressuscitada.

A dicotomia apontada por autores entre Educação Inclusiva e Educação Especial, apresenta-se como se o advento de uma modalidade representasse a descontinuidade da outra. A perspectiva de Glat (2007) mostra que a Educação Especial constitui-se como um arcabouço consistente de conhecimentos teóricos e práticos, que devem ser levados em consideração diante das propostas de inclusão.

O problema dessa crise reside em dois aspectos: por um lado saber a qual crise se faz referência e por outro não sendo tanto a crise, mas sua interpretação ideológica. É levantada a questão de quais seriam os fatores que caracterizam a situação da Educação Especial (ibid, 2000).

Mas o que é e o que não é educação especial? É nesse sentido que se justificou uma forma especial de entender e produzir uma educação para determinados sujeitos? Para responder Skliar (2000) apresenta as seguintes opções:

- ✓ Especial porque se parte do princípio de que os sujeitos, no sentido de “deficiência”, impõem uma restrição;
- ✓ Refere-se as instituições escolares tanto em sua ideologia e arquitetura educativa, sendo diferente da educação geral;
- ✓ Como sinônimo de educação menor e irrelevante, fazendo menção tanto dos sujeitos como da instituição.

Ao afirmar a singularidade educativa faz-se uma caracterização excludente a partir da deficiência que possuem, portanto não se trata de educação, mas de intervenção global de reabilitação. Se acreditarmos que a “deficiência” define e domina toda a vida social e pessoal dos sujeitos, não estamos construindo um verdadeiro processo educativo, mas um vulgar processo clínico (SKLIAR, 2000).

Skliar (2000), relata ainda, que se falarmos em especial como menor, porque atua com sujeitos menores, envolverá o significado oposto, de que haverá uma educação maior para supostos maiores, uma educação completa, relevante e absoluta.

Outro problema abordado por ele é a insistência no modelo clínico-terapêutico na abordagem educativa das crianças especiais. Considera por modelo clínico-terapêutico toda a opinião, prática que anteponha valores acerca do tipo de deficiência acima da idéia da construção do sujeito como pessoa integral, apesar de e com a sua “deficiência”.

O paradigma que hoje conhecemos por educação inclusiva não representa necessariamente uma ruptura, mas, sim, o desenvolvimento de um processo de transformação das concepções teóricas e das práticas da Educação Especial, que vêm historicamente acompanhando os movimentos sociais e políticos em prol dos direitos das pessoas com deficiência e das minorias excluídas, em geral.

1.3. Construindo parcerias para inclusão do surdocego

O Brasil vem procurando adotar os proclames da Declaração de Salamanca. Na Lei de Diretrizes e Bases - LDB em seu art. 4º, diz que: “o atendimento educacional deve se dar preferencialmente na rede regular de ensino” e incentiva a adoção de reformas educacionais de qualidade e equidade no setor educacional, assumindo o compromisso de Educação para Todos.

O novo paradigma faz com que as escolas modifiquem-se para atender qualquer diversidade independente de suas condições social e cultural, bem como suas características individuais, o que significa um desafio para os sistemas escolares.

Com relação à educação dos surdocegos, Farias e Maia (2007), referem-se ao fato de que a Declaração de Salamanca deixa uma exceção aberta à inclusão. Assinala

a importância da língua de sinais como meio de comunicação, garante o acesso à educação através dela, mas sugere que devido aos problemas de comunicação a educação delas pode ser mais adequadamente provida em escolas ou classes especiais.

A inclusão do aluno surdocego ainda é tímida por envolver questões como: as diferentes concepções de “deficiência”, conhecimento de estilos de aprendizagem e as reais necessidades de comunicação destes alunos (FARIAS & MAIA, 2007).

Para a inclusão de surdocegos ser favorecida faz-se necessário a participação do profissional guia-intérprete ou de um instrutor mediador, na qual a intermediação será o ponto principal para o sucesso da aprendizagem e inclusão.

O atendimento de crianças surdocegas nas escolas necessita determinar, além do currículo formal baseado nas atividades tradicionais da escola, a inserção de objetivos funcionais adequados à faixa etária e às necessidades específicas desses alunos.

Um currículo funcional está relacionado a capacidades básicas de autonomia, tais como: comunicação, atividades de vida diária, alimentação, controle de esfíncteres, higiene pessoal, e orientação e mobilidade. O trabalho pedagógico deverá ter uma atitude nova diante do saber, uma base caracterizada pela transdisciplinariedade. Como nos diz os artigos 13 e 14 da Carta da Transdisciplinaridade (1994):

> A ética transdisciplinar recusa toda atitude que evite o diálogo e a discussão, seja qual for sua origem – de ordem ideológica, científica, religiosa, econômica, política ou filosófica. O saber compartilhado deverá conduzir a uma compreensão compartilhada, baseada no respeito absoluto das diferenças entre os seres, unidos pela vida comum sobre uma única e mesma Terra. Rigor, abertura e tolerância são características fundamentais da atitude e da visão transdisciplinar. O rigor na argumentação, que leva em conta todos os dados, é a barreira às possíveis distorções. A abertura comporta a aceitação do desconhecido, do inesperado e do imprevisível. A tolerância é o reconhecimento do direito às idéias e verdades contrárias às nossas (p.43)

Com base na transdisciplinaridade, é necessário aprender a compartilhar e a partilhar os diferentes tipos de saberes na busca de condições para o desenvolvimento das potencialidades da criança surdocega. O compartilhar envolve todos do processo: família, profissionais e comunidade. Para a inclusão do surdocego é necessário um preparo cuidadoso em vários aspectos como: 1) a formação de profissionais para o atendimento, bem como para assessorar os professores das classes comuns; 2)

examinar as condições que a escola oferece, para melhor adaptação; 3) analisar quais as formas didáticas para o benefício da criança; 4) conhecimento da pessoa envolvida na inclusão, quanto aos seus limites pessoais e formação, para que a contribuição de cada um estejam presentes; 5) os projetos educacionais se façam numa dialética teórico-prática, numa constante avaliação da criança (BRASIL, 2002).

Os ambientes deverão ser isentos de barreiras arquitetônicas, adaptados em termos visuais e sinalizados com referências indicativas do local, utilizando materiais com cores contrastantes, texturas diferentes, objetos de referência para a mobilidade e identificação dos locais.

Incluir crianças surdocegas nas escolas de ensino regular exige atenção às suas respostas e ao seu progresso. A oferta de serviços pedagógicos especializados se apresenta como uma alternativa de qualidade, tais como:

- ✓ Apoio individualizado para atividades, com estratégias específicas em contexto diversificado, que não podem ser realizados na sala de aula;
- ✓ Currículo complementar com objetos funcionais, com atividades básicas de autonomia, que não consta do currículo formal;
- ✓ Ambientes estruturados e seguros que melhorem a intervenção pedagógica e facilitem a participação da criança surdocega;
- ✓ Equipamentos e materiais específicos que possam facilitar o processo de aprendizagem e desenvolvimento.

A surdocegueira precisa ser considerada dentro de um contexto amplo e existencial do ser humano, conforme prevê a base da abordagem transdisciplinar

2. Aquisição da Linguagem

De acordo com Finger e Quadros (2008) a natureza do desenvolvimento linguístico da criança tem sido de interesse dos estudiosos da linguagem e da cognição há muito tempo. As primeiras palavras proferidas pela criança é motivo de orgulho, pois este evento é considerado um marco fundamental no desenvolvimento da criança. Este momento se constitui como os primeiros passos para que se torne um membro ativo de uma sociedade que atribui grande valor à linguagem como instrumento da expressão do pensamento e da comunicação. (BRASIL, 2002)

Nos estudos que investigam a aquisição da linguagem, não existe uma teoria ou abordagem única, com explicações consistentes para todos os aspectos do desenvolvimento lingüístico. As perspectivas teóricas que, adotamos são aquelas que no nosso entender melhor esclarecerão o processo de aquisição da linguagem do surdocego.

2.1. As idéias de Noam Chomsky e a aquisição da Linguagem

A abordagem gerativista, identificada por alguns pesquisadores como inatista, pressupões a existência de um mecanismo inato responsável pela aquisição da linguagem denominado Gramática Universal (GU). A Teoria Gerativista caracteriza-se pela busca de elucidação da natureza das línguas naturais, no que consiste o conhecimento de que o ser humano dispõe quando utiliza qualquer língua natural (CHOMSKY, 1957, 1965, 1968, 1975, 1986)

O processo de aquisição da linguagem tem sido estudado desde a Antiguidade com Aristóteles e Platão. Chomsky (1986, 1988) retoma as idéias da formulação do chamado “Problema de Platão: como a aquisição da linguagem é possível, uma vez que, embora a criança esteja exposta a um conjunto limitado de dados, ela é capaz de formular uma língua altamente complexa, em um período bastante curto de tempo” Diante da questão formulada, propõe que há certos aspectos do nosso conhecimento e do nosso entendimento que são inatos, fazem parte da nossa determinação genética, da nossa natureza.

A questão que surge entre o inatismo defendido por Chomsky e outras teorias é se o conhecimento da linguagem que a criança possui resulta do ambiente ou é biologicamente determinado. A perspectiva inatista propõe a existência de um componente da faculdade da linguagem na mente/cérebro da criança. A interação entre fatores ambientais e biológicos explica o uso que a criança faz da linguagem, tanto com relação à sua compreensão, como com a sua produção da linguagem. Os fatores do ambiente interferem no uso da linguagem, colocam em uso um sistema de conhecimento que identifica e extrai do ambiente as informações relevantes para acessar recursos que estão biologicamente determinados. Chomsky (1988) apresenta três fatores importantes para a aquisição da linguagem: os princípios geneticamente determinados da linguagem; os mecanismos de aprendizagem que são geneticamente estabelecidos; e a experiência lingüística que a criança está exposta em uma comunidade de fala.

Chomsky (1988), refere que crianças em diferentes partes do mundo, com experiências de vida diferenciadas, passam pelos mesmos estágios de aquisição, sugere que a língua adquirida não seja aprendida, mas sim determinada por princípios lingüísticos inatos que interagem com a língua que a criança é exposta no ambiente.

Um pressuposto de estudos desenvolvidos a partir do gerativismo é a idéia de que a forma como as crianças entendem as palavras e as sentenças, está relacionada a como a mente humana funciona. As crianças usam palavras novas de forma apropriada mesmo que nunca tenham ouvido antes. Elas adquirem tão rapidamente as palavras e as possíveis formas de combinações que não há como deixar de pressupor a existência de algum tipo de conhecimento inato que propicie o desenvolvimento da linguagem.

A proposta formulada com base no Dispositivo de Aquisição da Linguagem (DAL) concebe que as crianças nascem com tal dispositivo e são expostas a uma ou mais línguas até atingirem uma gramática estável.

A abordagem gerativista pressupõe a existência de um mecanismo inato responsável pela aquisição da linguagem, denominada Gramática Universal (GU), busca elucidar a natureza das línguas naturais, do que consiste o conhecimento de que o ser humano dispõe quando utiliza qualquer língua natural (QUADROS, 2008).

Chomsky (1957), influenciado pelas proposições racionalistas baseada nas idéias de Descartes, expõe na sua teoria gerativista que existiriam três tipos de idéias: adventícias (vindas de fora), as fictícias (aquelas criadas) e as inatas (pré-determinadas), sendo que estas últimas, não explicadas pelas experiências sensoriais, por serem inatas, seriam necessariamente universais.

A proposição pauta-se então no inatismo e na idéia de que existe um dispositivo independente para a linguagem, exclusivo da espécie humana e de caráter criativo. Conclui que o ser humano possui uma capacidade criativa para a partir de alguns elementos restritos poder expressar e compreender cadeias de forma irrestrita para a aquisição da linguagem. A partir daí, surge a proposta da existência de uma capacidade "gerativa" da linguagem.

Na teoria gerativa, os seres humanos são dotados de uma capacidade inata para a linguagem e possuem um conhecimento sobre o sistema lingüístico chamado de "competência". O que explicaria como a criança, exposta a tão poucos dados no seu ambiente, consegue desenvolver um sistema tão complexo em tão pouco tempo. A existência da Gramática Universal (GU), acionada por meio de um Dispositivo de Aquisição da Linguagem é o que desencadeia a competência lingüística da criança.

A concepção da linguagem de Chomsky (1986) é considerada como um conjunto de representações mentais e estabelece duas perspectivas ao definir linguagem:

> Linguagem-E, (*E-language)* conceito técnico de linguagem como instância da linguagem externa, ou seja, a língua em uso no sentido de construto independente das propriedades mente/cérebro, com caráter essencialmente epifenomenal, identificada também como performace. Linguagem-I *(I-language)* objeto da teoria lingüística que se caracteriza sob três pontos de vista: a) interna, no sentido de estado mental independente de outros elementos; b) individual, como capacidade própria do indivíduo (natureza humana); e c) intencional, de caráter funcional, no sentido de ser uma função que mapeia os princípios do estado inicial para o estado estável, identificada também como competência.

As línguas se apresentam como sistemas biológicos que os seres humanos usam para falar sobre o mundo, constituindo-se em um sistema conceptual intencional. A língua como meio de expressão passa a ser um sistema articulatório perceptual, de natureza sensório-motora, capaz de produzir sons e/ou gestos. Como sistema biológico, a linguagem é representada teoricamente como uma gramática (CHOMSKY, 1972).

Como uma gramática gera um conjunto de sistemas articulatório-perceptual e conceptual-intencional, ou seja, um item lexical que terá de passar pelas interfaces como uma forma articulatória possível de ser percebida pelo falante e com um significado específico.

Segundo Chomsky (1972 apud QUADROS,2008), pesquisas têm demonstrado que as crianças adquirem sua língua materna a partir da mera exposição à língua que a cerca, sem a necessidade de que exista algum tipo de correção por parte dos que convivem com ela. Ela ouve ou vê a língua que está sendo usada no seu ambiente e, a partir dela, com base nos princípios e parâmetros da GU, forma sua gramática estável. A língua a qual a criança é exposta funciona como uma espécie de “gatilho” que desencadeia a aquisição da linguagem.

O processo de aquisição acontece de forma bastante similar em diferentes comunidades lingüísticas, crianças balbuciam por volta dos oito meses de idade, as primeiras palavras entre o primeiro e o segundo ano de vida, fazem as primeiras combinações de palavras, já produzem sentenças estruturadas. Produzem supergeneralizações como “fazi” em vez de “fiz”, “desacender” ao invés de “apagar”.

O conhecimento que a criança tem não inclui apenas uma lista de sons, ou configurações de mão no caso dos surdos, não inclui apenas uma lista de vocábulos, mas a sistematicidade existente por trás dessas listas. Ela aplica processos fonológicos e morfológicos, bem como sintáticos, altamente complexos aos dados a que a criança é exposta. Quando esta generaliza um processo de formação de palavras, produz palavras possíveis na língua, apesar de jamais tê-las ouvido no ambiente (CHOMSKY, 1975).

A criança não aprende a linguagem porque generaliza esses processos, mas sim porque ela está diante de um ambiente que lhe permite acessar esse conhecimento, assim como acontece com as demais áreas do desenvolvimento. O ambiente determina a direção que a criança vai tomar em relação à língua a qual está exposta.

Chomsky refere que a criança que dispõe da GU adquire a linguagem, e terá que aprender as palavras da sua língua para formar o seu léxico mental, mas o que permite o seu conhecimento da língua não se aprende por fazerem parte de sua capacidade lingüística. Portanto, assumindo que a linguagem é compreendida como um sistema de

princípios inatos, e desse modo, universal. A tarefa da criança seria acessar esse sistema para ativar a sua gramática. Desse modo, conforme exemplo, os índios devem ser vistos como tendo as mesmas competências lingüísticas e conseqüentemente como seres humanos são dotados da competência para adquirir uma língua.

2.2. As contribuições de Lev. S. Vygotsky

As idéias de Vygotsky para a educação representam uma grande contribuição para compreensão do processo de desenvolvimento de pessoas com deficiência. No Brasil, seus textos foram difundidos desde o início da década de 80. Este autor analisa o papel da interação social na formação do psiquismo, as contribuições do estudo da relação desenvolvimento e aprendizagem e seus argumentos sobre o papel da educação no desenvolvimento psicológico, vem sendo resgatados pelos pesquisadores da educação (NUERNBERG, 2008).

Os estudos de Vygotsky sobre a educação de pessoas com deficiência têm lugar de destaque em sua obra, com uma produção realizada, em sua maior parte, em 1925 e 1929, versando sobre desenvolvimento psicológico e educação.

Vygotsky (1983), apresenta seu interesse pela educação de pessoas com deficiência como decorrência tanto de preocupações científicas quanto de seu compromisso com as transformações políticas da União Soviética, na época. Estes interesses, bem como os problemas pertinentes a neuropsicologia e à psicopatologia, foram fundamentais para propor uma teoria geral do desenvolvimento humano. Sua análise da linguagem no desenvolvimento de surdos e cegos, esquizofrênicos e afásicos adveio de uma intenção mais ampla para compreender os aspectos da gênese social do funcionamento psicológico superior.

Agrega-se a este interesse, também motivos de ordem prática como a questão do período pós-revolução de 1917, que trouxe uma situação onde milhares de crianças se encontravam em situação de vulnerabilidade e muitas delas com deficiência. O governo soviético para responder a essa demanda social, envolveu Vygotsky nas propostas educacionais coerentes com o contexto político vigente. Para atender as necessidades dessas crianças, cria-se em 1925, o laboratório de Psicologia e

posteriormente em 1929 o Instituto Experimental de Defectologia, onde se desenvolveram várias pesquisas.

> O termo “defectologia” era tradicionalmente usado para a ciência que estudava crianças com vários tipos de problemas (“defeitos”) mentais e físicos. Entre as crianças estudadas estavam surdos-mudos, cegos, não-educáveis e deficientes mentais. Idealmente, um diagnóstico defectológico de determinada criança e um prognóstico para sua recuperação (parcial) baseavam-se nas avaliações combinadas de especialistas nas áreas de psicologia, pedagogia, psiquiatria infantil e medicina. (VYGOTSKY,1997, p. 73)

Ao apontar os escritos defectológicos de Vygotsky devemos ter em conta alguns pontos de vista: o seu valor intrínseco para o desenvolvimento da defectologia na União Soviética está intimamente ligado ao restante de sua obra e por fim a maneira como tentou formular sua própria visão da criança “defeituosa” (VEER & VALSINER, 2006).

Iniciaremos com a compreensão da teoria de Vygotsky, para ao final compreender sua visão sobre a defectologia.

A abordagem de Vygotsky tem uma perspectiva no homem enquanto corpo e mente um ser biológico e ser social, membro da espécie humana e participante de um processo histórico. Apresenta três idéias centrais que podem ser consideradas como os “pilares” básicos do seu pensamento:

(1) As funções psicológicas têm um suporte biológico, pois são produtos da atividade cerebral – refere-se ao cérebro como um sistema aberto, de grande plasticidade, cuja estrutura e modos de funcionamento são moldados ao longo da história da espécie e do desenvolvimento individual. Essa idéia da grande flexibilidade cerebral supõe a presença de uma estrutura básica estabelecida ao longo da evolução da espécie, que cada um de seus membros traz consigo ao nascer.

(2) O funcionamento psicológico fundamenta-se nas relações sociais entre o indivíduo e o mundo exterior, as quais se desenvolvem num processo histórico – toca o outro externo do funcionamento humano: o homem transforma-se de biológico em sócio-histórico, num processo em que a cultura é parte essencial da constituição da natureza humana. O funcionamento psicológico, em particular, as funções psicológicas superiores, que são tipicamente humanas, está baseado nos modos culturalmente construídos de ordenar o real.

(3) a relação homem/mundo, é uma relação mediada por sistemas simbólicos – nos remete ao conceito de mediação, onde a relação do homem com o mundo não é uma relação direta, mas uma relação mediada, sendo os sistemas simbólicos os elementos intermediários entre o sujeito e o mundo.

Para Vygotsky (1996) a linguagem é o sistema simbólico básico de todos os grupos humanos, a questão do desenvolvimento da linguagem e suas relações com o pensamento ocupam lugar central. Trabalha duas funções básicas da linguagem. A principal função é a de intercâmbio social. Para se comunicar com seus semelhantes, o homem cria e utiliza os sistemas de linguagem. Essa função de comunicação com os outros é bem visível no bebê que está começando a aprender a falar, pois ele não sabe ainda articular palavras, nem é capaz de compreender o significado preciso das palavras utilizadas pelos adultos, mas consegue comunicar seus desejos e seus estados emocionais aos outros através de sons e gestos. É a necessidade de comunicação que impulsiona, inicialmente, o desenvolvimento da linguagem.

Cada indivíduo vive suas experiências pessoais de modo muito complexo e particular, o mundo da experiência vivida tem que ser simplificado e generalizado para poder ser traduzido em signos que possam ser transmitidos a outros.

A palavra cachorro tem um significado preciso, compartilhado pelos usuários da língua portuguesa. Independente dos cachorros concretos que o individuo conheça, ou do medo de cachorros que possam ter, a palavra cachorro denomina certo conjunto de elementos do mundo real. O conceito de cachorro pode ser traduzido por essa palavra e compreendido por outras pessoas, mesmo diante de diferentes experiências.

Esse fenômeno gera uma segunda função da linguagem: a de pensamento generalizante. A linguagem ordena o real, agrupando todas as ocorrências de uma mesma classe de objetos, eventos, situações, sob uma mesma categoria conceitual. Ao chamar um objeto de cachorro estamos classificando esse objeto na categoria cachorro e agrupando-o com outros elementos da mesma categoria, e diferenciando-o de elementos de outra categoria.

Essa função de pensamento generalizante torna a linguagem instrumento do pensamento: a linguagem fornece os conceitos e as formas de organização do real que constituem a mediação entre o sujeito e o objeto de conhecimento. A compreensão das

relações entre pensamento e linguagem é essencial para compreensão do funcionamento psicológico do ser humano.

O pensamento e a linguagem têm origens diferentes e desenvolvem-se segundo trajetórias diferentes e independentes, antes da ligação entre ambas. Vygotsky trabalha com o desenvolvimento da espécie humana (filogênese) e com o desenvolvimento do indivíduo (ontogênese), buscando compreender a origem e a trajetória desses dois fenômenos.

Para compreender a história da espécie humana, Vygotsky encontrou nos estudos feitos com chimpanzés as formas de funcionamento intelectual e formas de utilização de linguagem que poderiam ser percussoras do pensamento e da linguagem no ser humano. Esses processos foram denominados como sendo “fase pré-verbal do desenvolvimento do pensamento” e a “fase pré-intelectual do desenvolvimento da linguagem”.

Os animais são capazes de utilizar instrumentos como mediadores entre eles e o ambiente para resolver determinados problemas. Esse tipo de comportamento revela uma espécie de “inteligência prática”, onde existe capacidade de solução de problemas e de alteração do ambiente para obtenção de determinados fins. Esse modo de funcionamento intelectual é independente da linguagem, definindo a chamada fase pré-verbal do desenvolvimento do pensamento.

Segundo Vygotsky (1996), ao mesmo tempo em que exibem essa forma de pensamento pré-verbal, os animais também se utilizam de uma linguagem própria. Emitem sons, utilizam gestos e expressões faciais com função de alívio emocional e contato psicológico com os outros membros do grupo, funciona como meio de expressão emocional e de comunicação difusa com os outros, mas não indica significados específicos, compreensíveis de forma precisa por um interlocutor que compartilhe de um sistema de signos.

Diz ainda, que existe uma trajetória do pensamento desvinculada da linguagem e uma trajetória da linguagem independente do pensamento. Num determinado momento do desenvolvimento filogenético, essas duas trajetórias se unem e o pensamento se torna verbal e a linguagem racional. A associação entre pensamento e linguagem é atribuída à necessidade de intercâmbio dos indivíduos. O trabalho é uma atividade que

exige a utilização de instrumentos para a transformação da natureza e o planejamento, a ação coletiva, portanto, a comunicação social. Para agir coletivamente o grupo humano teve de criar um sistema de comunicação que permitisse troca de informações específicas, e ação no mundo com base em significados compartilhados pelos vários indivíduos empenhados no projeto coletivo. O surgimento do pensamento verbal e da linguagem como sistema de signos é um momento crucial no desenvolvimento da espécie humana, momento em que o biológico transforma-se no sócio-histórico.

Na evolução do indivíduo, observada desde seu nascimento, ocorre um processo semelhante àquele descrito para a história da espécie. Antes de o pensamento e a linguagem se associarem, existe, também, na criança pequena, uma fase pré-verbal no desenvolvimento do pensamento e uma fase pré-intelectual no desenvolvimento da linguagem. Antes de dominar a linguagem, a criança demonstra capacidade de resolver problemas práticos, de utilizar instrumentos e meios indiretos para conseguir determinados objetivos. Ela é capaz, por exemplo, de subir numa cadeira pra alcançar um brinquedo, ou de dar a volta num sofá para pegar uma bolacha que caiu atrás dele. De forma semelhante ao chimpanzé, a criança pré-verbal exibe essa espécie de inteligência prática, que permite a ação no ambiente sem a mediação da linguagem (VYGOTSKY, 1996).

Nessa fase de seu desenvolvimento, a criança embora não domine a linguagem enquanto simbólico, já utiliza manifestações verbais. O choro, o riso e o balbucio, mas também servem como meio de contato social, de comunicação, difusa com outras pessoas.

Ainda de acordo com os estudos de Vygotsky, num determinado momento do desenvolvimento da criança (por volta dos dois anos de idade), o percurso do pensamento encontra-se com a linguagem, inicia-se uma nova forma de funcionamento psicológico: a fala torna-se intelectual, com função simbólica, generalizante, e o pensamento torna-se verbal, mediado por significados dados pela linguagem. Enquanto no desenvolvimento filogenético foi à necessidade de intercâmbio dos indivíduos durante o trabalho que impulsiona a vinculação dos processos de pensamento e linguagem, na ontogênese esse impulso é dado pela própria inserção da criança num grupo cultural. A interação com membros mais maduros da cultura, que já dispõem de

uma linguagem estruturada, é que vai provocar o salto qualitativo para o pensamento verbal.

Quando os processos de desenvolvimento do pensamento e da linguagem se unem, surgindo, então, o pensamento verbal e a linguagem racional, o ser humano passa a ter a possibilidade de um modo de funcionamento psicológico mais sofisticado, mediado pelo sistema simbólico da linguagem.

Na análise que Vygotsky faz das relações entre pensamento e linguagem, a questão do significado ocupa lugar central. O significado é um componente essencial da palavra e é, ao mesmo tempo, um ato do pensamento, pois o significado de uma palavra já é, em si, uma generalização. Isto é, no significado da palavra é que o pensamento e a fala se unem em pensamento verbal.

O significado propriamente dito refere-se ao sistema de relações objetivas que se formou no processo de desenvolvimento da palavra, consistindo num núcleo relativamente estável de compreensão da palavra, compartilhado por todas as pessoas que utilizam. O sentido refere-se ao significado da palavra para cada indivíduo, composto por relações que dizem respeito ao contexto de uso da palavra e às vivências afetivas do indivíduo.

É no significado que se encontra a unidade das duas funções básicas da linguagem: o intercâmbio social e o pensamento generalizante. São os significados que vão propiciar a mediação simbólica entre o indivíduo e o mundo real, constituindo-se no "filtro" através do qual o indivíduo é capaz de compreender o mundo e agir sobre ele.

> O significado de uma palavra representa um amálgama tão estreito do pensamento e da linguagem, que fica difícil dizer se trata de um fenômeno da fala ou um fenômeno do pensamento. Uma palavra sem significado é um som vazio; o significado, portanto, é um critério da 'palavra', seu componente indispensável. Parceira, então, que o significado poderia ser visto como um fenômeno da fala. Mas, o ponto de vista da psicologia, o significado de cada palavra é uma generalização ou um conceito. E como as generalizações e os conceitos são inegavelmente atos de pensamento, podemos considerar o significado como um fenômeno do pensamento (Oliveira, 1993, p.48)

Os significados são construídos ao longo da história dos grupos humanos, que estão em constante transformação. Os significados não são, pois estáticos: um nome nasce para designar um determinado conceito, e vai sofrendo modificações, refinamentos e acréscimos.

Para Vygotsky (1996), de modo similar ao que acontece na história de uma língua, a transformação dos significados também ocorre no processo de aquisição da linguagem pela criança. Ao aprender, por exemplo, a palavra lua, a criança pequena pode aplicar inicialmente essa palavra não só a própria lua, como a abajures, lustres, lanternas e outros focos de luz visíveis à noite ou em ambientes escuros. Ao tomar posse dos significados expressos pela linguagem, a criança os aplica a seu universo de conhecimentos sobre o mundo, a seu modo particular de "recortar" sua experiência. Ao longo de seu desenvolvimento, marcado pela interação verbal com adultos e crianças mais velhas, a criança vai ajustando seus significados de modo a aproximá-los cada vez mais dos conceitos predominantes no grupo cultural e lingüístico de que faz parte.

Os significados continuam a ser transformados durante todo o desenvolvimento do indivíduo, ganhando contornos peculiares quando se inicia o processo de aprendizagem escolar. As transformações de significado ocorrem não mais apenas a partir da experiência vivida, mas a partir de definições, referências e ordenações de diferentes sistemas conceituais, mediadas pelo conhecimento já consolidado na cultura.

A criança que aprende a distinguir a lua do lustre aprende que a lua é um satélite, que gira em torno da Terra. O significado da palavra transforma-se, tornando-se cada vez mais próximo dos conceitos estabelecidos na cultura.

A idéia da transformação dos significados das palavras está relacionada a outro aspecto da questão do significado. Vygotsky distingue dois componentes do significado da palavra: o significado propriamente dito e o sentido.

O uso da linguagem como instrumento de pensamento supõe um processo de internalização da linguagem. Não é apenas por falar com outras pessoas que o indivíduo dá um salto qualitativo para o pensamento verbal. Ele também desenvolve o chamado "discurso interior", que é uma forma interna de linguagem, dirigida ao próprio sujeito e não a um interlocutor externo. É um discurso sem vocalização, voltado para o pensamento, com a função de auxiliar o indivíduo nas suas operações psicológicas.

O discurso interior tem uma estrutura peculiar, diferenciando-se da fala exterior. Não é feito para comunicação com outros, constitui uma espécie de "dialeto pessoal". É fragmentado, abreviado, contendo quase só, núcleos de significado e não todas as palavras usadas num diálogo com outros.

Vygotsky postula ainda para o processo de desenvolvimento do pensamento e da linguagem a mesma trajetória das outras funções psicológicas. O percurso é da atividade social, interpsíquica; para a atividade individualizada, intrapsíquica. A criança primeiramente utiliza a fala socializada, com a função de comunicar, de manter um contato social. Com o desenvolvimento é que ela passa a ser capaz de utilizar a linguagem como instrumento de pensamento, com a função de adaptação pessoal. A internalização do discurso é um processo gradual, que se completará em fases mais avançadas da aquisição da linguagem.

No estudo da transição entre o discurso socializado e o discurso interior, Vygotsky recorre à "fala egocêntrica"[2] como um fenômeno relevante para a compreensão dessa transição. Fala egocêntrica ou discurso egocêntrico é o discurso da criança quando dialoga alto consigo mesma, quando "fala sozinha". Isto acontece freqüentemente com crianças por volta dos três ou quatro anos de idade. Ao querer um brinquedo que está fora do seu alcance, por exemplo, uma criança poderia dizer para si própria: "*Vou pegar aquele banquinho e subir nele, ele é muito baixinho. A cadeira é grande, vou pegar a cadeira...*"

Num certo momento do desenvolvimento, a criança passa a se utilizar da linguagem egocêntrica, falando alto para si mesma, independentemente da presença de um interlocutor. A fala egocêntrica acompanha a atividade da criança, começando a ter uma função pessoal, ligada às necessidades do pensamento. É utilizada como apoio ao planejamento de seqüências a serem seguidas, como auxiliar na solução de problemas. Para Vygotsky, o surgimento da fala egocêntrica, com essa função associada ao pensamento, indica que a trajetória da criança vai, de fato, dos processos socializados para os processos internos. Ao tomar posse da linguagem, inicialmente utiliza apenas com a função de comunicação, a criança passa a ser capaz de utilizá-la como instrumento (interno, intrapsíquico) de pensamento. Como esse processo é

---

[2] Neste contexto, mencionamos Oliveira(1993), sobre a questão da fala egocêntrica, sendo este ponto explícito de divergência entre Vygotsky e Piaget. Para Piaget a função da fala egocêntrica é oposta àquela proposta por Vygotsky: ela seria uma transição entre estados mentais individuais não verbais, de um lado, e o discurso socializado e o pensamento lógico do outro. Piaget postula uma trajetória "de dentro para fora", enquanto Vygotsky considera que o percurso é "de fora para dentro" do indivíduo. O discurso egocêntrico é tomado como transição entre processos para cada um desses teóricos. Esta divergência é discutida detalhadamente por Vygotsky no livro *Pensamento e Linguagem*, publicado na URSS em 1934, e retomado por Piaget no texto escrito no início dos anos 60 e publicado como apêndice da edição norte-americana desse livro.(p.53)

gradual, a fala egocêntrica aparece como um procedimento de transição, no qual o discurso já tem a função que terá como discurso interior, mas ainda tem a forma da fala socializada externa.

Segundo Oliveira (1993), o desenvolvimento da linguagem e suas relações com o pensamento são questões na obra de Vygotsky e são abordadas de forma complexa e multifacetada, que podem ser sintetizadas em suas próprias palavras:

> [...] a relação entre o pensamento e a palavra não é uma coisa, mas um processo, um movimento contínuo de vaivém do pensamento para a palavra, e vice-versa. Nesse processo, a relação entre pensamento e a palavra passa por transformações que, em si mesmas, podem ser consideradas um desenvolvimento no sentido funcional. O pensamento não é simplesmente expresso em palavras, é por meio delas que ele passa a existir. Cada pensamento tende a relacionar alguma coisa com outra, a estabelecer uma relação entre as coisas. Cada pensamento se move, amadurece e se desenvolve, desempenha uma função, soluciona um problema. Esse fluxo de pensamento corre com o movimento interior através de uma série de planos. Uma análise da interação do pensamento e da palavra deve começar com uma investigação das fases e dos planos diferentes que um pensamento percorre antes de ser expresso em palavras. A primeira coisa que esse estudo revela é a necessidade de se fazer uma distinção entre os dois planos da fala. Tanto o aspecto interior da fala – semântico e significativo – quanto o exterior – fonético -, embora formem uma verdadeira unidade, têm as suas próprias leis de movimento. A unidade da fala é uma unidade complexa, e não homogênea. (1993, p. 53)

Passemos agora ao segundo momento, em que abordaremos as questões da defectologia para Vygotsky, objetivando compreender suas propostas.

Os primeiros estudos de Vygotsky que datam de 1924/1925 (VYGOTSKY, 1997), sobre defectologia foram a respeito dos problemas de crianças com surdez, cegueira e deficiência mental. Uma das características foi a ênfase na educação social de crianças deficientes e no potencial da criança para seu desenvolvimento normal. Baseou-se na análise do papel de qualquer defeito físico na vida da criança.

> Ele afirmava que todas as deficiências corporais – seja a cegueira, surdo-mudez ou um retardo mental congênito – afetavam antes de tudo as relações sociais das crianças e não suas interações diretas com o ambiente físico. O defeito orgânico manifesta-se inevitavelmente como uma mudança na situação social da criança. Assim, pais, parentes e colegas irão tratar a criança deficiente de uma maneira muito diferente das outras crianças, de um modo positivo ou negativo. (VYGOTSKY, 1997, p.73)

Para Vygotsky, portanto, o problema social resultante de uma “deficiência” deveria ser o problema principal. Raciocinou que a educação social baseada na compensação social dos problemas físicos, era a única maneira de proporcionar vida

satisfatória para crianças “defeituosas”. Defendia uma escola que não isolasse essas crianças, e sim, as integrasse tanto quanto possível na sociedade, com oportunidade de viver junto com pessoas normais.

Vygotsky, (1996) e Veer & Valsiner (2006) relatam que noventa e cinco por cento das crianças defeituosas eram saudáveis e tinham potencial para desenvolvimento normal e que poderiam ser educadas para tomar parte nas atividades de trabalho normal. Ao participar da vida social em todos os seus aspectos, as crianças, num sentido metafórico, superam sua cegueira e sua surdez, demonstrando que nem todos os indivíduos cegos tinham necessariamente uma audição superior, mas que o seu desempenho melhor do que as pessoas normais eram devido as suas circunstâncias e o treinamento especial.

No que se refere a problemas especiais de crianças cegas, Vygotsky argumenta que aprender a escrita Braille não difere da aprendizagem da escrita normal, porque em ambos os casos a aprendizagem da escrita baseia-se na formação reflexos condicionados, sendo a única diferença que órgãos receptivos eram condicionados. Nesta época Vygotsky ainda pensava em termos da reflexologia, por isso utiliza o termo reflexos condicionados.

Tanto a cegueira como a surdez são consideradas como nada mais do que a falta de uma das possíveis vias para a formação de reflexos condicionantes do ambiente, sendo que a solução era a substituição da via tradicional por outra. “Vygotsky pensou, o olho não é nada mais do que um instrumento servindo a determinada atividade, que pode ser substituído por outro instrumento” (ibid, 2006).

Cabe neste momento levarmos em consideração os termos “substituição” e “instrumento” utilizados por Vygotsky, pois dificilmente um sentido pode ser substituído por outro, e sim poderia ser compensado por outro.

De acordo com Vygotsky, a surdez é um “defeito” menos sério do que a cegueira, porém com conseqüências mais sérias, onde a falta da fala priva crianças surdas de experiências sociais, “pois a fala é não somente um instrumento de comunicação, mas também um instrumento de pensamento; a consciência desenvolve-se principalmente com a ajuda da fala e origina-se na experiência social” (ibid, 2006).

Durante anos, Vygotsky manteve a opinião de que crianças surdas-mudas deveriam aprender a linguagem oral, pois somente desta forma desenvolveriam conceitos abstratos. Ao ensaiar interminavelmente a pronúncia certa de palavras, crianças surdas não aprenderiam a usar a fala como instrumento de ação social, dando preferência a mímica ou à linguagem de sinais. Elas aprendiam a "pronunciar" e não a "falar".

Conclui diante desta constatação que com uma abordagem correta, pode-se criar um mundo novo para crianças deficientes. Reitera sua idéia de que "o defeito em si não passa de uma avaliação social de alguma variação física", se imaginar uma terra onde cegos ou surdos fossem valorizados, essas deficiências não existiriam como fato social.

Veer & Valsiner (2006), relatam que em 1927 os pontos de vista de Vygotsky sobre a defectologia mudam. Influenciado por Adler, passa a enfatizar a possibilidade de compensação e supercompensação para os "defeitos da criança". A teoria de Adler se harmonizava com as idéias de Vygotsky quanto aos problemas da defectologia: 1) era otimista no sentido de afirmar que a inferioridade podia ser superada pela compensação e resultar até mesmo em uma supercompensação; 2) a importância de uma posição na "coletividade" como um todo; e 3) a disposição orgânica para a inferioridade, sublinhando a idéia de compensação futura.

Vygotsky se entusiasmou com a idéia de que as tendências compensatórias se originam de forma automática e natural na criança "defeituosa". Para tal observamos:

> Que verdade libertadora para o pedagogo: o cego desenvolve uma superestrutura psicológica com base na função falha, com uma única tarefa: substituir a visão; o surdo, de todas as maneiras, desenvolve meios de superar o isolamento e a reclusão da mudez! ... Não sabíamos que um defeito não é apenas pobreza psicológica, mas também uma fonte de riqueza, não só fraqueza, mas também uma fonte de força. (VYGOTSKY, 1927, apud VEER & VALSINER, 2006, p.40).

As visões teóricas gerais de Adler (1928) não alteraram todas as visões de Vygotsky sobre a defectologia em seus problemas mais específicos. Anteriormente, Vygotsky afirmou que a cegueira não era nada mais do que a perda de um instrumento que poderia ser substituído.

Agora percebia que essa verdade "horizontal" deveria ter uma verdade "vertical" e declarou: "a cegueira não é apenas a falta de visão ... ela causa uma profunda reestruturação de todas as forças do organismo e da personalidade. Essa mudança em

suas idéias constitui-se no primeiro passo na direção de suas visões estrutural posteriores ligadas a interfuncionalidade" (VEER & VALSINER, 2006).

Em 1928, uma nova mudança ocorre nos escritos defectológicos de Vygotsky, que passou a apresentar uma abordagem histórico-cultural. Onde passa a considerar que os problemas de crianças "defeituosas" resultavam de falta de adequação entre sua organização psicofisológica desviante e os meios culturais disponíveis.

Com relação ao desenvolvimento de crianças cegas e surdas, Vygotsky defendia uma visão de que os efeitos nocivos de um "defeito" podiam ser superados através da criação de vias alternativas, mas equivalentes para o desenvolvimento cultural.

> [...] cegos e surdos tinham um potencial para o desenvolvimento mental normal – eles poderiam, talvez ser vistos como variações e não como aberrações do modelo humano – e era possível para eles tornarem-se membros valorizados e totalmente integrados em nossa sociedade. (ibid, 2006, p.90)

2.3. Um diálogo com Jerome Bruner e Michael Tomasello

Neste momento, consideramos propício realizar um diálogo com Jerone Bruner e Michael Tomasello, a fim de tentar uma conexão entre o que esses autores pensam e a teoria de Chomsky e Vygotsky, estendendo essas idéias para compreender melhor a aquisição da linguagem pelo surdocego.

Bruner (1983) apresenta como tema de seus estudos: como a criança pequena adquire os usos da sua língua nativa e como, usando primeiro a linguagem para fins limitados, a criança finalmente reconhece os seus usos mais poderosos e produtivos.

Na transição da comunicação pré-linguística para a linguagem, Bruner (1983), considera importante observar o "dom original", como esse dom afeta a aquisição e o uso inicial da linguagem. Levanta a questão: o que predispõe um ser vivo a utilizar a linguagem e a ser modificado pela sua utilização?

Para o autor (1983), o processo de aquisição da linguagem se inicia quando mãe e criança criam um formato prévio de interação que funciona para a comunicação e para a constituição da realidade. As transações entre esta díade ocorrem em formatos de "entrada" onde a criança adquire o domínio da gramática, como referir e significar e como expressar suas intenções comunicativas.

Este autor diz ainda, que só pode acontecer se a criança apresentar um conjunto único e propenso de capacidades de aprendizagem da linguagem. Algo similar ao que Noam Chomsky designou como Dispositivo da Aquisição da Linguagem (DAL), mas que este, não poderia funcionar sem a ajuda de um adulto, que entra com ele num formato transacional.

Esse formato, inicialmente sob o controle do adulto, fornece um Sistema de Suporte à Aquisição da Linguagem (SSAL), que enquadra ou estrutura a entrada da linguagem e da interação no Dispositivo de Aquisição da Linguagem - DAL para este funcionar. Torna possível à criança entrar na comunidade lingüística ao mesmo tempo, na cultura a que a linguagem dá acesso.

Bruner (1983) admite a existência da capacidade inata para dominar a linguagem como sistema simbólico; e a predisposição para distinções lingüísticas. Apresenta então, o dilema relativo à natureza original e o crescimento das faculdades humanas como sendo inerente à natureza única da competência humana. Define o que denomina competência humana e capacidade humana. A primeira é biológica na origem e cultural nos meios pelos quais encontra expressão. A segunda diz que a ação inteligente tem profundas raízes biológicas e uma história evolutiva perceptível, depende da apropriação pelo homem dos modos de atuação e de pensamento, que não existe nos genes, mas na sua cultura.

Conclui que há algo na “mente” ou na “natureza humana”, em que a cultura atua como um dispositivo protésico para sua concretização. Refere que a capacidade e a cultura são inseparáveis, pois a capacidade intelectual humana evolui para adaptar o homem ao uso dos próprios dispositivos protésicos, que uma cultura desenvolve e acumula para a capacitação dos seus membros. Portanto, é a exigência de utilização da cultura como forma de gestão que força o homem a dominar a linguagem.

A linguagem é o meio para a interpretação e a regulação da cultura. A interpretação e a negociação iniciam-se no momento em que a criança entra na cena humana. É nessa fase de interpretação e da negociação que a aquisição da linguagem se expressa (BRUNER, 1983).

Para Bruner (1983), seria o “dom cognitivo” da criança pré-linguística que a equipa para adquirir os meios para tomar o seu lugar na cultura. Apresenta quatro

conclusões sobre o que predispõe a criança para adquirir a cultura “através” da linguagem:

1ª Conclusão – Prontidão meio-fim: a criança é ativa na procura de regularidade no mundo à sua volta, convertendo experiência em estruturas do meio-fim típicas da espécie. Portanto, as crianças são cedo e prontamente ativadas pelos adultos com quem interagem e como a sua estruturação meio-fim engloba as ações de outros. Estão sintonizadas para entrar no mundo da ação humana;

2ª Conclusão – Transacionalidade: a resposta social à criança é o mais poderoso reforçador que se pode utilizar em aprendizagem normal. A ligação da criança à mãe é inicialmente assegurada por uma variedade de padrões de respostas inatas, desenvolve-se uma reciprocidade que a criança acaba por antecipar e esperar. Um padrão de respostas sociais iniciais inatas na criança, ilicitado por uma grande variedade de sinais efetivos da parte da mãe, que rapidamente é convertido num sistema antecipatório, que converte a ação biológica inicial entre mãe e filho em algo de mais sutil e sensível a idiossincrasias individuais e a formas de prática cultural;

3ª Conclusão – Sistematicidade: as crianças entram no mundo da linguagem e da cultura com uma prontidão para encontrar e inventar maneiras de lidar com requisitos sociais e formas lingüísticas. Duas implicações: (1) a criança fica prontamente sintonizada para “fazer muito a partir do pouco” por combinação; (2) a criança e o seu cuidador combinam prontamente elementos nessas situações para extrair significados, atribuir interpretações e inferir intenções. Daí a ênfase no papel dos “formatos” na entrada da criança na linguagem;

4ª Conclusão – Abstratismo: as crianças parecem ter normas para lidar com o espaço, o tempo e a causalidade. A linguagem servirá para especificar, amplificar e expandir distinções que a criança já tem sobre o mundo. Mas estas distinções abstratas já estão presentes, mesmo sem a linguagem.

Estes processos fornecem a base que ajuda a aquisição da linguagem pela criança. Nenhum deles gera a linguagem, ela requer uma sensibilidade única a um sistema de sons padronizados, a restrições gramaticais, a requisitos referenciais, a intenções comunicativas. As funções são primeiro executadas primitiva embora abstratamente, por meios comunicativos pré-lingüísticos. Tais procedimentos primitivos

vêm atingir níveis necessários de funcionamento, antes de qualquer dispositivo de aquisição da linguagem (inato ou adquirido) poder começar a gerar “hipóteses lingüísticas”.

Tomasello (2003) traz uma explicação através do enigma de seus estudos: os humanos e os chimpanzés têm em comum algo em torno de 99% de seu material genético, porque os seres humanos são capazes de combinar seus recursos cognitivos de maneiras diferentes das de outras espécies de animais. Acrescenta que a criança tem de chegar a entender porque e para que fim exterior, a outra pessoa está usando a ferramenta ou o símbolo lingüístico, entender o significado intencional do uso da ferramenta ou prática simbólica “para” que serve o que “nós”, os usuários dessa ferramenta ou desse símbolo, fazemos com ela ou ele.

Esse autor afirma, ainda, a existência de evidências empíricas que sugerem que apenas os seres humanos compreendem os co-específicos como agentes intencionais iguais a eles mesmos e, portanto, apenas os seres humanos envolvem-se numa aprendizagem cultural. Seres humanos desenvolveram uma nova forma de cognição social que favorece novas maneiras de aprendizagem cultural, que favorece novos processos de sociogênese e evolução cultural cumulativa.

Ressalta ainda que os processos culturais não criaram novas habilidades cognitivas do nada, mas tomaram habilidades cognitivas individuais existentes, e as transformam em novas habilidades cognitivas culturais com dimensões sociocoletivas. Essas transformações ocorreram não no tempo evolucionário, mas no tempo histórico, em que muito pode acontecer em vários milhões de anos.

Para Tomasello (2003) existe um único mecanismo biológico que poderia ocasionar uma mudança no comportamento e na cognição, o que ele chama de transmissão social ou cultural. Este é um processo evolucionário razoavelmente comum que permite que cada organismo poupe muito tempo e esforço, na exploração do conhecimento e das habilidades já existentes dos co-específicos.

Salienta ainda que, a aprendizagem social (por imitação, instrução ou colaboração), torna-se possível devido à única e especial forma de cognição, ou seja, a capacidade de cada organismo compreender os co-específicos, como seres iguais a

ele, imaginarem-se na “pele mental” de outra pessoa, que não só aprende com o outro, mas através do outro.

Tomasello (2003), complementa esta idéia ao dizer que crescer num mundo cultural na verdade serve para criar certas formas únicas de representação cognitiva. As crianças humanas usam suas habilidades de aprendizagem cultural para adquirir símbolos lingüísticos e outros símbolos comunicativos.

Os símbolos lingüísticos são artefatos porque estão incorporados aos meios pelos quais as gerações anteriores de seres humanos de um grupo social consideravam proveitoso categorizar e interpretar o mundo para fins de comunicação interpessoal. À medida que a criança vai dominando os símbolos lingüísticos de sua cultura, ela adquire a capacidade de adotar simultaneamente múltiplos pontos de vista sobre uma mesma situação perceptual (ibid, 2003).

Para Tomasello (2003), quando as crianças se tornam hábeis em sua língua materna, abrem-se novas possibilidades de interpretar coisas de diferentes maneiras. As línguas naturais contêm recursos cognitivos para dividir o mundo em coisas tais como eventos e seus participantes, para formar categorias abstratas de tipos de eventos e de participantes. As línguas naturais contêm recursos cognitivos para interpretar eventos como um todo em termos comparativos, isto é, para criar os vários tipos de analogias e metáforas tão importantes para a cognição adulta.

Tomasello (2003), apresenta a Teoria da Herança Dual, segundo a qual os fenótipos maduros de muitas espécies dependem do que herdam de seus antepassados tanto biológica como culturalmente. Em vez de inato versus adquirido, prefere outra dicotomia, que alguns podem considerar problemática: a dicotomia vygotskyana entre as linhas individual e cultural de desenvolvimento. Essa distinção é essencialmente aquela que existe entre herança biológica e herança cultural, embora diga respeito a ontogênese e não a filogênese. De acordo com a sua interpretação dessa distinção, a linha individual do desenvolvimento cognitivo (o que Vygotsky chama da linha natural) concerne àquelas coisas que o organismo conhece e aprende por conta própria sem a influência direta de outras pessoas ou de artefatos, ao passo que a linha cultural de desenvolvimento cognitivo concerne àquelas coisas que o organismo

conhece e aprende por meio de atos nos quais tenta ver o mundo através da perspectiva de outras pessoas.

Neste contexto exposto acima, pudemos verificar, que tanto Bruner como Tomasello, referem a importância dos fatores inatos (Chomsky) e culturais (Vygotsky), que fornecem a base para a aquisição da linguagem.

2.4. Peculiaridades da Aquisição da Linguagem de pessoas com perdas auditivas e visuais

A linguagem permite ao homem estruturar seu pensamento, traduzir o que sente, registrar o que conhece e comunicar-se com os outros homens. Ela marca o ingresso do homem na cultura, construindo-o como sujeito capaz de produzir transformações nunca antes imaginadas (BRASIL, 2002).

Apesar da evidente importância do raciocínio lógico-matemático e dos sistemas de símbolos, a linguagem, tanto na forma verbal como em outras maneiras de comunicação, permanece como meio ideal para transmitir conceitos e sentimentos, além de fornecer elementos para expandir o conhecimento. A linguagem, prova clara da inteligência humana, tem sido “um campo fértil” para estudos referentes à aptidão lingüística, tendo em vista a discussão sobre falhas decorrentes de danos cerebrais ou de distúrbios sensoriais, como a surdez e a cegueira.

2.4.1. Surdez e reflexos na Aquisição da Linguagem

O processo de aquisição da linguagem de crianças surdas e ouvintes apresentam as mesmas características. Nesse momento, vamos destacar nesse processo a questão das crianças surdas, diante da necessidade de compreender melhor como as coisas acontecem em um contexto de uma criança privada de audição.

Quadros (2008) apresenta estudos com crianças adquirindo diferentes línguas em um processo bastante similar, ou seja, os mesmos estágios. Os estudos apresentados se referem a crianças ouvintes e surdas. Tais estágios, subdivididos em período pré-lingüístico e lingüístico.

2.4.1.1. Pré-linguístico

O período pré-linguístico se estende do nascimento até o início das primeiras palavras ou sinais. O desenvolvimento da linguagem segue uma sequências mais ou menos constante e depende, em parte da programação genética, e também de ouvir a fala de outras pessoas, o que significa estímulo ambiental.

2.4.1.1.1. Balbucio:

Segundo Quadros (2008), nos primeiros meses de vida, o bebê produz sons que não apresentam nenhum significado. Desde os três dias de vida já diferencia sons. Os lingüistas denominam a produção de sons sem significado de “balbucio”, que apresenta uma organização progressiva.

O balbucio inicia-se com vogais anteriores e consoantes guturais, por volta dos seis meses, o padrão silábico do balbucio passa a ter uma organização: consoante-vogal, o bebê passa a usar sílabas duplicadas e a articular consoantes: /p, /m, /b/; todas as crianças produzem o balbucio, ele é um comportamento interno e não uma resposta aos estímulos externos.

Em torno dos dez meses, o balbucio apresenta um padrão diferenciado, os bebês passam a selecionar os sons usados em seu ambiente lingüístico. Entram na fase da produção de jargões, produzem sons combinados, possuem o contorno melódico da língua materna, passando a produzirem enunciados como se conversassem com alguém.

Um estudo realizado por Petitto e Marintette em 1991 sobre o balbucio de bebês surdos e bebês ouvintes, no mesmo período de desenvolvimento, verificaram que o balbucio é um fenômeno que ocorre em todos os bebês, sejam surdos ou ouvintes, considerando-o fruto da capacidade inata para a linguagem. Tal capacidade é manifestada não só através de sons, mas também por meio de gestos. Foram observadas todas as produções manuais, tanto dos bebês surdos como dos ouvintes, para verificar a existência ou não de alguma organização sistemática. Nos bebês surdos foram detectadas duas formas de balbucio: o balbucio silábico e o balbucio

gestual. O balbucio apresenta combinações que fazem parte do sistema fonético das línguas de sinais, ao passo que a gesticulação não apresenta organização interna, portanto um desenvolvimento paralelo do balbucio oral e do balbucio manual. O estudo conclui que os bebês surdos e os ouvintes apresentam os dois tipos de balbucio oral e manual até um determinado estágio e, a partir de então, desenvolvem o balbucio da sua modalidade de língua.

O estudo afirma que bebês surdos balbuciam oralmente até um determinado período, quando as vocalizações são interrompidas nos bebês surdos, assim como as produções manuais são interrompidas nos bebês ouvintes, pois o input favorece um dos modos de balbuciar.

2.4.1.2. Linguístico

O período lingüístico se inicia quando a criança produz qualquer palavra ou gesto em contexto consistente, ou pode se referir a um sinal da linguagem adulta e que é entendido como algum significado, embora variável. Posteriormente ocorrem a produção de duas palavras ou gestos e as primeiras combinações.

2.4.1.2.1. Estágio de uma palavra e/ou um sinal:

Quadros (2008), salienta que, crianças com um ano de idade começam a produzir suas primeiras palavras, que estão relacionadas com o seu ambiente. A criança pode conferir um sentido mais genérico às palavras utilizadas, por exemplo, ao falar “au-au”, ela pode estar se referindo a qualquer animal que ande em quatro patas e possua pêlos ou poderia também estar se referindo apenas ao seu cachorrinho e não a outros cachorros. É chamado “holofrásico”, palavra representa uma sentença inteira.

Quadros (apud, 2008, p.70) refere-se a um estudo realizado por Petitto e Bellugi, em 1988:

> [...] no qual observaram que as crianças surdas com menos de dois anos não fazem uso da apontação da língua de sinais americana, contrastando com o uso sistemático apresentado pelas crianças adquirindo uma língua falada. Elas omitiam essas apontações até quando imitavam seus pais. Observaram que as crianças surdas com menos de um ano, assim como as crianças ouvintes, freqüentemente apontam para indicar objetos e pessoas. Mas quando ela entra

> no estágio de um sinal, o uso da apontação desaparece. Petitto sugere que nesse período parece ocorrer uma reorganização básica em que a criança muda o conceito da apontação inicialmente gestual (fase pré-lingüística) para visualizá-la como elemento do sistema gramatical da língua de sinais (fase lingüística). Para a criança adquirindo uma língua falada, essa apontação continua aparecendo de forma produtiva, uma vez que não muda de estatuto, mantendo-se, portanto gestual.

2.4.1.2.2. Estágio de duas palavras ou das primeiras combinações:

Aos dois anos, a criança passa a combinar duas ou mais palavras, identificando relações gramaticais e conceptuais. Quando a criança começa a usar mais de uma palavra, por exemplo, ela observa a ordem utilizada na língua que está adquirindo. Ela também começa a distinguir sentenças afirmativas, negativas e interrogativas. O emprego de duas palavras é referido como "fala telegráfica" (QUADROS, 2008).

Quadros (2008) observou em um estudo seu datado de 1997, e de Méier (1980/ 2002) e Scliar-Cabral (1977), que em crianças surdas surgem as primeiras combinações de sinais por volta dos dois anos. Observaram que a ordem usada por elas durante esse estágio é sujeito-verbo, verbo-objeto ou num período subseqüente, sujeito – verbo – objeto. As crianças surdas adquirirem duas estratégias para marcar as relações gramaticais: a incorporação dos indicadores e a ordem das palavras. A incorporação dos indicadores envolve a concordância verbal, e essa depende diretamente da aquisição do sistema pronominal. As crianças ouvintes, neste estágio começam a usar o sistema de forma inconsciente. Ela não faz a inversão entre a 1ª e 2ª pessoa, utilizando a 3ª pessoa. Isso se dá segundo Scliar-Cabral (1997) devido a limites cognitivos e lingüísticos, como vemos a seguir:

> Verifica-se, pois que nas primeiras fases de aquisição da linguagem, por limites cognitivos e lingüísticos, a criança tem muita dificuldade de lidar com a 1ª e 2ª pessoas do discurso pelo fato de elas não apresentarem uma referência autônoma e idêntica e em virtude da inversibilidade (*shifting*). Em conseqüência, a criança utiliza uma 3ª pessoa não marcada, com ausência de oposição entre a 1ª pessoa do discurso e a referência. Também se observa a ausência de oposição entre a 1ª e a 2ª pessoas do discurso e, em conseqüência, a ausência da constelação dos dêiticos espaciais e temporais que se relacionam às 1ª e 2ª pessoas do discurso. Observou-se dos exemplos que a referência ainda é incompleta, com uma frase verbal que raramente proposiciona acerca de um sujeito explicitado linguisticamente. Por outro lado, a fala dirigida à criança raramente apresenta a 1ª pessoa no singular algumas vezes ocorre o "nós" inclusivo.

> O desenvolvimento cognitivo e lingüístico da criança, atestado pelos exemplos da 2ª e 3ª fases, acusa a emergência progressiva do sujeito da enunciação, com a utilização do pronome pessoal de 1ª pessoa concomitantemente com os respectivos morfemas verbais presos, opostos à referência que proposicional de uma frase nominal sujeito explícita. A explicitação lingüística do alocutário no imperativo, bem como através dos pronomes pessoais usados em vários casos, indica a oposição com a 2ª pessoa do discurso. Tal amadurecimento cognitivo e lingüístico se revela não apenas na emergência do sujeito da enunciação, mas também na complexidade sintática crescente dos enunciados, indicando as premissas para a emergência da competência discursiva. (p.74)

Segundo Petitto (1987 apud Quadros, 2008) refere um estudo realizado onde observou que neste período ocorreram “erros” de inversão pronominal em crianças surdas semelhantes aos que ocorreram com crianças ouvintes: elas usam a apontação direcionada ao receptor para se referir a si mesma. A constatação desse tipo de “erro” nas crianças surdas causa certa surpresa devido à aparente transparência entre a forma de apontação e o seu significado. Se as crianças não entenderem a relação indicativa entre a forma apontada e o seu referente, a plurificação da apontação pode tornar-se uma dificuldade na aquisição dos mecanismos gramaticais.

Apesar da relação entre a forma e o símbolo, a apontação como mecanismo não é óbvia para a criança, tornando a aquisição pronominal de crianças surdas tão complexa quanto em crianças adquirindo um língua falada. Concluímos que existe um processo universal de aquisição de pronomes, apesar da diferença radical na modalidade.

2.4.1.2.2. Estágio de múltiplas combinações:

Ainda segundo Quadros (1997/2008), por volta dos dois anos, a criança responde a perguntas sim/não. Nessa fase, ela precisa compreender as regras de um grupo maior de palavras e já faz uso de elementos conectivos e demais tipos de estruturas. Aos quatro anos, produz sentenças na voz passiva, e os aspectos relacionados à pragmática também vão sendo adquiridos. A criança já reconhece quando o ouvinte não compreendeu o que ela quis dizer e procura aclarar o assunto quando precisa.

A autora apresenta ainda uma descrição do estágio das múltiplas combinações em crianças surdas, filhas de pais surdos, em torno dos dois anos e meio a três anos.

As crianças surdas passaram pela chamada “explosão do vocabulário”, observada também em crianças ouvintes adquirindo línguas faladas.

Lillo-Martin (1986, apud QUADROS, 2008), discute os efeitos da modalidade espacial no processo de aquisição e a questão da iconicidade da língua de sinais. Alguns sinais e processos na língua de sinais americana têm alguma motivação icônica, apresentando alguma relação entre forma e significado, entre o referente e o referenciado.

Também Méier (1981, apud QUADROS, 2008) afirma que a modalidade não facilita a aquisição do sistema de concordância verbal. A aquisição da língua de sinais parece seguir um curso lingüisticamente similar ao desenvolvimento das línguas faladas. Um processo similar de aquisição de diferentes línguas e modalidades é uma evidência da Gramática Universal - GU, como proposto por Chomsky.

As crianças apresentam características comuns nos seus processos de aquisição da linguagem, tanto em línguas faladas como em línguas sinalizadas; faculdade da linguagem humana parece, de fato, seguir um curso guiado inatamente para a espécie.

2.4.2. Cegueira e conseqüências na Aquisição da Linguagem

As crianças cegas não são muito diferentes das outras crianças, têm as mesmas necessidades afetivas, físicas, intelectuais, sociais e culturais. A interação social depende da forma como a criança é recebida, acolhida, observada, ouvida e compreendida em suas necessidades. Essa forma de relação e comunicação influencia o desenvolvimento psico-afetivo e determina a maneira como a criança vai interagir com as pessoas, objetos e meio em que vive (BRASIL, 2002).

Nos primeiros anos de vida, as crianças cegas ou com perdas visuais, necessitam encontrar pessoas desejosas de interagir e se comunicar com ela. Os pais e cuidadores devem estar atentos às manifestações de intenção comunicativa ou pequenos gestos aos quais devem interpretar e reagir responsavelmente mediante o toque e a confirmação verbal (BRUNO, 1993).

O bebê cego como todo recém nascido, depende do outro, de pais e de cuidadores que dêem acolhida às suas necessidades, desejos, sentimentos, medos e angústias. Ele precisa mais que as outras crianças, de pessoas disponíveis para descrever o mundo, falar sobre o que acontece, contar como as pessoas agem e brincam, para que possam formar suas percepções, interpretar as situações e poder compreender o mundo.

Em virtude da falta de contato visual do ambiente, a criança cega, pode se sentir muitas vezes, insegura diante de situações novas e de pessoas não familiares. O desconhecimento pode gerar tensão, como também os ambientes confusos e ruidosos poderão desorganizá-la. Esses fatores relacionais e ambientais podem acarretar desorganização psíquica, manifestada por comportamentos de ansiedade, agitação motora, irritabilidade ou, por outro lado, a criança pode apresentar-se apática, distante e alheia às pessoas e ao meio (ibid, 2002).

O bebê desde cedo é capaz de perceber a qualidade de atenção que recebe; se há um canal de comunicação e escuta de suas necessidades, se há espaço para colo e consolo, se há carinho, fala suave e confortante, troca de olhares, toque, sorriso e alegria. O bebê cego também necessita de tudo isso e, como não pode se comunicar visualmente precisa muito de toque, aconchego, modulações de voz, ser encorajado e motivado a mover-se, a procurar pessoas e objetos, a explorar o mundo a sua volta (BRUNO, 1993).

Como qualquer outra criança, esse bebê não tem no seu primeiro ano de vida capacidade de simbolizar o que vive. Por isso precisa de um ritual, de continuidade, de repetição e de rotina.

É a vivência contínua das ações e atividades no tempo e espaço que permite à criança antecipar o que vai acontecer, e assim, organizar o seu ambiente interno. A criança que não enxerga necessitará mais do que as outras crianças de sinais e indícios sobre as mudanças que vão ocorrer no ambiente. Isto é, se alguém vai sair ou chegar, se é a mamadeira que vem, se é alguma criança que se aproxima (ibid, 1993).

A capacidade de adaptação ao meio está diretamente relacionada à qualidade das primeiras interações, da forma de comunicação que a criança com deficiência visual mantém com a figura materna e com as pessoas que cuidam dela. A qualidade

das mensagens verbais, táteis e sinestésicas recebidas ao interagir, tocar, pegar e se comunicar torna a criança com deficiência visual mais receptiva e expressiva.

De acordo com Brasil (2002), a criança cega pode perceber os estados emocionais das pessoas como tensão, calma, humor, alegria, prazer, desconforto e tristeza pela voz, variedade de tons e ritmos. As experiências inter-pessoais agradáveis constituem a base da comunicação e são animadores fundamentais para a expressão pré-verbal.

Essas crianças quando motivadas pela fala do outro, pelo toque, por rituais de brincadeiras poderão usar as expressões fonéticas, os gorjeios, balbucio, choro, riso e a imitação silábica como forma de interação e comunicação.

A qualidade da relação, da interação, comunicação e organização da rotina diária é que permitem à criança com deficiência visual perceber indícios que ajudam a antecipar os acontecimentos e compreender as ações. Esses indícios podem ser a voz, passos, cheiros, movimento, maneira de pegar, são elementos essenciais para antecipação, previsão, elaboração do pensamento e planejamento da ação.

Segundo Brasil (2002), a imitação verbal pode surgir muito cedo, na criança cega ou com baixa visão, mas, muitas vezes, são falas destituídas de significado, são verbalismos descontextualizados. A construção do sistema de significação e linguagem se dá pela oportunidade que a criança tem de viver com seu próprio corpo as ações no tempo e espaço. As crianças com deficiência visual necessitam de vivências corporais significativas e contextualizadas para a construção do eu e do objeto. Para construir a noção de objeto ela precisa agir sobre os mesmos: manipulá-los, saber seu nome, como funcionam, para que servem, fazer experiências.

A criança com deficiência visual, quando pequena, utiliza muito o canal auditivo para interação e controle do meio. Talvez por isso desenvolva logo cedo boa capacidade imitativa da fala que nem sempre é constituída de significado. (BRASIL, 2002).

As primeiras formas de comunicação não verbal entre a criança e o adulto possuem aspectos formais de ritmo, respeito de turnos, manutenção de contato visual que são, chamadas *protoconversações* (BRUNER, 1983).

Para este autor, os sinais de comunicação social através do contato visual e expressões como o sorriso e choro, terá uma intencionalidade atribuída pelo adulto, este irá codificar os comportamentos da criança, produzindo referenciais de significação.

Posteriormente produzem-se sequências de comportamentos alternantes entre reações da criança e do adulto que são denominadas *ciclos de interação*. A consistência e a regularidade dos comportamentos maternos em relação à criança possibilitam que esta aprenda a antecipar os comportamentos e determinadas situações. A antecipação é pré-requisito para a construção de ciclos de interação social (MAGALHÃES, 2000).

A capacidade de antecipação está na dependência da iniciativa do adulto, que sustenta a interação e a conduz. São as protoconversações em nível de *intersubjetividade primária*, onde a criança ainda não exibe intenções comunicativas. Aos poucos atribui ao outro a qualidade de agente (TREVARTHEN e HUBLEY, 1978).

Em um padrão de desenvolvimento ótimo, a antecipação associa-se à coordenação da atenção às pessoas e objetos, e a criança exibe comportamentos que supõe o compartilhamento da perspectiva do outro, como atenção conjunta, protoimpetativos e protodeclarativos. Estas pautas comunicativas intencionais são denominadas *intersubjetividade secundária* (TREVARTHEN e HUBLEY, 1978).

Para este autor, a criança deixa de interessar-se separadamente pelos objetos ou pessoas e passa a comunicar-se com estas a respeito dos objetos, em um processo de *triangulação*.

A expressão emocional do sorriso surge a partir do terceiro mês em crianças videntes, sendo importante para os comportamentos sociais com pais, que se sentem motivados para a interação com o bebê. Surgem os primeiros ciclos de intercâmbio de comportamentos alternantes entre a mãe e o bebê. Estes ciclos tornam-se fundamentais para a percepção visual por parte da criança das expressões e reações da mãe (MAGALHÃES, 2000).

Este autor ressalta que no caso da criança cega esta situação está dificultada, pois ela carece da visão para perceber as reações maternas e produzir comportamentos contingentes às mesmas. As vocalizações e respostas de sorriso da

criança cega não são contingentes aos comportamentos da mãe. Ela permanece em silêncio diante da estimulação da mãe, o que pode ser erroneamente interpretado como inexpressividade, deixando a mãe desmotivada para a interação e os pais acham que estão sendo rejeitados, gerando o evita mento dos mesmos com seus bebês.

Os bebês cegos apresentam dificuldade em perceber a regularidade dos comportamentos maternos e a conseqüente incapacidade de antecipar o que vai ocorrer na interação resulta na ausência de instâncias de jogo social convencional entre a díade. Também não ocorrem gestos comunicativos típicos, nem miradas dirigidas ao outro ou ao objeto ou acontecimento em questão.

Preisler (1991), interpretou a ausência destes comportamentos como carência de intersubjetividade secundária, isto é, a incapacidade de compartilhar suas intenções ou conhecimentos com outros.

Fraiberg (1977) refere a semelhança destas limitações das crianças cegas com o comportamento de autistas, onde argumenta que elas podem ter deficiências no desenvolvimento do ego e na consciência de si mesma, ocasionando atrasos na utilização de pronomes pessoais e no estabelecimento do jogo simbólico.

Hobson (1993), considera que crianças cegas apresentam ecolalia, problemas na capacidade de estabelecer o jogo simbólico, na capacidade de compartilhar e no uso de pronomes pessoais, porém poucas poderiam ser diagnosticadas como autistas. Ressalta ainda que parte desses problemas parecem resolver-se em torno dos sete anos de idade.

Para este autor, existe uma falha no desenvolvimento social da criança cega, mais especificamente no processo denominado triangulação. Triangular no relacionamento eu-tu significa compreender a perspectiva do outro em relação a um objeto que está no campo de percepção de ambas as partes. O triangulo é formado pela criança, pelo adulto e pelos objetos e fenômenos do meio externo aos quais os comportamentos de ambos fazem referência.

Ochaíta (1993), considera que sob condições adequadas, o bebê cego e o adulto podem estabelecer sistemas de comunicação pré-verbal sobre os objetos com os quais o primeiro tenha experiência tátil, mesmo que a iniciativa para a comunicação tenha de partir do parceiro adulto nestas primeiras etapas.

Segundo Fraiberg (1977), 20% das crianças cegas apresentam características comportamentais semelhantes ao autismo e um atraso generalizado do desenvolvimento. O padrão de desenvolvimento não é hegemônico graças ao estabelecimento de formas alternativas de relação social desde o estabelecimento da intersubjetividade primária (ciclos de interação, formatos) e, a seguir, no desenvolvimento da intersubjetividade secundária (jogo social e comunicação).

Preisler (1991), relata que a ausência de gestos comunicativos convencionais nas crianças cegas leva a pensar que estes sujeitos não estabelecem a intersubjetividade secundária antes de pronunciarem as primeiras palavras. A linguagem seria um compensador importante para esta carência.

3. A surdocegueira

3.1. Revendo Conceitos e Características

A primeira vista pode parecer que a surdocegueira se refere à impossibilidade total de duas perdas sensoriais distintas, ou seja, ver e ouvir. Sem dúvida, a realidade é que a surdocegueira é uma condição em que se combinam transtornos visuais e auditivos que produzem graves problemas de comunicação e outras necessidades de desenvolvimento e aprendizagem (SERPA, 2002).

A criança que é surdocega tem uma experiência do mundo única. Para nós que podemos ver e ouvir, o mundo se estende tão longe quanto alcançam ver os nossos olhos e ouvir nossos ouvidos. Para a criança surdocega, suas experiências de mundo se estendem até onde podem alcançar seus dedos. Seu conceito de mundo depende da oportunidade que tenha de tocar fisicamente (MILES, 1995).

A surdocegueira é considerada uma deficiência na qual o individuo apresenta-se sem a visão ou audição, funcionando como uma deficiência única e não o resultado do somatório da surdez com a cegueira. É uma pessoa sem esses dois sentidos de distância utilizando formas diferentes daqueles que não possuem nenhum tipo de perda de audição e visão (MASINI, et.al., 2007).

De acordo com Masini et. al. (2007, p.558): “A definição da surdocegueira como deficiência única, e não como a somatória da deficiência visual e da auditiva, tem sido debatida no mundo inteiro por alguns autores: McInes e Treffy (1982), Amaral (1996), Miles e Riggio (1999), Masini (2007), alem do Brasil (2002)”

Se a criança surdocega tem algum resíduo visual e/ou auditivo, como a maioria deles, seu mundo ampliará, caso estimulada a empregá-lo. Muitas dessas crianças têm visão suficiente para locomover-se no ambiente, reconhecer pessoas familiares, distinguir a língua de sinais a uma pequena distância, sons familiares, entender algumas expressões (ibid, 1995).

> A criança surdocega tem uma das deficiências menos entendidas, pela sociedade, em geral. Não é uma criança cega que não pode ouvir, ou

> uma surda que não consegue ver. É uma criança com privações multisensoriais, a quem foi negado o uso simultâneo dos dois sentidos distais (MC INNES & TREFFRY, 1982).

No Brasil se difundiu a seguinte definição de acordo com Masini et. al. (2007):

> Surdocegueira é uma deficiência singular que apresenta perdas auditivas e visuais concomitantemente em diferentes graus, levando a pessoa surdocega a desenvolver diferentes formas de comunicação para entender, interagir com as pessoas e o meio ambiente, proporcionando-lhe o acesso à informação, uma vida social com qualidade, orientação, mobilidade, educação e trabalho (GRUPO BRASIL, 2003, in. MASINI, 2007, p.558)

Para a Deafblind International – Leasison DBI – Liaison GROUP, 2002, in Masini et. Al. (2007), no Reino Unido, as pessoas surdocegas são aquelas que apresentam um grau de perda auditiva e visual combinada, além dos problemas de comunicação, acesso às informações e mobilidade.

Miles e Riggio (1999) enfatizaram a natureza da surdocegueira como sendo única, ao relatarem que a definição do governo federal americano, observa-se a grafia *deaf-blind* (surdo-cegueira), mas que em 1991 a *International Association for the Education of the Deafblind* (DBI) adotou a grafia d*eafblind* (surdocegueira), em uma só palavra para reforçar a natureza única desta deficiência e compreende a surdocegueira como não sendo uma somatória e sim uma só deficiência. Nas publicações brasileiras também encontramos a grafia “surdocegueira” com o intuito de reforçar a unicidade da mesma.

As definições de surdocegueira procuram abordar diferentes aspectos para definir essa população de deficientes. No entanto, devido a variedade de combinações das perdas visuais e auditivas, que acarretam no surdocego diferentes desempenhos, definir a surdocegueira é uma tarefa difícil e as definições acabam não abordando todos os aspectos que ela possibilita.

A aceitação dos termos surdocego e surdocegueira, sem hífen, foi proposto por Salvatori Lagati na IX Conferência Mundial de Orebro (Suécia), como forma de defender a surdocegueira como uma deficiência única (MAIA, 2004, apud, MASINI, 2007).[3]

> A terminologia surdocego sem hífen se deve a condição de que ser surdocego não é simplesmente a somatória da deficiência visual e da deficiência auditiva e

[3] Adotaremos o termo surdocego e surdocegueira sem hífen em todo este trabalho, por entendermos se tratar de uma condição única.

> sim de uma condição única que leva a pessoa a ter necessidades específicas para desenvolver comunicação, orientação e mobilidade e de acessar informações sobre o mundo para conquistar a autonomia pessoa e inserir-se no mundo (LAGATI, 1995, p. 306; apud MASINI, 2007, p. 559)

De acordo com Masini (2007), quanto à etiologia da surdocegueira, verificam-se inúmeras causas, podendo ser pós ou pré ou neonatais. Podendo ter suas causas vinculadas às anomalias de desenvolvimento, às infecções transplacentárias, às infecções neonatais, aos erros inatos do metabolismo, transtornos ou síndromes. Como vemos no Quadro 5:

Quadro 5: Causas da Surdocegueira:

Pré-natais	Peri natais	Pós – natais	Anomalias Congênitas Múltiplas
Rubéola	Prematuridade	Meningite	Associação Charge
Citomegalovirus	Falta de oxigênio	Medicação Ototóxica	Abuso de drogas
AIDS	Medicação Ototóxica	Otite Média Crônica	Síndrome de Alcoolismo Fetal
Herpes	Icterícia	Sarampo	Hidrocefalia
Toxoplasmose		Caxumba	Microcefalia
Sífilis Congênita		Diabetes	Síndromes
Fator Rh		Asfixia	Consangüinidade
		Acidentes	
		Encefalite	
		AVC	

Fonte: Masini

A surdocegueira pode acontecer sob várias formas, nas quais o surdocego pode ser totalmente surdo ou totalmente cego, ou apresentar resíduo visual ou auditivo; assim o seu universo constitui-se de diversos tipos e pode ser classificada pela época de aquisição e pela intensidade das perdas. A classificação a seguir é baseada em publicações da ONCE – Organização Nacional de Cegos da Espanha (1994).

A. **Intensidade das Perdas:** surdocego total, surdez profunda com resíduo visual, surdez moderada ou leve com cegueira, surdez moderada com resíduo visual, perdas leves tanto auditivas como visuais;
B. **Época da Aquisição:** pré-linguístico – surdocegueira congênita, surdocegueira após o nascimento, mas antes da aquisição da linguagem e surdez antes da aquisição da linguagem e posterior cegueira; pós-linguístico – surdocegueira após a aquisição da linguagem e cegos com posterior surdez.

Heller e Kennedy (1994) diferenciaram a surdocegueira segundo três características: aquisição, intensidade e condição:

A. **Época de aquisição:** surdez congênita e cegueira adquirida, surdocegueira congênita, surdocegueira adquirida, surdez adquirida e cegueira congênita;
B. **Intensidade:** deficiência auditiva e cegueira, deficiência auditiva e deficiência visual, surdez e deficiência visual e surdocego;
C. **Condição:** estável, progressiva e temporária

Como vemos, pessoas denominadas surdocegas podem apresentar cegueira e surdez, e terem visão suficiente para locomover-se no ambiente e ver a língua de sinais, ou audição suficiente para reconhecer sons familiares e até desenvolver a fala

A visão nos dá informações refinadas em um período de tempo mais curto do que qualquer outro sentido e é a mediadora entre todas as outras informações sensoriais, estabilizando a integração da criança com o meio. A visão estrutura o espaço "... é o sentido útil por excelência para perceber objetos e sua posição espacial em grandes distâncias" (OCHAITA; ROSA, 1995, P.185). É um sentido que nos ajuda a organizar o mundo.

A audição é o sentido de alerta em relação a perigos existentes no meio. Pelos estímulos auditivos podemos desenvolver a localização de sons, identificar a fonte sonora e aprender a discriminar, o que facilita a antecipação de eventos.

Essa relação audição-tempo é mais facilmente compreendida quando tomamos o cego como referência. Sachs (1997, p.138) afirma que "indivíduos sem comprometimento de nenhum tipo vivem no espaço e no tempo". Já os cegos vivem num mundo só de tempo porque esse mundo é construído a partir de seqüência de impressões táteis, auditivas e olfativas. Para o cego, as pessoas existem quando falam, estão em movimento, por isso são temporais.

O indivíduo sem visão e sem audição ou com comprometimento em ambas, tem lesado os dois sentidos responsáveis pela recepção de informações à distância de ordem temporal, direcional e simbólica. As informações advindas dos sentidos remanescentes acarretam uma percepção de mundo proximal. A experiência do mundo vai até onde suas mãos alcançam: "o tato somente permite conhecer os objetos próximos e o som não é, em absoluto, um substituto ideal da visão" (OCHAITA; ROSA, 1995, P.160).

Para esse individuo, o processo de aprendizagem será mais lento, as informações do meio ambiente serão processadas através do tato, olfato, paladar, sensações proprioceptivas, sinestésicas e vestibulares.

O tato é um sentido proximal, que possibilita sentir o que está em contato direto com o nosso corpo. Mesmo a uma pequena distância do objeto, já deixamos de perceber o objeto ou a pessoa. Com o tato podemos explorar e conhecer apenas objetos concretos, pessoas, porém somente percebemos o objeto, que está sendo tateado no momento, não possibilitará a percepção e conhecimento do todo, de imediato.

Segundo Maia (2004): “no Brasil 60% das pessoas que adquiriram a surdocegueira tiveram-na causada por rubéola congênita”, o que poderia ter sido evitado com campanhas de vacinação nacionais.

Por falta de campanhas de vacinação, geralmente necessitam de uma “educação apropriada” com programas educativos especiais para crianças e jovens com transtornos visuais, auditivos ou graves impedimentos. Estes programas necessitam de uma assistência adicional para tratar de suas necessidades devido a simultaneidade das duas perdas. As crianças surdocegas necessitam de uma educação individualizada com enfoques para assegurar que tenham a oportunidade de alcançar plenamente seu potencial e participar de salas regulares.

3.2. Histórico

A educação do surdocego, de acordo com Masini (2007) teve inicio com Victoria Morriseau (1789-1832), primeira pessoa surdacega que se tem dados sobre uma atenção educativa em uma instituição de surdos no final de 1700, na França.

Umas das primeiras referências sobre a surdocegueira, diz que no ano de 1825, Julia Brice de quatro anos, ficou surda e cega ao mesmo tempo e aprendeu a comunicar-se por sinais em uma escola de surdos em Hartford, nos Estados Unidos (AMARAL, 2002, p.121).

Outra referência é de 1837, quando Laura Bridgman ficou surdocega aos 18 meses de idade, sendo educada na *Perkins School for de Blind*, Watertown, Estados

Unidos. Já no ano de 1860, na França, outra menina surdocega, Germaine Gambon, foi educada numa escola para surdos (AMARAL, 2002).

A surdocegueira só teve maior reconhecimento em 1887, com a educação da surdocega Hellen Keller, pela professora Anne Sullivan da *Perkins School for the Blind,* EUA. Ela foi a primeira surdocega a graduar-se como bacharel e dedicou suas atividades para o reconhecimento, divulgação e desenvolvimento da educação de surdocegos no mundo. (CORMEDI, 2005).

A educação de surdocegos teve maior impulso e mudou suas características a partir dos anos de 1964 e 1965, com o nascimento de aproximadamente 5.000 crianças surdocegas, em decorrência de uma epidemia de rubéola nos Estados Unidos. (FREEMAN, 1995; MILES, RIGGIO, 2002).

Jan Van Dijk, na década de 60, na Holanda, iniciou um programa para crianças surdocegas com etiologia de rubéola congênita. Esse programa baseava-se no movimento para desenvolver a comunicação (AMARAL, 2002).

Data do início do século XX, a primeira publicação dos conhecimentos sobre a surdocegueira, com o livro *The history of my life*, de Hellen Keller. No Brasil a visita dessa surdocega em 1953, incentivou a professora Nice Tonhozi Saraiva, professora do Instituto Padre Chico, na cidade de São Paulo à realizar estudos na *Perkins Chorou for the Blind*, sobre o tema. Em 1961, foi aberta uma classe no instituto para o atendimento a surdocegos, que posteriormente passou para a Escola de Educação Especial Anne Sullivan, em São Caetano – SP (SARAIVA, 1977, in. ARÁOZ, 1999).

Desta escola saíram profissionais que difundiram a educação do surdocedo no Brasil. A partir de então outras instituições foram fundadas no Brasil com uma metodologia baseada nos estudos de Jan Van Dijk, na Europa e nas publicações realizadas nos Estados Unidos, onde os estudos se referiam a surdocegos por rubéola congênita e definidos por uma perda neurosensorial, glaucoma catarata e problemas cardíacos (ibid, 1999).

A população de surdocegos tem aumentado e Miles e Riggio (1999) apontam duas razões para este crescimento: o avanço tecnológico da medicina que melhorado as condições dos bebês prematuros e também com anomalias congênitas e o avanço diagnóstico da medicina que tem detectado anomalias genéticas de baixa incidência.

A literatura sobre surdocegueira produzida nos Estados Unidos e Europa é trazida para o Brasil para uso interno, com subsídio da Fundação Hilton/Perkins, pelos programas de atendimento na Escola de Educação Anne Sullivan, Associação para Deficientes Audiovisão (ADEFAV), Associação Educacional para Múltiplas Deficiências (AHIMSA), todos em São Paulo; e o Centro de Reabilitação da Audição (CENTRAU), em Curitiba e a Fundação Catarinense de Educação Especial (ARÁOZ, 2003).

Nos dias de hoje a surdocegueira está presente nos cursos de capacitação organizados pelo Grupo Brasil, em parceria com a Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação (SEESP/MEC), num esforço conjunto pela divulgação da surdocegueira em todas as regiões do país. Nos últimos anos, através do apoio da SEESP, o Grupo Brasil tem realizado Cursos de Capacitação nas regiões Norte e Nordeste (MAIA, et.al. 2007).

3.3. Formas de Comunicação do surdocego

Procuramos inicialmente estabelecer alguns aspectos para compreender o processo de surgimento da comunicação no surdocego diante da enorme dificuldade, e quase inexistência no Brasil, de descrições nesse sentido. Procuramos entendê-las com base nos fundamentos teóricos já descritos para daí construir um referencial que oriente nosso trabalho.

De acordo com Stremel (1995) a comunicação é a troca de informações entre duas ou mais pessoas. As pessoas se comunicam usando formas e razões diferentes. A comunicação pode ser receptiva ou expressiva. A criança surdocega pode não vir a se comunicar oralmente, no entanto pode exprimir-se através de outros códigos e receber mensagens que lhe passamos. A comunicação traz às crianças a oportunidade de realizar alterações no seu mundo, através da expressão dos seus desejos e necessidades e realizar escolhas.

Para Wilson (1996), a comunicação receptiva é um processo de recepção e compreensão de mensagens. Na criança surdocega não é fácil determinar como é que ela recebe a mensagem, pois não pode ver ou ouvir o que acontece ao seu redor.

Ressalta a necessidade de prestarmos atenção na forma como enviamos a mensagem, para aumentar as possibilidades de serem entendidas.

Amaral (2002, apud SERPA, 2002) refere que: “a comunicação é uma necessidade básica do homem por pertencer a uma sociedade”. A comunicação acontece em todos os momentos nas relações com outras pessoas, ao receber informações do mundo ao redor ou pela leitura. Acrescenta ainda, que uma pessoa que não se comunica, se isola, reduz suas experiências nas atividades diárias.

Segundo Amaral (2004):

> o processo comunicativo envolve recepção da informação e a respectiva compreensão da mensagem. Desde muito cedo, a criança começa a perceber o que é a fala e que os diferentes tons da voz, as expressões faciais, os gestos e os toques, pretendem dizer-lhe algo, ou seja, que esses comportamentos tem significados (p.48).

Para a criança surdocega como, geralmente, não acontece naturalmente o que foi descrito acima, é importante considerar as formas de como transmitir a informação e como irá antecipar o que vai acontecer. A antecipação (a expectativa de uma resposta específica do ambiente antes de o fato acontecer) é a base para que aprenda quando é que algo acontece e o que vai acontecer a seguir. O comportamento antecipatório significa que ela tem alguma consciência da previsibilidade das relações no mundo e que compreendeu uma pista dada. Essa previsibilidade ajudará posteriormente, na exploração do mundo (ibid, 2000)

As instituições de referência em surdocegueira no Brasil (ADEFAV e AMHISA) propõem um mapa de comunicação receptiva que serve de guia na escolha das formas de envio de mensagens. Este mapa inicia-se com pistas simples e concretas que são dadas pelo tato ou em proximidade com o corpo da criança. As pistas vão passando gradativamente para níveis mais complexos. É importante ressaltar que as pistas são dadas com fala associada, mesmo que a criança não perceba auditivamente, este procedimento aumenta a capacidade de recepção de informação adicional, através do som e das expressões faciais.

Quadro 6: Mapa de Comunicação Receptiva:

Pistas de contexto	**Pista de objetos**	**Pistas gestuais**	**Objetos em miniatura**	**Pistas visuais de sinais**
Pistas de movimento			**Associações de objetos**	**Pistas táteis de sinais**
Pistas táteis			**Imagem**	**Fala**
			Desenhos de contorno	**Palavras escrita**
			Objetos tangíveis	**Braille**

Fonte: Wilson (1996)

- ✓ **Pistas de Contexto**: acontecem em situações durante as rotinas ou atividades, como: água que corre da torneira, uma chupeta que toca sua boca.
- ✓ **Pistas de Movimento**: movimento que se dirige à criança e que se relacionam a uma atividade: dirigir a mão até a boca para comer, movimentar o braço para cima e para baixo para tocar um tambor.
- ✓ **Pistas Táteis**: sinais que transmitem mensagens simples, ao se tocar o corpo na área relacionada a mensagem: tocar os lábios para abrir a boca para comer, puxar o elástico da cintura para indicar a troca da fralda.
- ✓ **Pistas de Objetos**: uso de objetos reais para dar a informação: colher para comer, chaves para sair, pode-se se usar miniaturas dependendo da capacidade visual da criança.
- ✓ **Pistas de Gestos**: são expressões corporais utilizadas para comunicar, neste caso é necessária alguma visão para que a criança perceba as pistas: acenar com a mão para dizer adeus, estender o corpo para pedir mais bebida, abanar a cabeça para dizer sim ou não.
- ✓ **Pistas de Imagens/ desenhos de contornos/ outros símbolos tangíveis**: utilizados para receber mensagens quando a criança tem visão suficiente: como beber, passear, dormir, comer.
- ✓ **Sinais gestuais e táteis**: símbolos expressos através de sinais manuais baseiam-se em movimento, localização, configuração e direcionalidade. Dependendo das condições visuais da criança devem ser feitos mais perto da

cara da criança tendo em conta o seu campo visual. Para as crianças totalmente cegas deve-se utilizar gesto ou alfabeto manual, os gestos são recebidos colocando as mãos do receptor em cima das mãos do emissor da mensagem de forma a sentir o gesto.

- ✓ **Fala**: a comunicação deve acompanhar todas as outras formas de comunicação. Mesmo que a criança não ouça a fala, poderá perceber a informação através de movimentos e expressões faciais da pessoa que fala.
- ✓ **Palavras escritas/ Braille**: utilizadas por indivíduos que tenham skills que lhe permitam compreender a linguagem simbólica escrita ou em Braille.

Para Stremel (1996) a comunicação expressiva implica o envio de uma mensagem para outra pessoa para fazer com que alguma coisa aconteça ou parar alguma coisa que acontece. As crianças surdocegas podem expressar-se de formas muito diferentes. Também se sugere o mapa de comunicação expressivo, só que neste sentido, ele visa determinar as formas de expressão da criança surdocega na atualidade e planejar sua futura comunicação, como vemos a seguir:

Quadro 7: Mapa de Comunicação Expressiva:

Comunicação por reconhecimento	Comunicação Contingente	Comunicação Instrumental	Comunicação Convencional	Comunicação Simbólica Emergente	Comunicação Simbólica
Expressões Faciais	Vocalizações	Tocar a pessoa	Estender um objeto	Gestos complexos	Símbolos manuais
	Movimentos Corporais	Manipular a Pessoa	Gestos simples	Objetos em miniatura	Símbolos não vocais
	Interruptor de Chamada	Tocar um objeto	Apontar	Imagens/ desenhos	Símbolos eletrônicos
			Comunicação com dois ou mais interruptores	Outros símbolos táteis	Fala

Fonte: Stremel (1996)

- ✓ **Comunicação por reconhecimento**: os comportamentos que indicam o reconhecimento de que outra pessoa está presente: (1) *Expressões faciais*:

formas precoces que podem não ter intenção comunicativa, serem apenas reações simples que indiquem prazer e desprazer; (2) *Vocalizações*: são precoces podem indicar prazer, desconforto, ou ansiedade, podem ser mais fortes, mais longas e de diferentes tipos de inflexões.

- ✓ **Comunicação Contingente**: estes comportamentos demonstram um potencial comunicativo, mas não são utilizados com intenção comunicativa: (3) *Movimentos Corporais*: a criança pode utilizar movimentos amplos para expressar pedidos, protestos, e a intenção comunicativa só se desenvolverá se as pessoas responderem por exemplo a demonstração de antecipação de uma atividade; (4) *Ativação de um interruptor (controle físico)*: utilização precoce de tecnologias de apoio como um gravador ou cd com música, um ventilador, uma luz ou almofada vibratória, estes ajudam nas relações de causa/ efeito; (5) *Ativação de um interruptor (controle social)*: utilização de vocalizações para chamar atenção de alguém, ou um toque.
- ✓ **Comunicação Instrumental***:* são comportamentos simples e não simbólicos dirigidos a uma pessoa com intenção de provocar uma ação, geralmente uma pessoa ou objeto, nunca ambos simultaneamente. (6) *Tocar a pessoa*: as pessoas ao redor da criança podem controlar os resultados dos seus comportamentos, se a criança se comunicar, a criança toca a mão do adulto para dar mais comida, ou o braço para empurrar uma pessoa que não quer ao seu lado; (7) *Manipulação da pessoa*: assim que a criança é capaz de tocar uma pessoa, pode começar a pegar na mão dessa e movê-la em direção a si próprio ou ao objeto que deseja; (8) *Tocar um objeto*: a criança toca um objeto par expressar uma escolha, inicialmente usamos um objeto que gosta e outro que não goste e gradativamente dois que goste.
- ✓ **Comunicação Convencional:** (9) *Estender um objeto*: a criança começa a estender objetos se tiver capacidade motora, para obter alguma coisa em troca, por exemplo estende o prata para ser colocada a comida; (10) *Gestos simples*: são gestos simples que devem ser ensinados antes dos gestos complexos, pois todos os dias usamos gestos para nos comunicar, como “meu”, “comer”, “acabou”; (11) *Apontar*: as crianças sem deficiência apontam para pessoa e

objetos antes de saberem dizer as primeiras palavras. As primeiras palavras podem aparecer emparelhadas com gestos. Todos nós apontamos para comunicar alguma coisa a alguém; (12) *Sistemas de comunicação com duas/ três escolhas*: a crianças faz escolhas entre dois objetos e gradativamente este número vai aumentando

- ✓ **Comunicação simbólica emergente**: comportamentos utilizados são progressivamente mais abstratos: (13) *Gestos complexos*: a criança já é capaz de utilizar gestos simples e vão se agregando mais com gestos mais comuns a todos; (14) *Objetos em miniatura*: utilizados quando a criança é capaz de associar pistas de objetos com pessoas e atividades, passa-se a utilizar pequenos objetos associados a uma atividades para expressar o que quer ou precisa; (15) *Imagens e desenhos de contorno*: tendo a criança uma visão suficiente para símbolos em imagens (SPC) mesmo que não consiga identificar fotografias. Os desenhos e contornos são menos caros que as miniaturas e são mais fáceis de encontrar. Ilustração 1

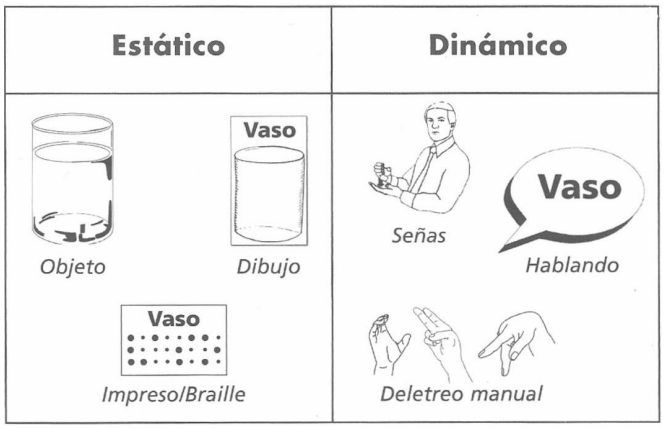


Ilustração 1 – Comunicação Simbólica-emergente
Fonte: Blaha, (2003)

- ✓ **Comunicação Simbólica**: os gestos, palavras escritas, o Braille e a fala funcionam como verdadeiros símbolos. A criança tem que perceber que há uma relação um-a-um entre o símbolo e o objeto/pessoa/atividade, o símbolo “representa” ou “refere-se” a alguma coisa real. Isto é muito difícil para algumas crianças. Algumas crianças podem aprender vários métodos de comunicação simultaneamente. Ilustração 2

Silva (2003) diz que crianças surdocegas devem aprender a se comunicar. Elas têm poucos meios para que possam se fazer entender e dificuldade de entender as pessoas ao seu redor.

Ilustração 2 – Comunicação Simbólica
Fonte: Blaha, (2003)

3.4. A abordagem de Jan Van Dijk

Amaral (2003) apresenta a necessidade da abordagem funcional e coativa para a criança surdocega, salientando a aprendizagem significativa e centrada em experiências reais do dia a dia.

A abordagem coativa baseia-se nos estudos de Jan van Dijk (1989), onde as experiências motoras realizadas com a criança surdocega, por meio do movimento coativo constituem o fundamento para o desenvolvimento e aprendizagem, por fornecerem qualidade e quantidade de interações com pessoas, objetos e acontecimentos. Para esta proposta, deve-se proporcionar pontos de referência para que a criança surdocega organize seu mundo, estimulando-a e motivando-a a comunicar-se e relacionar-se com o mundo a sua volta.

O ponto central é o próprio corpo da criança, suas necessidades, desejos e interesses. Neste aspecto torna-se importante que a criança e o outro (pais, ou terapeutas ou professor) se movam juntos para que a criança perceba o seu próprio corpo como instrumento para explorar o mundo.

Jan van Dijk propõe um programa que compreende seis fases: (1) relação de apego e confiança – nutrição; (2) fenômeno de ressonância; (3) movimento coativo; (4) referência não representativa; (5) imitação e (6) gestos naturais. Estas fases viabilizam melhores condições de aprendizagem de um sistema de comunicação. Elas não são excludentes, nem exclusivas, podendo a criança apresentar várias fases simultaneamente.

Seguem a descrição das fases segundo Cader Nascimento & Costa (2000, in MEC/SEESP, 2002):

1. Nutrição – Relação de apego e confiança:

Consiste no desenvolvimento de um vínculo afetivo entre a criança e o adulto. Neste momento desenvolve-se uma relação de segurança onde a criança surdocega se sinta confortável. Wallon (1975, apud, MEC/SEESP, 2002) destaca a importância do vínculo afetivo na manutenção das primeiras interações da criança com o ambiente, sendo o vínculo social o pré-requisito mais importante para o desenvolvimento da comunicação e da linguagem. Destaca que a primeira linguagem utilizada pela criança é a emocional.

Nesta fase a criança não fala, somente se movimenta, emite sons, chora, sem conhecer a real repercussão das suas ações no ambiente. Nesta fase toda a comunicação é a partir das ações emocionais que são interpretadas pelo adulto.

Normalmente nesta fase o número de pessoas que trabalham com a criança é limitado, se estabelece uma rotina diária e estímulos externos são consistentes e adequados para não ocorrer super-estimulação ou a falta de estímulos.

2. Ressonância:

Consiste no movimento corpo a corpo, sendo que a iniciativa dos movimentos parte da criança. O objetivo é o estabelecimento dos primeiros contatos com a criança e na introdução de modalidades de comunicação baseadas no movimento. Estabelece-se um vínculo corporal entre o adulto e a criança, onde o adulto passa a fazer parte do mundo da criança. A ação corporal permite estabelecer um diálogo por meio do movimento.

Amaral (2002) diz que o nível de ressonância entre o adulto e a criança surdocega coloca-os em um espaço limitado onde se movem juntos. Van Dikj cita três razões fundamentais para promover a participação da criança nesta atividade: (1) conseguir a atenção e participação nas interações com os outros; (2) desenvolver a compreensão da criança de como suas ações interferem no meio ambiente; e (3) estimular a formação de relações positivas com os outros.

3. Movimento co-ativo:

O movimento co-ativo também é chamado de movimento mão sobre a mão. Tem como característica a ampliação comunicativa entre o adulto e a criança, em um espaço mais amplo. O adulto realiza ações junto à criança, por meio de contato lado a lado e aos poucos a distância física entre eles vai sendo ampliada.

O objetivo desta fase é ampliar os recursos de comunicação e a ação motora da criança no espaço que a cerca, bem como desenvolver a habilidade de antecipação de acontecimentos em uma área determinada. Também nesta fase a criança apresenta a condição de entender que todas as atividades têm começo, meio e fim; e que após uma atividade podem acontecer outras, com isto posto introduz aqui a noção de tempo marcando o inicio e o fim de cada atividade.

Esta fase é considerada uma continuação das atividades de ressonância, com o objetivo de iniciar gradualmente o distanciamento entre a criança e o ambiente. As atividades co-ativas constroem por meio da participação da criança em movimentos compartilhados com o adulto. A criança irá desenvolver interesse pelo ambiente e perceber que suas ações interferem nesse ambiente.

Conforme a criança desenvolve a compreensão sobre as sequências de movimentos o adulto indicará referências naturais do ambiente, que precisam ser um objeto permanente no espaço físico. Ilustração 3

Ilustração 3 – Movimento Co-ativo
Fonte: Freeman (1991)

4. Referência não-representativa:

Nesta fase, o objetivo consiste em propiciar condições para que a criança compreenda alguns símbolos indicativos de atividades, pessoas e situações. Por meio do toque, ela é levada a conhecer e reconhecer as particularidades do corpo, nela e no outro. A partir de então, a criança consegue reconhecer e localizar as partes do corpo, e o adulto inicia o uso de representações mais abstratas com o uso de objetos de referência.

Esta fase faz com que a criança perceba que o objeto poderá indicar ou desencadear uma atividade. É importante que os objetos de referência utilizados retenham uma equivalência simbólica com o real e com a atividade a ser desenvolvida. O objeto dará além do contato a condição de manutenção do diálogo entre a criança e o adulto.

A criança é capaz de indicar e reconhecer as partes de seu corpo (braços, pernas, cabeça, etc.) em resposta a um modelo tridimensional como uma criança ou boneco. Nesta fase identifica-se três comportamentos básicos: (1) reconhecimento e indicação das partes do corpo com mais detalhe; (2) atitudes buscando sinalizar os objetos; e (3) maior distância no tempo e espaço entre a criança e o adulto. Ilustração 4

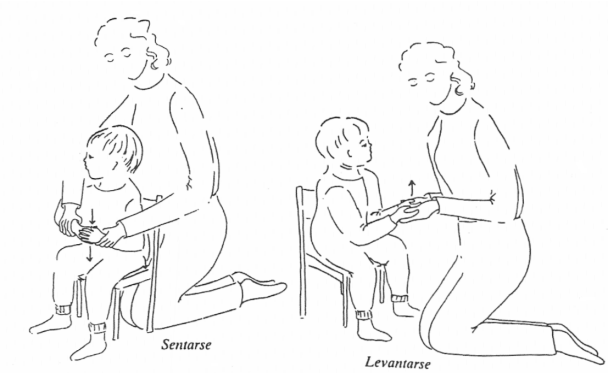


Ilustração 4 – Referência Não –Representativa
Fonte: Freeman (1991)

5. Imitação:

Visa estimular a realização de atividades propostas para a criança. É a continuação do movimento co-ativo, sendo a distinção principal entre eles, que na imitação a criança realiza a ação após demonstração do adulto, na presença ou ausência dele, enquanto no co-ativo a ação era simultânea. Deverá partir das ações simples para as mais complexas, considerando-se as condições e a singularidade da criança.

Nesta fase, a criança é estimulada a realizar a atividade sozinha, tendo a iniciativa e buscando situações já vivenciadas. Os comportamentos imitativos têm as seguintes áreas: (1) a compreensão da criança da correspondência entre suas ações e as ações observadas nos outros; (2) a capacidade de imitar o adulto, demonstrando que compreendeu como deverá realizar as ações; e (3) a capacidade de ampliar a imagem mental dos objetos com os quais mantêm contato, seja pela visão, audição ou tato.

Van Dijk destaca a importância da utilização de objetos conhecidos na atividade de comunicação. Os movimentos motores associados a esses objetos devem ser claros. Isso facilita a compreensão da criança, que poderá generalizar essa situação e aplicá-la no seu cotidiano.

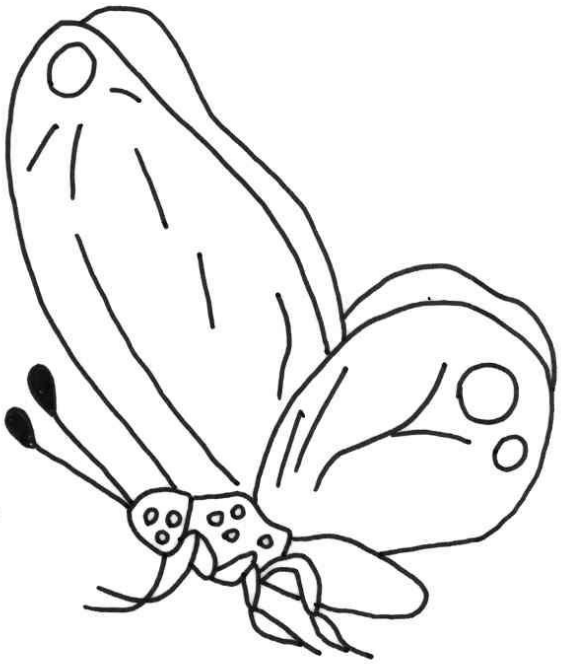
6. Gestos Naturais:

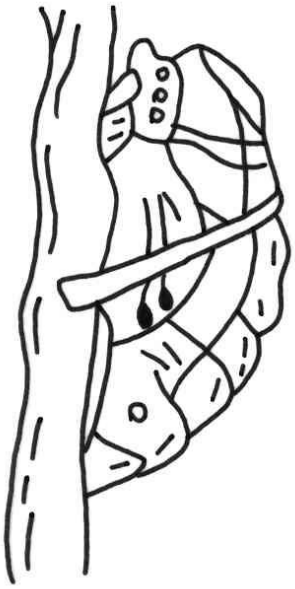
Os gestos naturais, segundo Van Dijk afirma, surgem a partir das experiências com as qualidades motoras dos objetos, sendo constituídos por movimentos das mãos

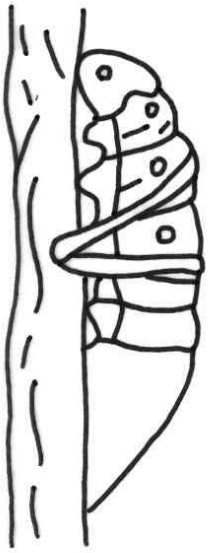
quase iguais aos objetos da ação. Os gestos devem ser espontâneos e não criados em situações estruturadas.

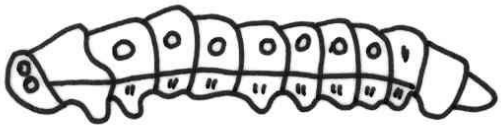
Sugere também, a necessidade dos seguintes passos na apresentação do gesto: (1) objeto e gesto associado, (2) gesto sem a presença do objetos, e (3) entrega e realização da atividade com objeto. Após a associação do gesto ao objeto, o gesto se faz sem o objeto presente, a fim de promover o aumento da capacidade de simbolização.

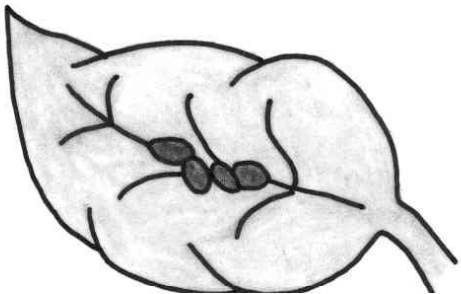
Sendo a criança capaz de utilizar espontaneamente uma série de gestos naturais no contexto de uma rotina diária contínua, pode-se introduzir gestos da língua de sinais por meio dos processos de desnaturalização e descontextualização. A desnaturalização implica a transformação gradual do gesto natural em um sinal padronizado. O gesto torna-se cada vez mais distante do objeto que se refere. A descontextualização implica o desenvolvimento da antecipação de imagens mentais por parte da criança. Esse processo permite que a criança peça objetos e ações desejadas que se encontram fora do contexto natural.











CAPÍTULO II

OUVIR A SURDOCEGUEIRA E O CAMINHO METODOLÓGICO

“ é o discurso em sua realidade material de coisa pronunciada ou escrita; inquietação diante dessa existência transitória destinada a se apagar sem dúvida, mas segundo uma duração que não nos pertence.”

Michel Foucault

METODOLOGIA

Considerando que o principal objetivo da dissertação foi analisar: a surdocegueira e as formas de comunicação do surdocego pré-lingüístico, descrevemos a seguir o caminho metodológico empregado para responder nossos principais questionamentos.

Neste sentido e com vistas a atender os objetivos delineados, optamos pela investigação qualitativa. Segundo Minayo (1998), adotar essa perspectiva não exclui a possibilidade de quantificação de dados. Ela procura demarcar a relação entre o conhecimento e a realidade circundante, enxergando a pesquisa de forma sistêmica. Os fenômenos a serem aprendidos se situam em um dado momento e são influenciados por diversos fatores, sejam eles econômicos, geográficos, sociais, afetivos e desse modo procuramos, analisar todo o contexto sem embasá-lo em um pensamento simplificador. Esta abordagem permite o estudo de temas com mais profundidade, através de amostras pequenas. A coleta de dados não se restringiu apenas a uma categoria pré-determinada, pois durante o processo de coleta e análise dos dados, outras categorias surgiram em função das inter-relações das informações obtidas (PATTON, 1990).

A investigação contém dados, que expressam resumidamente alguns perfis. Profissionais da área de metodologia científica e estatística referem-se tratar de uma abordagem qualitativa.

Assim sendo, esta investigação previu a análise e a discussão de dados escritos provenientes de três fontes: 1) Entrevista com os pais dos sujeitos selecionados; 2) Mapa de Comunicação; 3) Observação Direta da comunicação dos surdocegos em diferentes situações sociais: como na recepção da instituição, e/ou durante atendimento, e/ou em ambas.

Para facilitar a convergência de dados provenientes de múltiplas fontes indicadas, os procedimentos adotados foram os seguintes: a) primeiramente realizaram-se as entrevistas, para que o pesquisador tivesse informações prévias sobre as características dos sujeitos; b) em seguida, foram preenchidos os Mapas de Comunicação com as famílias, através de dados referentes aos surdocegos da

pesquisa; c) observação direta dos 10 surdocegos em diferentes situações de interação social; d) Seguiram-se a análise e discussão dos dados.

Objetivou-se atribuir validade e confiabilidade aos dados pela triangulação dos mesmos: entrevistas, análise dos mapas e observação direta, bem como a articulação cuidadosa dos dados frente à fundamentação teórica.

1. Seleção dos sujeitos

Em um primeiro momento foi feita a identificação do local onde existem serviços de atendimento para surdocegos, etapa necessária para se buscar os informantes com maior probabilidade de obter os dados que se pretendia coletar.

Na cidade do Recife existe uma instituição não governamental especializada na educação de surdocegos, além da rede pública municipal para alunos do ensino fundamental I (que pode atender as crianças no nível de ensino que elegemos critério de inclusão).

O universo de crianças surdocegas em atendimento em uma única instituição se constituiu como uma melhor opção para o estudo, pois nela existem 16 surdocegos em diferentes faixas etárias. Deste grupo foram selecionados 10 tendo-se em conta o critério de eleição abaixo:

- Crianças surdocegas pré-linguísticas na faixa etária entre três e dez anos, atendidas;
- Estar em atendimento sistemático na instituição, podendo ou não estar incluídas no sistema de ensino público, escola especial ou classe especial.

As crianças foram dividas em dois grupos:

Grupo A – com 06 crianças de 3 a 6 anos;

Grupo B – com 04 crianças de 7 a 10 anos.

2. Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Seguem-se abaixo os Quadros 8 e 9 com as características obtidas dos sujeitos da pesquisa através de entrevista com os responsáveis:

Quadro 8 - Sujeitos da Pesquisa – Grupo A – Crianças de 3 a 6 anos

	Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4	Sujeito 5	Sujeito 6
Nome	MEFF	RRTS	NVFS	MVLFS	EVDS	GGO
Idade	5 anos	4 anos	4 anos	5 anos	5 anos	6 anos
Diagnóstico Visual	OD - Baixa visual moderada OE – Baixa visual severa	OD – Baixa visual moderada OE – Baixa visual severa	OD – Baixa visual moderada OE – Baixa visual severa	OD – Baixa Visual severa OE – Baixa visual moderada	OD – Baixa visual moderada OE – Baixa visual severa	OD – Baixa visual moderada OE – Baixa visual moderada
Diagnóstico Auditivo	Surdez profunda bilateral	Surdez profunda bilateral	Surdez profunda bilateral	Surdez leve bilateral	Surdez moderada bilateral	Surdez moderada bilateral
Escolaridade	Não estuda	Escola Pública, Educ. Inf., Itinerante	Não estuda	Escola Pública, Educ. Inf.	Escola Pública, Educ. Inf., Classe especial	Escola Pública, Educ. Inf.
Instituição Especializada	Pública Fisioterapia, Pedagogia	Pública – Fonoaudiologia Musicoterapia Pedagogia	Pública – Fonoaudióloga Pedagoga	Pública – Fonoaudióloga Pedagogia Musicoterapia	Pública – Fonoaudióloga Pedagogia	Pública – Fonoaudióloga, Psicologia Pedagogia
	Privada – Ecoterapia, Hidroterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia	Privada – não realiza	Privada – não realiza	Privada – Terapia Ocupacional	Privada – não realiza	Privada
Quem acompanha a criança	Tia	Mãe	Mãe	Cuidadora	Mãe	Mãe
Usa medição Controlada	Sim, para convulsões	Não	Não	Sim, calmante	Sim	Não
Auxílios Especiais	Não	Óculos de refração simples, AASI	Óculos de refração simples, AASI	Não	Óculos de refração simples, ASSI, LIBRAS	Óculos de refração simples, AASI
Causa da Deficiência	Hidrocefalia	Prematurida de	Prematurida de	Citomegalo-virus	Rubéola Congênita	Rubéola Congênita
Conhece surdocegueira	Não	Não	Não	Alguma coisa	Alguma coisa	Alguma coisa
Conhece Libras	Não	Aprendendo	Gostaria de aprender	Não	Aprendendo	Não
Informante	Tia	Mãe	Mãe	Mãe	Mãe	Mãe

O grupo A é composto de seis sujeitos, sendo que o sujeito 1, 2 e 3 apresentam surdez profunda, mas com resíduos visuais moderados em pelo menos um olho, o que facilita o emprego de algumas formas de comunicação que utilizem a visão como canal receptivo. Dois destes sujeitos não estudam, embora recebam atendimento especializado em diversas áreas vinculadas as suas perdas. Os sujeitos 2 e 3 utilizam auxílios especiais AASI e óculos de refração simples. O sujeito 1 apresenta como causa da surdocegueira a hidrocefalia o que pode comprometer um pouco mais o processo de sua comunicação.

Os sujeitos 4, 5 e 6 apresentam-se como caso de surdez leve e moderada, o que mostram que a perda auditiva apresenta possibilidade de uma melhor performance na comunicação oral. Todos estes estudam em escola pública, recebem atendimento em instituição especializada. O sujeito 4 não necessita da auxílios ópticos diante de suas perdas sensoriais. A surdez é leve e quanto a sua visão, por orientação da oftalmologista especializada em baixa visão, deverá ser aguardado mais tempo até que tenha maturidade motora para auxílios ópticos especiais. Os sujeitos 5 e 6 utilizam óculos de refração simples e AASI o que possibilita melhores condições da aquisição da linguagem oral e/ou outras formas de comunicação. O sujeito 4 apresenta como causa da surdocegueira o citomegalovirus o que pode comprometer ainda seu processo de desenvolvimento cognitivo e comunicativo.

A família dos sujeitos 1, 2 e 3 relata não conhecer a surdocegueira, já dos sujeitos 4, 5 e 6 conhecem alguma coisa. Quanto ao aspecto “conhecer LIBRAS” apenas as famílias dos sujeitos 2 e 5 relataram estar aprendendo essa língua. Em todas as entrevistas o informante foi a mãe, apenas o sujeito 1 o informante foi uma tia que cuida da criança, pois os pais residem em outro município.

Quadro 9 - Sujeitos da Pesquisa – Grupo B – Crianças de 7 a 10 anos

	Sujeito 7	**Sujeito 8**	**Sujeito 9**	**Sujeito 10**
Nome	MEAL	VSO	MGLF	JLSS
Idade	10 anos	10 anos	9 anos	10 anos
Diagnóstico Visual	OD – Baixa visual leve OE – Baixa visual moderada	Baixa visual leve em ambos os olhos	Baixa visual moderada em ambos os olhos	Baixa visual severa em ambos os olhos
Diagnóstico Auditivo	Surdez profunda bilateral	Surdez moderada bilateral	Surdez profunda bilateral	Surdez profunda bilateral
Escolaridade	Escola Pública, Ens.Fund. Itinerante	Não estuda	Escola Pública, Ens.Fund.	Pública, Ens.Fund. Classe especial
Instituição Especializada	Pública – Pedagoga	Pública – Pedagogia	Pública – Terapia Ocupacional Pedagogia	Pública – Terapia Ocupacional
	Privada – não realiza	Privada – não realiza	Privada – não realiza	Privada – não realiza
Quem acompanha a criança	Mãe	Mãe	Mãe	Mãe
Usa medição Controlada	Não	Não	Não	Já fez uso
Auxílios Especiais	Óculos de refração simples Telesitema, ASSI, LIBRAS	Óculos de refração simples	Óculos de refração simples. AASI	Óculos de refração simples
Causa da Deficiência	Rubéola Congênita	Rubéola Congênita	Rubéola Congênita	Rubéola Congênita
Conhece surdocegueira	Sim	Não	Alguma coisa	Pouca coisa
Conhece Libras	Sim	Não	Não	Não
Informante	Mãe	Mãe	Mãe	Mãe

O grupo B é composto de quatro sujeitos, sendo que os sujeitos 7, 9 e 10 apresentam surdez profunda, o sujeito 8 apresenta surdez moderada. Todos eles apresentam resíduo visual, sendo que os sujeitos 7 e 8 apresentam baixa visão leve o que possibilita melhores interações comunicativas por este canal sensorial. Já o sujeito 10 apresenta baixa visual severa com surdez profunda, o que dificulta suas interações comunicativas, além de não aceitar o auxílio óptico e o AASI. O sujeito 7 e 9 fazem uso de AASI, porém não apresentam nenhum tipo de oralidade, apenas sons guturais.

O sujeito 7 faz uso de telesistema para visão de longe, ou seja, para copiar as tarefas do quadro na escola. Os sujeitos 7, 9 e 10 estudam em escola pública no

Ensino Fundamental I, sendo que um tem professora itinerante e outro estuda em classe especial, sendo esta freqüência semanal, à pedido da própria escola, pela ausência de profissional qualificado. O sujeito 8 mora no interior do estado em zona rural e não conta com recursos como: transporte para a escola, bem como profissionais especializados para seu atendimento.

Todos os sujeitos deste grupo apresentam como causa da surdocegueira a rubéola congênita e o informante da entrevista foi a mãe.

Apenas a mãe do sujeito 7 conhece surdocegueira e LIBRAS, o que tem oportunizado situações comunicativas tendo-a como mediadora na maioria das vezes.

3. Recursos utilizados para a coleta de dados

Como já mencionado, a coleta de dados realizou-se por três fontes:

- ✓ Entrevista com pais;
- ✓ Mapas de Comunicação;
- ✓ Observação direta dos surdocegos em interações sociais.

3.1. Entrevista

A entrevista utilizada nesta investigação foi do tipo estruturada, com perguntas fechadas. Tais respostas demonstraram os dados específicos com relação ao surdocego.

A entrevista estruturada "é usada quando se visa à obtenção de resultados uniformes entre os entrevistados" (LÜDKE, 1986). Nesta pesquisa, o entrevistador manteve o foco da atenção no tema discutido, por meio de perguntas feitas na mesma seqüência a todos os entrevistados.

As entrevistas foram feitas através de um protocolo elaborado pelo pesquisador e transcritas literalmente nos apêndices A até J.

3.2. Mapas de Comunicação

Ao elaborar o programa de intervenção para surdocegos, realizam-se avaliações formais e informais. Segundo Amaral (2002), a avaliação do surdocego é um processo

pelo qual se obtém a informação necessária para a tomada de decisões sobre o que se vai fazer, permitindo planificar a intervenção, tendo em consideração o funcionamento do surdocego hoje e para o futuro, estando de acordo com o proposto pela CIF.

Uma das avaliações informais realizadas nos programas com surdocegos é o "Inventário com os Pais e/ou Responsáveis"; também chamados de "Mapas de Comunicação". É o processo pelo qual iniciamos um inventário do surdocego buscando informações a respeito de suas preferências (características), necessidades (o que gosta, não gosta, medos) e expectativas dos pais (desejos e sonhos), avaliação desenvolvida por Maria Bove do Programa Hilton Perkins – USA, disponível por Cormedi (2005) e aqui adaptada em sua forma de apresentação pela pesquisadora.

O contexto da avaliação se deu através do envolvimento da família, onde foi solicitado um encontro com as pessoas que convivem com o surdocego para uma conversa informal e coleta de informações. O mapa não é uma entrevista, é uma reunião agradável entre os envolvidos na avaliação. Utilizam-se desenhos, papéis variados, cola, tesoura, canetas, lápis coloridos, escrita e figuras. O material é de fácil manipulação para ilustrar as informações que estão sendo obtidas.

3.3. Observações Diretas

A Observação Direta possibilita um contato pessoal e estreito com as crianças surdocegas em diferentes interações sociais, permite a verificação do que realmente ocorre e é extremamente útil para a descoberta de novos aspectos do problema investigado.

A observação se deu através da filmagem em três diferentes situações transcritas literalmente:

1. no atendimento com o terapeuta ou interação com a mãe,
2. durante a espera na recepção da instituição,
3. em ambas as situações.

Foi realizado no mínimo um encontro com cada sujeito para a observação direta, devido ao fato de que alguns deles residem no interior de Pernambuco e freqüentam a instituição apenas uma vez por mês. Em outros casos houve a possibilidade de mais de

um encontro, uma vez que residem na região metropolitana, com freqüência semanal a instituição.

Salientamos que, as imagens foram utilizadas apenas na análise das formas de comunicação não sendo apresentadas em nenhum momento da pesquisa.

3.4. Análise dos dados

A classificação dos dados foi realizada a partir das questões elaboradas anteriormente. Sua descrição foi possível a partir da leitura exaustiva e repetidas dos depoimentos e observações, o que Minayo (1998, p. 235), chama de “leitura flutuante”. Essa leitura permite apreender as idéias centrais dos relatos do tema em foco.

A análise dos dados coletados foi realizada em duas etapas:

a) individualmente - A análise individual aprofundada foi realizada com três sujeitos assim identificados: dois sujeitos do Grupo A (sujeito 1 e 5) e um do Grupo B (sujeito 7), todos com dados completos. Selecionamos os sujeitos que se apresentaram em diferentes fases de comunicação sendo estes em fase inicial, intermediário e final. Os dados completos dos demais sujeitos encontram-se com o pesquisador, e estão a disposição a qualquer momento para consultas.

b) coletivamente – Os dados foram reunidos para uma reflexão aprofundada das formas de comunicação encontradas de todos os sujeitos da pesquisa.

Inicialmente trabalhamos com as respostas dos pais com informações sobre: características sensoriais, suas causas, atendimento escolar, uso de auxílios especiais e conhecimento dos mesmos sobre surdocegueira. De posse desses dados elaboramos um quadro-síntese de todos os sujeitos participantes da pesquisa.

Seguiu-se a entrevista a confecção do Mapa de Comunicação, no qual constam as informações sobre características e necessidades da criança, e expectativas da família. Esses dados foram analisados, oferecendo um perfil do sujeito e de sua família.

A observação direta gerou a elaboração das condutas comunicativas do sujeito, analisados após a transcrição literal dos dados. Esses dados foram descritos em um quadro no qual constam a Comunicação Receptiva e Expressiva do sujeito, diante da

atividade proposta pelo terapeuta e/ou cuidadora. Em alguns momentos a cuidadora, sob a orientação do terapeuta atua como mediadora da interação. Dessa forma pudemos completar os dados das Formas de Comunicação Pré-Linguistica/ Lingüística do sujeito, chegando finalmente ao seu Nível de Comunicação Receptiva e Expressiva.

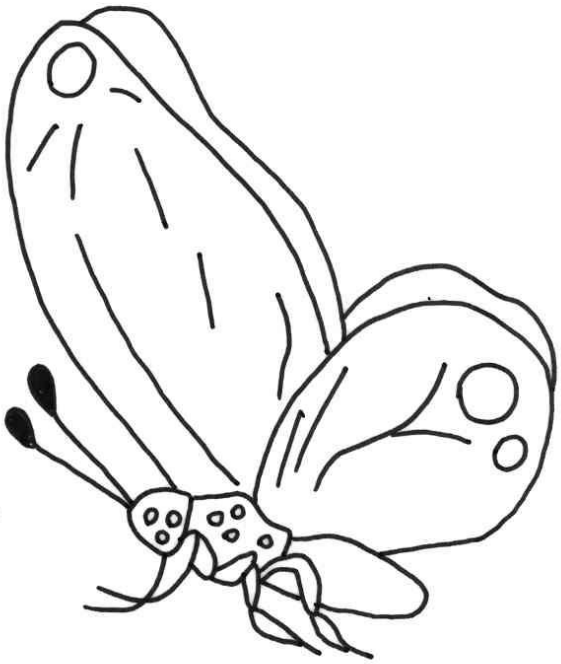
Os atendimentos dos sujeitos são realizados através dos seguintes profissionais: fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e pedagoga que é a pesquisadora.

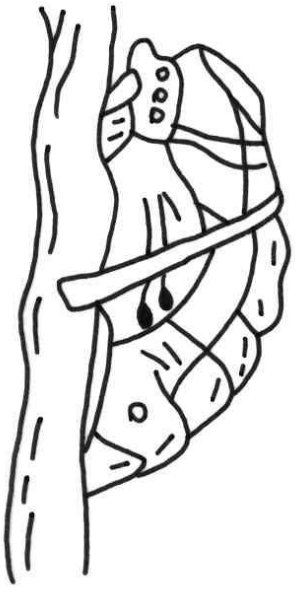
Esclarecemos neste momento que a instituição utiliza um protocolo de atendimento para surdocegos e suas famílias, baseado na abordagem sócio-interacionista, ou seja, as informações e condutas da família e os dados da dinâmica familiar são levadas em consideração para a elaboração do planejamento e orientações das rotinas e condutas comunicativas. Em alguns atendimentos iniciais as interações acontecem com os pais ou cuidadores, sob a orientação dos terapeutas, respeitando o vínculo inicial da criança e para que estes vivenciem e compreendam como “fazer” e possam identificar as condutas comunicativas da criança. Gradualmente os vínculos com terapeutas são estabelecidos.

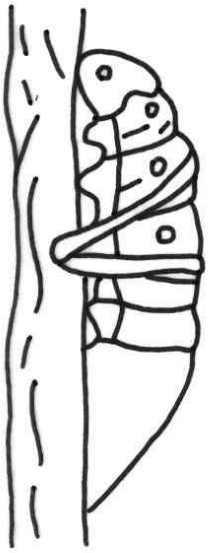
3.5. Aspectos Éticos

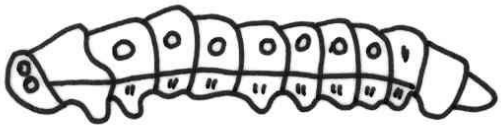
A pesquisa teve inicio após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco sob o número 0028.0.096.00-09 em 27/10/2009, vinculado ao projeto – A comunicação de minorias lingüísticas: vislumbrando outros rumos, da professora Dra. Wanilda Maria Alves Cavalcanti, aprovado no mesmo Comitê sob o número 2251080-2009/1.

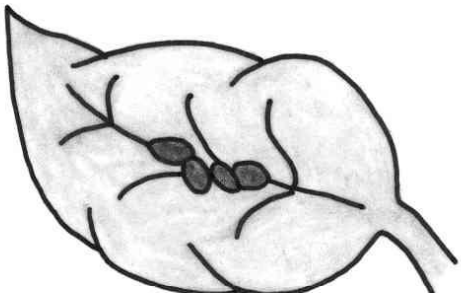
O instrumento proposto foi aplicado somente quando da explicitação dos objetivos do estudo aos responsáveis pelas crianças surdocegas. Esta participação foi totalmente voluntária. Em respeito às normas estabelecidas pela ética da pesquisa, os participantes foram convidados a assinar um termo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde estão registrados os objetivos, a importância e a justificativa do estudo, a participação do sujeito, etc.











CAPÍTULO III

VER E OUVIR A SURDOCEGUEIRA: RESULTADOS E DISCUSSÃO

"Ninguém pode voltar atrás e fazer um novo começo,
Mas qualquer um pode fazer um novo fim"
Chico Xavier

Neste capítulo tratamos da análise e discussão dos resultados. Os subsídios que a fundamentação teórica nos forneceu, ajudaram muito na compreensão do que ocorreram nas entrevistas, mapas de comunicação e observações diretas. A análise dos dados coletados apresenta-se em duas etapas:

1. Análise individual

SUJEITO 1 - GRUPO A

1.1. Dados da entrevista

A entrevista aconteceu na instituição com a participação da tia e cuidadora da criança. Apresentamos no Quadro 10 uma síntese da entrevista de acordo com o referencial teórico apresentado no Capítulo I.

Nome: MEFF **Idade:** 5 anos **Sexo:** Feminino

Quadro 10 – Síntese da Entrevista com Pais do Sujeito 1

Classificação (ONCE – 1994)	
Intensidade das perdas sensoriais	Surdez profunda bilateral Baixa visão moderada no olho direito Baixa visão severa no olho esquerdo
Época da aquisição da surdocegueira	Pré-lingüístico
Condição da surdocegueira	Estável
Etiologia (Masini, 2007)	
Anomalia Congênita	Hidrocefalia
Escolaridade/ Terapias	
Não estuda	
Instituição pública	Fisioterapia e Pedagogia
Instituição privada	Ecoterapia, Hidroterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Trata-se de um caso de surdez profunda com resíduo visual moderado, portanto, um caso onde a LIBRAS pode ser empregada, além de muitas outras formas de comunicação. Os restos de visão poderão auxiliar na compreensão do que ocorrem ao redor da criança facilitando a antecipação dos eventos.

Salientamos que, seu resíduo visual poderá melhorar diante da estimulação visual e pelo fato de a visão se desenvolver até os sete anos de idade.

Por ter como etiologia, a hidrocefalia, devemos ter em conta a possibilidade de algumas dificuldades cognitivas na estruturação do pensamento e linguagem.

Devido ao fato de não freqüentar escola acreditamos que o desenvolvimento é mais lento do que nos casos em que a criança está inserida num contexto

interacional. A instituição que a atende a criança fornece orientações para a cuidadora quanto às formas mais adequadas de lidar com esta criança surdacega.

1.2. Mapas de Comunicação

O Mapa de Comunicação foi realizado com duas tias e a cuidadora, pois os pais moram em outra cidade. Foi utilizado na sua confecção papel branco e canetas hidrocor coloridas; as cores dos símbolos foram escolhidas pelos participantes em comum acordo. Segue no Quadro 11 a transcrição literal do Mapa de Comunicação do sujeito 1

Quadro 11 – Mapa de Comunicação do Sujeito 1

Nome: MEFF				**Sujeito 1**	
DN: 27/12/2005		**Idade:** 5 anos		**Data:** 06/07/2010	
CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA					
Dócil	*brava*	*alegre*	*triste*	*amável*	*sociável*
chorona	*birrenta*	*teimosa*			
NECESSIDADES DA CRIANÇA			**EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA**		
GOSTA	**NÃO GOSTA**	**MEDOS**	**DESEJOS**	**SONHOS**	
Brinquedo de corda	*Boneca branca*		*Aprender a se comunicar*	*Saudável*	
Boneca escura	*Suco*		*Andar*	*Mais previsível*	
Torta, bolo, comida doce	*Comida salgada*		*Freqüentar escola*	*Que um dia ela trabalhe*	
Vira-vira	*Ambiente com muita gente*		*Que ela deixe de usar fraldas*	*Que ela seja feliz*	
Brincar com o corpo			*Que ela coma sozinha*	*Que ela aprenda a se comunicar*	
Passar a mão na garganta do outro			*Que ela use o banheiro*		
Trabalhar com as mãos					
Água					
Banho					
Gritar					
Ficar na cama bem a vontade					
Dormir com a boneca "Rosinha"					

Fonte: Cormedi (2005)

O Mapa de Comunicação é um processo que apresenta um inventário do sujeito 1, trazendo informações a seu respeito. A participação da família colaborou para que esta pudesse ser orientada quanto ao estabelecimento de rotinas, especificidades e as potencialidades da criança.

Verificamos que essa criança utiliza movimentos corporais e gosta de interagir com brinquedos sonoros que vibram. A partir do uso destes brinquedos, novos são inseridos, para que compreenda o "brincar". Os brinquedos que vibram associados às atividades de brincar com o corpo, auxiliarão no seu processo de comunicação.

Como tem resíduo visual, e gosta de olhar para pessoas e objetos esta possibilidade auxiliará nas interações com o meio, dando apoio inclusive para que passe a simbolizar mais em sua comunicação. Chama-nos a atenção o fato do sujeito passar a mão na garganta das pessoas quando estas falam o que poderá indicar o uso dos meios de comunicação, o método Tadoma para surdocegos.

A partir de sua análise do Quadro 11, constatamos que:

A) Necessidades da criança

- ✓ Movimentos corporais
- ✓ Brinquedos sonoros e que vibram

B) Necessidades da família

- ✓ Melhorar comunicação
- ✓ Deixar de usar fralda
- ✓ Freqüentar escola
- ✓ Andar

C) Canais Sensoriais utilizados pela criança

- ✓ Visual (resíduo visual)
- ✓ Tato
- ✓ Cinestésico

D) Potencialidades da criança

- ✓ Olhar para as pessoas e objetos
- ✓ Passar as mãos na garganta das pessoas

1.3. Observação Direta

A observação do sujeito 1 aconteceu durante o atendimento de Fisioterapia na instituição, estavam presentes a terapeuta, a tia e a cuidadora. A terapeuta

interagiu no início e depois pelo fato da criança estar chorando muito, pois havia tomado medicação e já tinha realizado atendimento de hidroterapia. A cuidadora passa a interagir com a criança sob a orientação da terapeuta, pelo fato da mesma ter um vinculo estabelecido. O tempo total de observação foi seis minutos. Os dados obtidos encontram-se no Quadro 12, que apresenta as condutas da comunicação receptiva e expressiva que posteriormente possibilitou a estruturação dos Quadros 13 e 14.

Quadro 12 – Condutas de Comunicação do Sujeito 1

	Comunicação Receptiva	Comunicação Expressiva
TERAPEUTA		Choro
		Segura o braço da terapeuta
		Choro
	Passa a mão no braço da criança	Para de chorar
		Segura o braço da terapeuta
		Coloca toda a mão na boca
	Tira a mão da boca da criança	
	Coloca mão da criança na perna	
CUIDADORA	Diz: *"D., o que é que você tem, mainha?"*	
	Passa a mão no rosto da criança e sonoriza: *"ô,ô,ô"*	Passa a mão ao redor dos ombros da cuidadora
		Sonoriza: *"i,..i...,i"*
	Diz: *"olha a foto, cê já quê vim pro colo, ô"*	
	Pega a criança no colo	Olha para cuidadora
		Pára de chorar
		Olha para a câmera
	Senta criança no tatame	Grita e sorri
	Pega bola colorida e diz: *"Toma D."*	
	Joga a bola para cima	Criança olha a bola
	Pega bola colorida e diz: *"Toma "*	
	Balança a bola para direita e esquerda	Chora
	Diz: *"chora, não!"*	
	Passa dos dedos no nariz da criança e diz: *"chora, não, chora, não!"*	
	Passa as mãos na garganta da criança com movimentos ascendentes	Pára de chorar
	Dá um beijo na testa da criança	
	Diz: *"Já sei, cê ta com sono!"*	
	Pega a criança no colo e começa a balançar para frente e para trás	
	Diz: *"Que cara feia é essa? Oh, meu amor, não chora!"*	
	Balança	Chora mais
	Coloca a criança no colo de frente para ela	
	Faz um som*: "trrumm, trrumm, trrum...."*	
	Pega os braços da criança e levanta e solta	Puxa a blusa da cuidadora
	Balança as pernas para cima e para baixo	
	Segura os braços da criança	Ri e chora alternadamente
		Pára de chorar
		Sonoriza: *"i...i...i..."* conforme os movimentos
		Puxa o brinco da cuidadora
		Começa a chorar
	Balança o corpo da criança para direita e	Pára de chorar

	esquerda dizendo: *"oi, oi, oi"*	
		Olha para a câmera
		Faz pose abraçando a cuidadora
	Balança a criança para cima e para baixo mais forte sonorizando *"uhm...uhm...uhm"*	Chora
	Canta*: "Não chora, não; não chora, não; não chora, não; não...chora...não"*	
	Pega bola e passa ao redor delas	Chora
	Diz*: "Oh, meu Deus, que sono terrível"*	
	Muda a criança de posição	
	Diz*: "não chora, não!"*	
	Senta com as pernas cruzadas e encaixa a criança e começa e niná-la	Sonoriza ritmado: *"ih...ih...ih..."*
C U I D A D O R A	Balança para frente e para trás e sonoriza *"uhm"* e ao fazê-lo aperta a criança contra seu corpo	Pára de chorar
		Passa os braços pelo pescoço da cuidadora
	Balança mais rápido	Coloca a mão na garganta da cuidadora
		Olha para cima
	Balança para frente e para trás e cai por cima da criança rolando e diz: *"oiii"* e ri	Sorri e grita: *"aih...aih...aih""*
	Diz*: "To cansada dessa posição"*	
	Pára de balançar	Balança a cabeça como um *"não"* e chora
		Agarra o pescoço da cuidadora
	Balança novamente	Chora e ri alternadamente
	Diz: *"Ei, D."*	Morde cuidadora no ombro
	Diz: *"Ai, cê me mordeu, solta"*	
	Segura o rosto da criança e olhando para ela diz: *"Você, me mordeu, você viu o que você fez aqui, você viu?"*	Chora
	Coloca a criança sentada no tatame	Chora e coloca a mão toda na boca provocando vômito
	Segura a mão e diz*: "Não"*	Chora

No pouco de tempo de interação com a terapeuta verificamos que a criança apesar de estar chorando, procura demonstrar que quer algo e para tal "segura o braço" da terapeuta e "coloca toda a mão na boca". Observamos que a terapeuta apresenta dois estímulos para a criança ao passar a mão no braço da criança que gerou uma resposta comunicativa da mesma, que parou de chorar; e ao retirar a mão da boca da criança e colocar na perna, a mesma não a coloca de volta. Consideramos que as condutas de comunicação receptiva com a terapeuta foram poucas, mas as expressivas demonstram a importância da observação pelos pais/ cuidadores e terapeutas de movimentos corporais e expressões faciais, que são as respostas da criança e muitas vezes não são levadas em consideração por não se tratar de um "bebê", esquecendo-se do nível de comunicação ainda em fases iniciais.

De acordo com os dados acima, verificamos que a criança demonstra vínculo com a cuidadora, diante de sua interação e respostas comunicativas através de sons guturais sem significado, sons ritmados, movimentos corporais, mordida, choro e riso.

A cuidadora utiliza linguagem oral todo o tempo, apesar de termos indícios de que provavelmente a criança não compreenda. A mesma utiliza muitos movimentos corporais o que sugere ser um dos canais sensoriais, a cinestesia. De acordo com a abordagem co-ativa de Van Dijk (1989), através das experiências motoras realizadas com a criança surdocega pode-se fornecer qualidade e quantidade de interações com pessoas, objetos e acontecimentos, pois o ponto de referência será o próprio corpo da criança para que organize seu mundo, estimulando-a e motivando-a a comunicar-se e relacionar-se com o mundo a sua volta. Como vimos nas seguintes situações com a cuidadora que:

- ✓ Passou a mão no rosto da criança, e esta respondeu passando a mão ao redor dos ombros da cuidadora;
- ✓ Pegou a criança no colo, e esta olha para a cuidadora e para de chorar;
- ✓ Sentou a criança no tatame, e esta grita e sorri;
- ✓ Passou a mão na garganta da criança com movimentos ascendentes, e esta para de chorar;
- ✓ Pegou os braços da criança e levanta, e esta ri e chora alternadamente até que para de chorar e sonoriza sons ritmados;
- ✓ Balançou o corpo da criança e sonoriza “oi, oi, oi”, e esta para de chorar;
- ✓ Parou de balançar a criança, e esta morde a cuidadora;
- ✓ Tirou a criança do colo, e esta coloca a mão na boca provocando o vômito

A comunicação receptiva ocorreu através do tato, movimentos corporais que a criança recebeu durante as interações com sua cuidadora, o que resultou em uma comunicação expressiva também com movimentos corporais, tato, visão e de diversas maneiras como descrevemos a seguir.

Verifica-se que quando a cuidadora brinca com o corpo da criança ao “*levantar os braços*”, “*ninar*” ou “*rolar juntas*”, tem como conseqüência alguns efeitos de linguagem, semelhantes a protoconversações, onde a criança se expressa através de sorriso, grito e sons ritmados como *“i...i...i...”* ou *“ih...ih...ih...”* ou *“aih...aih...aih”*. Parece-nos que com estas atividades a criança organiza-se e passa a interagir comunicativamente com o outro, onde parece demonstrar que gosta da

atividade. Parece-nos também, que nas situações em que a criança chora, puxa e morde, demonstra a não aceitação da atividade, o que confirmam as informações fornecidas por Chomsky, confirmadas por Tomasello e Bruner, onde a criança manifesta interesse pela comunicação, expressando-se por sons.

Quadro 13 - FORMAS DE COMUNICAÇÃO PRÉ-LINGÜÍSTICA/ LINGÜÍSTICA – Comunicação Receptiva do Sujeito 1

Refere-se às formas de comunicação utilizadas pela terapeuta e cuidadora com a criança – Sujeito 1

Movimentos Corporais e Expressões Faciais	Pistas Naturais ou de Contexto	Pistas de Movimento	Pistas táteis	Pistas de Objetos	Gestos Naturais e Contextuais	Sinais Isolados de LIBRAS	LIBRAS	Outros
Toque no braço Balanço do corpo	Senta no Tatame	Tira a mão da boca			Segura o rosto			A cuidadora fala o tempo todo, mas não há evidências que a criança compreenda a fala do outro

Fonte: Cormedi (2005)

Quadro 14 - FORMAS DE COMUNICAÇÃO PRÉ-LINGÜÍSTICA/ LINGÜÍSTICA – Comunicação Expressiva do Sujeito 1

Comunicação Expressiva: Refere-se às formas de comunicação utilizadas pela criança com a terapeuta e cuidadora – Sujeito 1

Movimentos Corporais e Expressões Faciais	Pistas Naturais ou de Contexto	Pistas de Movimento	Pistas táteis	Pistas de Objetos	Gestos Naturais e Contextuais	Sinais Isolados de LIBRAS	LIBRAS	Outros
Choro Ri e Sorri Morde Segura no braço Segura no pescoço Puxa o brinco e blusa	Olha para câmera	Balança a cabeça "Não"						*"i,..i...,i"* "ih...ih...ih..." "aih"

Fonte:Cormedi(2005)

Através da análise dos Quadros 12,13 e 14 elaboramos o Quadro 15 com a síntese dos anteriores, tendo como base o modelo proposto por Cormedi (2005), com o nível de comunicação receptiva e expressiva do sujeito 1. Esse encontra-se no nível pré-simbólico ou de referência não-representativa (VAN DIJK, 1989), onde as atividades se realizam no próprio corpo da criança e/ou com modelos tridimensionais.

A comunicação receptiva baseia-se em pistas de contexto, movimento e táteis, conforme mencionamos na fundamentação teórica no Capítulo I.

A comunicação expressiva ainda é baseada em expressões faciais, vocalizações, movimentos corporais, toques e manipulação, o que demonstra uma comunicação por reconhecimento, contingente e instrumental, conforme mencionado na fundamentação teórica no Capítulo I.

Quadro 15 – Nível de Comunicação Receptiva e Expressiva do Sujeito 1

	RECEPÇÃO	FORMAS	EXPRESSÃO
SIMBÓLICO		Fala	
SIMBÓLICO		Libras	
SIMBÓLICO		Sinais Isolados	
SIMBÓLICO EMERGENTE		Gestos	
PRÉ SIMBÓLICO		Objetos de Referência	
PRÉ SIMBÓLICO		Pistas	
PRÉ SIMBÓLICO		Movimentos Corporais	

Fonte: Cormedi (2005)

De acordo com a abordagem de Van Dijk (1989), o sujeito 1, encontra-se nas fases de:

a) *Nutrição,* pois a criança necessita do desenvolvimento de um vínculo afetivo com o adulto como pré-requisito para a aquisição da linguagem. A criança não fala, somente se movimenta, emite sons, chora, talvez por não conhecer a real repercussão das suas ações no ambiente. Nesta fase a comunicação ocorre a partir das ações emocionais que são interpretadas pelo adulto. Esta abordagem recomenda que o número de pessoas que trabalham com a criança seja limitado, se estabeleça uma rotina diária e estímulos externos consistentes e adequados.

b) *Ressonância,* pois a criança necessita do movimento corpo a corpo, estabelecendo um vínculo corporal entre ela e o adulto, que passa a fazer

> parte do mundo da criança. Esta abordagem refere que nesta fase adulto e criança colocam-se em um espaço limitado onde se movem juntos, promovendo a atenção e participação nas interações com os outros, desenvolve a compreensão da criança de como suas ações interferem no meio ambiente e estimular a formação de relações positivas com os outros.

Esta demonstração de expressão coincide com o que Vygotsky (1996), afirma citado no Capítulo I, quando diz que cada indivíduo vive suas experiências pessoais de modo muito complexo e particular, onde seu mundo de experiência vivida necessita ser simplificada e generalizada para poder ser traduzido em signos que possam ser transmitidos a outros.

O sujeito 1, ainda não tem sua experiência vivida simplificada para que possa generalizar, o que dificulta a transmissão dos signos e, conseqüentemente, a compreensão dos significados para sua efetiva comunicação. Suas condutas comunicativas estão de acordo com o que Vygotsky (1996) ressalta ao dizer que, apesar não sabermos articular palavras, nem compreender significados, podemos comunicar nossos desejos e estados emocionais através de sons e gestos

Quadros (2008), diz que nos primeiros meses de vida, o bebê produz sons que não representam nenhum significado, o que lingüistas denominam “balbucio”, que apresenta uma organização progressiva. Com o tempo o balbucio apresenta um padrão diferenciado, sons combinados e com contorno melódico da língua materna.

Observamos que essa criança, de acordo com os sons que produz nas interações com a cuidadora, parece se encontrar, apesar de sua faixa etária, nas primeiras fases de aquisição da linguagem diante de seu balbucio oral e manual. Petitto e Marintette (1991), referem que o balbucio de bebês surdos e bebês ouvintes ocorre como fruto da capacidade inata para a linguagem, seja ela por sons ou por gestos, porém os bebês surdos balbuciam manual/oralmente até um determinado período, quando as vocalizações são interrompidas e permanece o balbucio manual.

Bruner (1983), diz que o processo de aquisição da linguagem se inicia quando mãe e criança criam um formato prévio de interação que funciona para a comunicação e para a constituição da realidade. As transações entre a díade, que no caso do sujeito 1 é com a sua cuidadora, ocorrem em formatos de “entrada” onde a criança adquire o domínio para referir e expressar suas intenções comunicativas.

Isto só pode acontecer se a criança apresentar um conjunto único e propenso de capacidades de aprendizagem da linguagem. Algo similar ao que Chomsky designou como Dispositivo de Aquisição da Linguagem (DAL), mas que não poderia funcionar sem a ajuda de um adulto, que entra com ele num formato transacional. Seria através dos jogos com objetos que seriam elaborados seqüências de turnos implicadas nas conversações, que permitem o intercâmbio de papéis entre os parceiros.

O sujeito 1 realiza diversas atividades fora a instituição com diferentes profissionais, apesar de poucos conhecerem a surdocegueira, o que nos remete ao que Vygotsky (1997), sugeriu ao dizer que a educação social baseada na compensação social e na integração tanto quanto possível na sociedade, era a única maneira de proporcionar oportunidades de viver junto com outras pessoas.

Desse modo percebemos que o sujeito 1 mantém vinculo apenas com a sua cuidadora, tendo dificuldades de aceitar novas interações, sendo suas oportunidades interativas por vezes restritas, necessitando intervenção em suas formas de comunicação para iniciar a fase de interpretação e negociação da aquisição da linguagem.

De acordo com Vygotsky (1996), consideramos que o sujeito 1 apresenta-se na forma de pensamento pré-verbal, onde emite sons tais como: “i...i...i”; “ih...ih...ih...” e “aih...aih...aih”, utiliza gestos e expressões faciais como: pegar no braço e puxar o brinco e a blusa, chorar, rir e sorrir; estes como função de alívio emocional e contato psicológico com os outros, parecendo-nos funcionar como meio de expressão emocional e de comunicação difusa com os outros, mas não indica significados específicos. O sujeito 1 parece apresentar-se em fase pré-verbal por exibir uma espécie de inteligência prática, onde utiliza a ação no ambiente sem a mediação da linguagem. Apesar de não dominar a linguagem, já utiliza o choro, o riso e o balbucio como meio de contato social e de comunicação com outras pessoas.

O sujeito 1 de acordo com Bruner (1983) e descrito no Capítulo I, parece-nos apresentar uma predisposição para adquirir a cultura através da linguagem, pois demonstra intenções comunicativas na chamada prontidão meio-fim e transacionalidade, sendo a primeira ativada e observada quando terapeuta e cuidadora interagem com a criança, demonstrando estar sintonizadas para os eventos; já na segunda, ocorre uma ligação da criança com a cuidadora que

assegura uma variedade de padrões de respostas inatas, desenvolvendo a reciprocidade, onde a criança antecipa e espera, posteriormente este poderá se tornar um sistema antecipatório, que converte a ação biológica inicial entre a díade em algo de mais sutil e sensível a idiossincrasias individuais e a formas de prática cultural.

Essa criança apresenta um vínculo para interação com sua cuidadora, porém diante de seu comprometimento visual e auditivo, apresenta uma falha no que Hobson (1993) chama de triangulação, ou seja no relacionamento eu-tu para compreender a perspectiva do outro em relação a um objeto que está no campo de percepção de ambas as partes, como foi o caso, em que a cuidadora apresenta uma "bola" para a criança, onde ela não captou a diferença entre o que significa a bola para ela e o que significa para a cuidadora.

Observa-se também uma carência de intersubjetividade secundária (PREISLER, 1991), diante de sua incapacidade de compartilhar suas intenções, pois ainda não apresenta a intersubjetividade primária, ou seja, ainda está iniciando ciclos de interação, onde a cuidadora guia a interação e atribui às ações da criança. Seria importante a cuidadora ser orientada pela terapeuta para compreender sinais comunicativos como alteração na expressão facial, seu estado de humor e mudanças de atenção, a fim de atribuir significados a estes e conduzir adequadamente os ciclos de interação que estão presentes nos comportamentos apresentados pela criança ao sorrir, chorar, morder, abraçar, puxar, tocar o braço, etc.

De acordo com os dados aqui apresentado do sujeito 1, concluímos que:

1. Sua forma de comunicação é pré-simbólica, com o apoio e utilização do resíduo visual, tato e cinestesia e em algumas situações a vibração vocal do pescoço do outro, semelhante ao Tadoma, o que deve ser considerado na escolha da comunicação receptiva;
2. A família e cuidadora não conhecem a surdocegueira e nem alternativas de comunicação, utilizando a linguagem oral como principal forma de comunicação; como forma secundária observamos a utilização dos movimentos corporais, que parece ser neste contexto, a mais efetiva para a interação com adultos;

3. Demonstra potencial para comunicação, porém necessita que a equipe multidisciplinar, juntamente com a família, padronizem as formas de comunicação, pois estes são de instituições diferentes.

SUJEITO 5 - GRUPO A

2.1. Dados da Entrevista

A entrevista aconteceu na instituição com a participação da mãe da criança. Apresentamos no Quadro 16 uma síntese da entrevista de acordo com o referencial teórico apresentado no Capítulo I.

Nome: EVDS **Idade:** 5 anos **Sexo:** Feminino

Quadro 16 – Síntese da Entrevista com Pais do Sujeito 5

Classificação (ONCE – 1994)	
Intensidade das perdas sensoriais	Surdez moderada bilateral Baixa visão moderada no olho direito Baixa visão severa no olho esquerdo
Época da aquisição da surdocegueira	Pré-lingüístico
Condição da surdocegueira	Estável
Etiologia (Masini, 2007)	
Pré-natal	Rubéola Congênita
Escolaridade/ Terapias	
Escola Pública	Classe Especial – Educação Infantil
Instituição pública	Fonoaudióloga e Pedagoga

Trata-se de um caso de surdez moderada com resíduo visual moderado, portanto, um caso onde a LIBRAS pode ser empregada, além de muitas outras formas de comunicação. Os restos de visão e audição poderão auxiliar na compreensão do que ocorrem ao redor da criança facilitando a antecipação dos eventos.

Salientamos que, seu resíduo visual poderá melhorar diante da estimulação visual e pelo fato de a visão se desenvolver até os sete anos de idade. O uso de AASI, associado a terapia fonoaudiológica também poderá apresentar melhoras na acuidade auditiva.

Por ter acesso à escolaridade acreditamos que o desenvolvimento tem sido positivo para a aquisição de diferentes formas de comunicação e interação social. Segundo relato da mãe no próximo ano a criança irá freqüentar uma escola pública para surdos, o que não está de acordo com a proposta aqui apresentada, uma vez

que não converge para o atendimento de surdocegueira, reduzindo esta criança apenas como sendo surda.

2.2. Mapa de Comunicação

O Mapa de Comunicação foi realizado com a mãe. Foi utilizado na sua confecção papel branco e canetas hidrocor coloridas, as cores dos símbolos foram escolhidas pelos participantes em comum acordo. Segue no Quadro 17 a transcrição literal do Mapa de Comunicação do sujeito 5.

Quadro 17 – Mapa de Comunicação do Sujeito 5

Nome: EVDS				**Sujeito 5**	
DN: 15/11/2004		**Idade:** 5 anos		**Data:** 01/09/2010	
CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA					
Inquieta	*Traquina*	*Teimosa*	*Curiosa*	*arengueira*	
NECESSIDADES DA CRIANÇA			**EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA**		
GOSTA	**NÃO GOSTA**	**MEDOS**	**DESEJOS**	**SONHOS**	
Lápis e caneta	*Quando não fazemos o que ela que*	*Conviver com outras pessoas*	*Ter condição melhor de moradia*	*Melhorar cada vez mais seu desenvolvimento*	
TV	*Ser contrariada*	*Preconceito*	*Que se forme (FACULDADE)*	*Falar*	
Riscar papel	*Banana machucada*	*Escola como será*		*Estudar*	
Brincar com panelas	*Pessoas suadas*	*De perder a visão*			
Ir para rua					

Fonte: Cormedi (2005)

O Mapa de Comunicação é um processo que apresenta um inventário do sujeito 5, trazendo informações seu respeito. A participação da mãe colaborou para que esta pudesse ser orientada quanto ao estabelecimento de rotinas, especificidades e as potencialidades da criança.

Verificamos que esse sujeito compreende o brincar, realizando atividades de faz de conta, diante de seu resíduo visual, gosta de assistir TV e rabiscar papéis.

Como tem resíduo visual e auditivo estes auxiliarão nas interações com o meio, dando apoio inclusive para que passe a simbolizar mais em sua comunicação.

A partir de sua análise do Quadro 17, constatamos que:

A) Necessidades da criança

- ✓ Interação com crianças

B) Necessidades da família

- ✓ Melhorar a moradia
- ✓ Melhorar o desenvolvimento

C) Canais Sensoriais utilizados pela criança

- ✓ Visual

D) Potencialidades da criança

- ✓ Gosta de brincar com outras crianças
- ✓ Gosta de escrever

2.3. Observação Direta

A observação do sujeito 5 aconteceu durante a espera na recepção da instituição, onde se encontravam várias crianças, mãe e terapeuta (que é a pesquisadora). O sujeito 5 estava aguardando atendimento oftalmológico, enquanto esperava, brincava com um menino que também aguardava atendimento. Teve como tempo total de observação 5 minutos, as condutas comunicativas receptiva e expressiva do sujeito encontram-se no Quadro 18, que posteriormente possibilitou a estruturação dos quadros 19 e 20.

Quadro 18 – Condutas de Comunicação do Sujeito 5

	Comunicação Receptiva	Comunicação Expressiva
MÃE		Desenhando
		Olhar para a câmera e sorri
		Sinal: *"tchau"*
		Aponta para a câmera e joga beijo
	Toca no braço	Olha para a mãe
	Mostra o papel desenhado	Olha para o papel
		Olha para a câmera e faz *"pose"*
		Mostra o giz de cera que está na mão
		Sorri
		Faz som: *"ahahahahah"*
	Toca em seu braço e mostra a folha de papel, sinaliza: "escrever"	Puxa a folha
		Olha para a folha
MENINO		Olha para o menino próximo
	Mexe na caixa de giz de cera	Puxa a caixa para perto dela
	Tenta pegar o giz de cera	Tenta impedir
	Pega o giz e sorri	Bate no braço do menino e sinaliza: *"não"*
		Levanta e olha o que o menino está desenhando

	Devolve o giz e pega outro	Diz:*"naum"*
	Sorri	Olha para seu desenho e para o menino
		Pega uma das folhas do menino
		Coloca a folha perto dela
		Mexe na caixa de giz de cera
TERAPEUTA	Chega e toca no braço da criança	Olha para a terapeuta
	Sinal: *"o que é"* e aponta para o papel	Olha para o papel e sonoriza: *"euuu"*
	Pega a caixa de giz que está com a criança	Segura a caixa de giz
	Sinaliza: *"um, eu"*	Sonoriza: *"naum"*
		Puxa a caixa e coloca do outro lado
	Sinaliza: *"cair"* e aponta para papel no chão	
	Pega o papel e dá para a criança	Pega a folha
		Continua desenhando
	Sinaliza: *"um, eu"*	Vira para trás
		Olha para a mãe
		Sonoriza: *"iaa"* aponta para a terapeuta
MÃE	Diz e sinaliza: *"Tia Sueli, dá"*	Pega um giz na caixa
		Sorri para a mãe
		Olha para a terapeuta
TERAPEUTA	Sinaliza: *"junto, desenho"*	
	O menino pega um giz na caixa	Sonoriza: *"naum"*
	Pede ao menino para ele pedir	
	Sinaliza: *"chorar"*	Sonoriza: *"naum"*
		Abaixa a cabeça
		Desenha
		Troca de giz
		Olha para a terapeuta
	Diz e sinaliza: *"um, desenhar"*	Vira o rosto
	Encosta no braço da criança	
	Sinaliza e diz: *"tchau"*	Pega um giz de cera e quase dá para a terapeuta
		Coloca o giz na caixa
		Sonoriza: *"naum"*
	Sinaliza e diz: *"um, eu, chorar"*	Olha para a mãe e diz: *"iaa"*
MÃE	Sinaliza: *"dar"*	Sonoriza: *"iaa"*
		Pega a caixa e coloca vários lápis na mão
		Quase dá para a terapeuta, coloca de volta e fecha a caixa
		Olha para a mãe e sonoriza:*"iaa,iaa,iaa,naum"*
TERAPEUTA	Encosta no braço da criança	Olha para a terapeuta
	Sinaliza e diz: *Tchau, trabalhar, eu"* e aponta para a porta	Dá o giz para terapeuta
	Sinaliza: *"não, tchau"*	Olha para a mãe e sonoriza: *"óóóó"* e aponta para a terapeuta
	Encosta no braço da criança	
	Sinaliza e diz: *"acabou,entrar,eu,tchau"*	Olha para a mãe e sonoriza: *"óóóó"* e aponta para a terapeuta
		Sonoriza: *"au"*
		Pega o giz e tenta dar para a terapeuta
	Sinaliza e diz: *Não, agora, tchau"*	

De acordo com os dados obtidos durante a observação, verificou-se que o sujeito 5, estando no mesmo ambiente, interage com a mãe, um menino e a terapeuta, sendo o maior tempo com a terapeuta. Salientamos novamente, que

devido ao resíduo visual e a perda auditiva moderada as possibilidades de comunicação podem ser ampliadas.

Esse sujeito apresenta em sua interação com o menino freqüentador da sala de espera, intenções comunicativas a partir das ações que o mesmo realiza, demonstrando compreender e saber o que quer ao puxar a caixa de giz para perto de si, sinalizar e dizer não várias vezes e pegar a folha do menino.

Nas interações com a mãe logo no inicio, percebe a filmadora e “faz pose”, portanto compreende “para que serve”, similar ao que Vygotsky (1996) descreve como sendo o significado, sendo que estes proporcionam a mediação simbólica entre o indivíduo e o mundo real, sendo capaz de compreender o mundo e agir sobre ele.

Quando a mãe sinaliza em LIBRAS a criança demonstra compreender o sinal e se expressa com ações, ou seja, a mãe pede para dar o giz, a criança pega o giz, olha para a mãe e para a terapeuta. Também aqui, observamos que a partir da fala e LIBRAS que a mãe utiliza, a criança responde com intenções comunicativas. Em conversa com a mãe, procuramos saber por que ao olhar para ela emitia “iaa”, a mãe referiu que significava “mainha”.

O sujeito 5 apresenta suas condutas comunicativas bem variadas, pois utiliza, gestos, expressões faciais, movimentos corporais e emite alguns sons que indicam respostas, como “naum”, “euu”, “ô” e “iaa”

A mãe refere que após ter iniciado o uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual - AASI associado à terapia fonoaudiológica, suas vocalizações melhoraram, já que a criança apresenta surdez moderada.

Observamos também que a criança interage com o meio e com as pessoas próximas a ela, porém algumas vezes procura a mãe como mediadora para sua comunicação.

Nas interações com a terapeuta observamos que ao serem dados os estímulos, o sujeito 5 expressa-se adequadamente frente as situações, demonstrando sua posição às solicitações feitas. Observa-se que apresenta interpretação e negociação, bem como o uso da comunicação para resolver as situações e problemas durante os eventos interativos.

Quadro 19 - FORMAS DE COMUNICAÇÃO PRÉ-LINGÜÍSTICA/ LINGÜÍSTICA – Comunicação Receptiva do Sujeito 5

Refere-se às formas de comunicação utilizadas pela mãe, menino e terapeuta com a criança – Sujeito 5

Movimentos Corporais e Expressões Faciais	Pistas Naturais ou de Contexto	Pistas de Movimento	Pistas táteis	Pistas de Objetos	Gestos Naturais e Contextuais	Sinais Isolados de LIBRAS	LIBRAS	Outros
Sorriso	Vê o papel		Toque no braço	Mexe na caixa de giz Pega um giz Puxa a caixa	Escreve Aponta para a porta Chora	O que é Um Eu Tia Sueli Dar Junto Desenhar Tchau Trabalhar Não Acabou Entrar		

Fonte: Cormedi (2005)

Quadro 20 - FORMAS DE COMUNICAÇÃO PRÉ-LINGÜÍSTICA/ LINGÜÍSTICA – Comunicação Expressiva do Sujeito 5

Refere-se às formas de comunicação utilizadas pela criança com a mãe, menino e terapeuta – Sujeito 5

Movimentos Corporais e Expressões Faciais	Pistas Naturais ou de Contexto	Pistas de Movimento	Pistas táteis	Pistas de Objetos	Gestos Naturais e Contextuais	Sinais Isolados de LIBRAS	LIBRAS	Outros
Sorri para câmera Sorri para a mãe Sorri para terapeuta Olha para a câmera Olha para o papel Olha para o menino Olha para a mãe Olha para terapeuta					Aponta para a câmera Bate no braço do menino Segura a caixa Puxa a caixa e colocar do outro lado Abaixa a cabeça Vira o rosto Dá o giz	Tchau Beijo Não		Ahahahahah Naum (não) Euuu (eu) Iaa (mainha) Óóó (olha) Au (tchau)

Fonte: Cormedi (2005)

Através da análise dos Quadros 18, 19 e 20 elaboramos o Quadro 21, com a síntese dos anteriores, tendo como base o modelo proposto por Cormedi (2005) com o nível de comunicação receptiva e expressiva do sujeito 5. Que encontra-se no nível simbólico.

A comunicação receptiva baseia-se em pistas de objetos, gestos naturais e sinais isolados de LIBRAS, dentre outros para facilitar o que é comunicado, conforme mencionamos na fundamentação teórica no Capítulo I.

A comunicação expressiva é baseada em uma comunicação convencional, simbólica emergente e simbólica, pois utiliza gestos simples, apontar, iniciando gestos complexos e algumas palavras orais, conforme mencionado na fundamentação teórica no Capítulo I.

Quadro 21 – Nível de Comunicação Receptiva e Expressiva do Sujeito 5

	RECEPÇÃO	FORMAS	EXPRESSÃO
SIMBÓLICO		Fala	
SIMBÓLICO		Libras	
SIMBÓLICO		Sinais Isolados	
SIMBÓLICO EMERGENTE		Gestos	
PRÉ SIMBÓLICO		Objetos de Referência	
PRÉ SIMBÓLICO		Pistas	
PRÉ SIMBÓLICO		Movimentos Corporais	

Fonte: Cormedi (2005)

De acordo com a abordagem de Van Dijk (1989), o sujeito 5 encontra-se nas fases de:

a) *Referência não-representativa,* pois a criança consegue perceber que o objeto pode indicar ou desencadear uma atividade.
b) *Imitação,* pois a criança em algumas atividades realizou a ação após a demonstração do adulto, o que sugeriu a compreensão de como deveria realizar a ação.
c) *Gestos naturais,* pois a criança apresentou gestos durante a realização da atividade

Podemos considerar que essa criança, de acordo com Vygotsky (199¨) apresenta a compreensão do significado, sendo este um componente essencial

da palavra ou gesto, e é, ao mesmo tempo, um ato do pensamento, pois o significado de uma palavra já é, em si, uma generalização. É no significado da palavra que o pensamento e a fala se unem em pensamento verbal, neste caso tem em consideração alguns gestos.

De acordo com Bruner a aquisição da linguagem só pode acontecer se a criança apresentar um conjunto único e propenso de capacidades de aprendizagem da linguagem. Algo similar ao que Chomsky designou como Dispositivo da Aquisição da Linguagem, mas que este, não poderia funcionar sem a ajuda de um adulto, que entra com ela num formato transacional, que seria o Sistema de Suporte à Aquisição da Linguagem. Portanto, observamos no sujeito 5 uma capacidade inata para dominar a linguagem como sistema simbólico e a predisposição para distinções lingüísticas, diante de suas condutas comunicativas.

Segundo Vygotsky (1996), as formas de utilização da linguagem poderiam ser precursoras do pensamento e da linguagem no ser humano, seriam estas a fase pré-verbal do pensamento e a fase pré-intelectual da linguagem. A trajetória de ambas num determinado momento do desenvolvimento filogenético, se unem e o pensamento se torna verbal e a linguagem racional. Essa associação do pensamento e linguagem é atribuída à necessidade de intercâmbio dos indivíduos, onde a fala torna-se intelectual , com função simbólica, generalizante e o pensamento torna-se verbal, mediado por significados dados pela linguagem. O sujeito 5 parece apresentar o pensamento verbal e a linguagem racional por demonstrar a possibilidade de um funcionamento psicológico mais sofisticado, mediado pelo sistema simbólico da linguagem.

Vygotsky (1996), postula que o processo de desenvolvimento do pensamento e da linguagem está envolvido o percurso da atividade social (interpsíquica) para a atividade individualizada (intrapsíquica). A criança utiliza a fala socializada coma função de comunicar, com o desenvolvimento ela passa a ser capaz de utilizar a linguagem como instrumento do pensamento, com a função de adaptação social. A internalização do discurso é um processo gradual que se completará em fases mais avançadas da aquisição da linguagem. A fala egocêntrica ou discurso egocêntrico ocorre quando a criança dialoga alto consigo mesma, ou seja, fala sozinha.

O sujeito 5, apesar de suas dificuldades visuais, utiliza bem seu resíduo, procura olhar para as pessoas. Parece ter estabelecido formas alternativas de relação social com o estabelecimento da intersubjetividade primária (ciclos de interação) e secundária (jogo social e comunicação), bem como a triangulação, pois consegue compreender a perspectiva do outro em relação a um objeto que está no campo de percepção de ambas e perceber a diferença entre o que significa o objeto para ela e para a outra pessoa.

Esse sujeito além das terapias na instituição freqüenta escola de surdos, o que auxilia no seu processo de aquisição da linguagem seja ela verbal ou em LIBRAS, pois tem resíduo visual. Sua mãe procura se comunicar através de linguagem oral associado a LIBRAS, e, tem procurado aprimorar seu aprendizado em LIBRAS, o que favorece a aprendizagem e interação da criança.

De acordo com os dados aqui apresentados do sujeito 5, concluímos que:

1. Sua forma de comunicação é simbólica, utiliza o resíduo visual e auditivo para aquisição da linguagem, onde mescla gestos naturais com palavras orais. Apresenta compreensão dos sinais isolados de LIBRAS;
2. A mãe conhece alguma coisa sobre a surdocegueira e conhece LIBRAS, além de estar em classe especial para surdos, o que parece favorecer sua aquisição de linguagem diante das diferentes possibilidades nas formas comunicativas;
3. Parece ter uma boa condição comunicativa, tanto receptiva como expressiva, diferentemente de outros surdocegos, embora entendamos que os resíduos auditivos e visuais que apresenta facilitam todo o processo.

SUJEITO 7 - GRUPO B

3.1. Dados da Entrevista

A entrevista aconteceu na instituição com a participação da mãe da criança. Apresentamos no Quadro 22 uma síntese da entrevista de acordo com o referencial teórico apresentado no Capítulo I.

Nome: MEAL **Idade:** 10 anos **Sexo:** Feminino

Quadro 22 - Síntese da Entrevista com Pais do Sujeito 7

Classificação (ONCE – 1994)	
Intensidade das perdas sensoriais	Surdez profunda bilateral Baixa visão leve no olho direito Baixa visão moderada no olho esquerdo
Época da aquisição da surdocegueira	Pré-lingüístico
Condição da surdocegueira	Estável
Etiologia (Masini, 2007)	
Pré-natal	Rubéola Congênita
Escolaridade/ Terapias	
Escola Pública	Itinerante – Ensino Fundamental
Instituição pública	Pedagoga uma vez por semana

Trata-se de um caso de surdez profunda com resíduo visual leve, portanto, um caso onde a LIBRAS pode e está sendo empregada, além de muitas outras formas de comunicação. Os restos de visão poderão auxiliar na compreensão do outro e interações com o meio social.

Salientamos que, seu resíduo visual poderá melhorar diante do uso de sistemas de magnificação (telesistema), o qual faz uso. O AASI, não tem sido associado à terapia fonoaudiológica, porque em sua cidade não tem profissional especializado, o que dificulta a melhora da compreensão dos estímulos sonoros.

Por ter acesso à escolaridade acreditamos que o desenvolvimento tem sido positivo para a aquisição de diferentes formas de comunicação e interação social. Segundo relato da mãe no ano passado sua professora de sala de aula conhecia LIBRAS e a deste ano não conhece, dificultando a comunicação com a mesma que depende da professora itinerante que vai à escola apenas uma vez por semana.

3.2. Mapa de Comunicação

O Mapa de Comunicação foi realizado com a mãe. Foi utilizado na confecção papel branco e canetas hidrocor coloridas, as cores dos símbolos foram escolhidas pelos participantes em comum acordo. Segue no Quadro 23 a transcrição literal do Mapa de Comunicação do sujeito 7.

Quadro 23 – Mapa de Comunicação do Sujeito 7

Nome: MEAL				**Sujeito 7**	
DN: 01/10/1999		**Idade:** 10 anos		**Data:** 01/09/2010	
CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA					
Teimosa	*Alegre*	*Carinhosa*	*As vezes nervosa*	*meiga*	*Amiga*
As vezes teimosa	*vaidosa*	*desconfiada*	*esperta*		
NECESSIDADES DA CRIANÇA			**EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA**		
GOSTA	**NÃO GOSTA**	**MEDOS**	**DESEJOS**	**SONHOS**	
Viajar	*Ir ao dentista*	*Cachorro*	*Cada dia a melhora dela*	*Falar*	
Brincar	*Ficar no canto quieta*	*Gato*	*Aprender mais na escola*	*Família quase perfeita*	
Correr	*Maçã*	*Escuro*	*Integração da sociedade*	*Independência*	
Estudar	*Pêra*	*Ficar em casa só*	*Menos preconceito na escola*	*Casar*	
Falar libras	*Tumulto*	*Andar de moto*	*Ela pudesse trabalhar*		
Ficar com as colegas da escola	*Ficar onde tem muita gente*				
Bala	*De ser reclamada*				
De se arrumar					

Fonte: Cormedi (2005)

O Mapa de Comunicação é um processo que apresenta um inventário do sujeito 7, trazendo informações seu respeito. A participação da mãe colaborou para que esta pudesse ser orientada quanto ao estabelecimento de rotinas, especificidades e as potencialidades da criança.

Verificamos que esse sujeito gosta de brincar, falar em LIBRAS, das colegas da escola e de estudar . Utiliza como forma de comunicação a LIBRAS

e tem sua mãe como intérprete. Como tem resíduo visual leve este poderá ser seu principal canal sensorial e irá auxiliar nas interações com o meio.

Como sua mãe é sua principal intérprete com os ouvintes, cria-se uma dependência onde este sujeito parece ter medo de estar sozinha.

A partir de sua análise do Quadro 23, constatamos que:

A) Necessidades da criança

- ✓ Interação com crianças

B) Necessidades da família

- ✓ Melhorar a moradia
- ✓ Melhorar o desenvolvimento

C) Canais Sensoriais utilizados pela criança

- ✓ Visual

D) Potencialidades da criança

- ✓ Gosta de brincar com outras crianças
- ✓ Gosta de escrever

3.3. Observação Direta

A observação do sujeito 7 aconteceu durante o atendimento de Pedagogia na instituição, estavam presentes a terapeuta e a mãe. O tempo total de observação foram vinte minutos, as condutas comunicativas receptiva e expressiva encontram-se no Quadro 24, que possibilitou posteriormente a estruturação dos quadros 25 e 26:

Quadro 24 – Condutas de Comunicação do Sujeito 7

	Comunicação Receptiva	Comunicação Expressiva
TERAPEUTA	Bater no braço	Olha
	Sinaliza: *"espera, você, eu, pintar"*	Olha para a mãe
	Sinaliza: *"olha"* e aponta para papéis	Olha para papéis
	Sinaliza e diz: *"vem"*	Olha para a mãe
		Olha para câmera e passa a mão no cabelo
	Sinaliza e diz*: "vem, você, bonita"*	Balança a cabeça para os lados, vai com terapeuta
	Sinaliza: *"banheiro"* e diz: *"sentar"*	Sinaliza: *"não, banheiro, sentar"*
	Sinaliza: *"desculpa, esquecer, igual sinal"!*	Ri e senta
	Mostra caixa de lápis de cor e folhas com desenhos	
	Sinaliza: *"juntas, pintar"*	Olha os desenhos
	Sinaliza: *"este, o que é"*	Sinaliza: *"borboleta"*
	Sinaliza: *"este, o que é"*	Sinaliza: *"hipopótamo"*
	Sinaliza: *"este, o que é"*	Sinaliza: *"peixe"*
	Sinaliza: *"positivo"*	

	Sinaliza: *"qual, você, pintar"*	Olha e sinaliza: *"hipopótamo"*
	Recolhe as outras folhas e sinaliza: *"eu, pintar, borboleta"*	Pega caixa de lápis de cor, coloca pontas para fora da caixa, coloca na mesa
	Sinaliza: *"tirar, colocar, copo"*	Tira e coloca no copo
	Pega a caixa e sinaliza: *"olhar, um"*	Aperta a caixa, sacode e tira o lápis, colocando com os outros
		Pega lápis cor de rosa e começa a pintar rápido
	Bate na mão da criança	Olha
	Sinaliza*: "pintar, devagar, calma"*	Pinta rápido
	Bate na mão da criança	
	Sinaliza: *"não, olha"*, pega o lápis e pinta	Olha
	Dá o lápis para a criança	Pinta devagar
	Bate na perna da criança	Olha
	Sinaliza*: "sentar, certo"*	Vira e senta
	Sinaliza: *"você, perna grande"*	Ri e sinaliza: *"você"* aponta para pernas da terapeuta
	Sinaliza: *"eu, igual, você, perna grande"*	Ri, continua pintando
	Bate no braço da criança	Olha
	Sinaliza: *"eu, pintar, borboleta"*	
	Pintam juntas	Pintam juntas
	Bate no braço da criança	Olha
	Sinaliza: *"lápis, cor, qual"*	Sinaliza: *"rosa"*
	Bate no braço da criança	Olha
T	Sinaliza: *"lápis, cor, qual"*	Sinaliza: *"vermelho"*
E	Pintam juntas	Pintam juntas
R	Bate no braço da criança	Olha
A	Sinaliza: *"unha, você, pintar"*, aponta para unhas	Sinaliza: *"pintar, bonito, moça, lá, casa, minha"*
P	Sinaliza: *"bonito"*	Sinaliza: *"lá, moça, casa"*
E	Repete sinais da criança	
U		Pinta desenho, para e olha para terapeuta
T	Sinaliza: *"escola, bom"*	Sinaliza: *"lá, casa, tarefa, ... professora, escreveu, você"*
A	Sinaliza: *"positivo"*	Pinta desenho
	Bate no braço da criança	Olha
	Mostra desenho e sinaliza: *"grande, barriga"*	Sinaliza: *"gordo"*
	Sinaliza: *"gordo"*	Ri e pinta
	Bate no braço da criança	Olha
	Sinaliza: *"eu, pintar, mato"*	Entrega lápis verde para terapeuta
	Pinta	Olha para câmera e sorri, pinta
		Bate lápis no outro mato e sonoriza: *"éééé"*
	Sinaliza: *"dois"*	Balança a cabeça afirmativamente
	Mostra lápis verde sem ponta, sinaliza: *"apontar"*	Sorri
	Sinaliza: *"espera"* e levanta	Olha para terapeuta
		Pega o lápis e olha a ponta
	Volta	Entrega o lápis
	Pega o lápis	Sinaliza: *"casa, apontador, eu"*
	Sinaliza: *"casa, apontador, seu, meu, não sei"*	Sinaliza: *"lá, casa, meu, depois, apontar"*
	Sinaliza: *"espera"* e sai da sala	Olha para terapeuta, levanta, leva folha para mãe e sinaliza: *"bonito, não rápido, devagar,*

		bonito”
	Volta e mostra apontador	Grita e aponta para apontador e sinaliza: *“você, esperta”*
	Senta	Senta
	Sinaliza: *“você, apontar”*	Aponta o lápis
	Pinta o desenho e guarda o lápis	Bate no braço da terapeuta e mostra outro mato, sem pintar
	Sinaliza: *“esquecer”*	Vira a folha para terapeuta pintar
	Pinta e lápis quebra a ponta	Ri
	Aponta o lápis	
T E R A P E U T A	Sinaliza: *“acabar, eu”*	Mostra as flores do desenho, pega lápis e dá para terapeuta
	Pinta	
	Sinaliza: *“nome, meu”*	Sinaliza o próprio nome
	Sinaliza: *“não, nome, meu”*	Balança os ombros para cima e para baixo
	Soletra alfabeto em LIBRAS	Repete a cada letra
	Sinaliza seu sinal em LIBRAS	Repete sinal
		Sinaliza: *“pintar outro”* e pega lápis e dá para terapeuta
	Sinaliza: *“nome, cor”*	Aponta para lápis
	Sinaliza: *“nome, cor”*	Sinaliza: *“verde”*
	Sinaliza: *“não, laranja”*	Sinaliza: *“esquecer”*
	Sinaliza: *“pintar, unha”* aponta para desenho, pega lápis vermelho e pinta	Risada
	Sinaliza: *“acabar, você”*	Balança a cabeça afirmativamente
	Entrega caneta e sinaliza: *“escrever, nome seu”*	Escreve
	Sinaliza: *“guardar”* aponta para lápis	Guarda
	Sinaliza: *“acabar, tchau”*	Sinaliza: *“tchau”* e sorri

Antes de iniciar a filmagem a criança olha para a filmadora e diz em LIBRAS que está feia, quer ver se o cabelo está bom. A mãe responde que está bom e a terapeuta diz que ela é linda, que vão fazer uma atividade de pintura. A criança demonstra ser vaidosa e ter compreensão dos eventos ao seu redor.

De acordo com os dados, verificamos que o sujeito 7 é uma criança que apresenta uma baixa visual leve, o que tem favorecido seu aprendizado de LIBRAS com os sinais próximos ao seu rosto. Sua mãe também aprendeu e procura sempre aprimorar o uso dessa língua. Esta é a forma de comunicação entre as duas. O pai não sabe a LIBRAS e a mãe passa a ser a intérprete da criança.

Na observação deste sujeito a mãe não participa da atividade, apenas permaneceu na sala. Toda a atividade acontece entre a terapeuta e a criança. O que demonstra que a mesma apresenta forma comunicativa simbólica, através do uso de signos de uma língua.

Mesmo não sendo nosso objetivo, mas no caso do sujeito 7 vale salientar, que a proposta terapêutica busca o desenvolvimento de atividades de adaptação de auxílio óptico especial (telesistema) para copiar do quadro em sala de aula, bem como atividades de percepção visual para melhorar sua eficiência visual, porém observamos que sua coordenação visuo-motora tem dificultado a escrita, bem como outros problemas na aquisição da Língua Portuguesa. Portanto buscamos atividades globais que contenham oportunidades em várias áreas do conhecimento.

A criança não conhece alguns sinais, porém compreende-os bem e realiza inclusive a correção da terapeuta que fez um sinal errado de sentar, e algumas vezes ao ter dúvida como foi o caso das cores, olha para a mãe ou faz o sinal errado. Sempre que tem dúvidas, olha para a mãe, parecendo buscar aprovação. No entanto, podemos ressaltar que ela já apresenta o melhor nível de desenvolvimento comunicacional de todos os sujeitos pesquisados.

Quadro 25 - FORMAS DE COMUNICAÇÃO PRÉ-LINGÜÍSTICA/ LINGÜÍSTICA – Comunicação Receptiva do Sujeito 7

Refere-se às formas de comunicação utilizadas pela terapeuta com a criança – Sujeito 7

Movimentos Corporais e Expressões Faciais	Pistas Naturais ou de Contexto	Pistas de Movimento	Pistas táteis	Pistas de Objetos	Gestos Naturais e Contextuais	Sinais Isolados de LIBRAS	LIBRAS	Outros
Toque no braço e na perna					Aponta		Esperar Você Eu Pintar Olhar Vem Bonita Banheiro Sentar Desculpa Juntas Este O que é Qual Tirar Colocar Copo Borboleta Um Devagar Calma Não Certo Perna Grande Unha Escola Bom Barriga Gordo	A terapeuta fala com a criança em alguns momentos, mas não há evidências que a mesma compreenda a fala do outro

							Mato Dois Verde Laranja Apontador Casa Não sei Esquecer Nome Acabar Guardar Tchau	

Fonte: Cormedi (2005)

Quadro 26 - FORMAS DE COMUNICAÇÃO PRÉ-LINGÜÍSTICA/ LINGÜÍSTICA – Comunicação Expressiva do Sujeito 7

Refere-se às formas de comunicação utilizadas pela criança com a terapeuta – Sujeito 7

Movimentos Corporais e Expressões Faciais	Pistas Naturais ou de Contexto	Pistas de Movimento	Pistas táteis	Pistas de Objetos	Gestos Naturais e Contextuais	Sinais Isolados de LIBRAS	LIBRAS	Outros
Ri e sorri Bate no braço Olha para mãe Olha para câmera				Bate com lápis no desenho	Sacode a caixa Aperta caixa Aponta para desenho e apontador Balança ombros para cima/baixo Balança cabeça para os lados		Não Sentar Banheiro Borboleta Hipopótamo Peixe Você Eu Rosa Vermelho Pintar Bonito Moça Casa Lá Minha Tarefa Professora Escrever Gordo Apontador Depois Apontar Rápido Devagar Esperta Outro Verde Tchau Beijo	Sonoriza: “ééé” Grita

Fonte:Cormedi (2005)

Através da análise dos Quadros 24, 25 e 26 elaboramos o Quadro 27, com a síntese dos anteriores, tendo como base o modelo proposto por Cormedi (2005), com o nível de comunicação receptiva e expressiva do sujeito 7. Ele encontra-se no nível simbólico.

A comunicação receptiva baseia-se em pistas de objetos, gestos naturais e LIBRAS, dentre outros para facilitar o que é comunicado, conforme mencionamos na fundamentação teórica no Capítulo I.

A comunicação expressiva é baseada em movimentos corporais e expressões faciais, pistas de objetos, gestos naturais e LIBRAS, o que demonstra uma comunicação simbólica, conforme mencionado na fundamentação teórica no Capítulo I.

Quadro 27 – Nível de Comunicação Receptiva e Expressiva do Sujeito 7

	RECEPÇÃO	FORMAS	EXPRESSÃO
SIMBÓLICO		Fala	
SIMBÓLICO		Libras	
SIMBÓLICO		Sinais Isolados	
SIMBÓLICO EMERGENTE		Gestos	
PRÉ SIMBÓLICO		Objetos de Referência	
PRÉ SIMBÓLICO		Pistas	
PRÉ SIMBÓLICO		Movimentos Corporais	

De acordo com a abordagem de Van Dijk (1989), o sujeito 7 encontra-se nas fases de:

a) *Gestos Naturais,*pois necessita de gesto sem a presença do objeto, é capaz de utilizar gestos no contexto de uma rotina diária, que gradativamente vem sendo descontextualizados, pois a criança antecipa com imagens mentais. O que permite que a criança peça ações e objetos desejados que se encontram fora do contexto natural.

Segundo as reflexões de Bruner (1983), citadas no Capítulo I, o sujeito 7 encontra-se no nível de abstrativismo, pois ao se comunicar tem normas para lidar com o espaço, o tempo e a causalidade, utilizando a linguagem para especificar, ampliar e expandir distinções que já tem sobre o mundo.

Esse sujeito apresenta bom desempenho em suas formas de comunicação receptiva e expressiva, estando de acordo com Vygotsky (1997), diz sobre a questão

da surdez ser um defeito menos sério do que a cegueira, mas com conseqüências mais sérias, onde a falta da fala priva crianças surdas de experiências sociais.

Este sujeito encontra-se incluso em ensino regular público com professora itinerante. O que tem dificultado sua interação com as outras crianças e professora, segundo a mãe, é o fato da itinerante estar com a criança uma vez por semana, trazendo conseqüências para a aprendizagem da escrita de Língua Portuguesa.

Parece-nos que seu bom desempenho comunicativo se deve ao aprendizado de LIBRAS pela mãe, que segue sendo a intérprete da criança, nas diferentes situações cotidianas (médicos, amigos, terapeutas, professora, etc.). Desse modo a criança vai estruturar uma língua materna como vimos em Quadros (2008), apresentada no Capítulo I. Acreditamos que desta forma o sujeito 7, utiliza a LIBRAS no seu ambiente e, a partir dela, com base nos princípios e parâmetros da GU, forma sua gramática estável. A língua a qual a criança está exposta funciona como uma espécie de “gatilho” que desencadeia a aquisição da linguagem.

Tomasello (2003), comenta que quando as crianças se tornam hábeis em sua língua materna, abrem-se novas possibilidades de interpretar coisas de diferentes maneiras e pudemos observar nesse atendimento.

A criança utiliza o resíduo visual aproximando-se do interlocutor para visualizar os sinais em LIBRAS, tem procurado olhar mais para as pessoas ao sinalizarem. Parece ter estabelecido formas alternativas de relação social com o estabelecimento da intersubjetividade primária (ciclos de interação) e secundária (jogo social e comunicação), bem como a triangulação, pois consegue compreender a perspectiva do outro em relação a um objeto que está no campo de percepção e percebe a diferença entre o que significa o objeto para ela e para a outra pessoa.

De acordo com os dados apresentados do sujeito 7, concluímos que:

1. Sua forma de comunicação é simbólica com a utilização do resíduo visual, onde os sinais das LIBRAS são realizados próximo ao seu rosto;
2. O fato de a mãe conhecer alguma coisa sobre surdocegueira e conhecer LIBRAS, tem auxiliado no aprendizado da criança, porém na escola tem dificuldades de comunicação com a professora e colegas, pois tem uma professora itinerante apenas uma vez por semana. A mãe e a criança parecem bem motivadas para vir aos atendimentos na instituição, pois saem de casa às três horas da manhã e passam dois dias na cidade do Recife para então retornar para casa;

3. Parece apresentar dificuldades para o aprendizado de Língua Portuguesa, de acordo com o relato da mãe, o que foi observado no material escolar, talvez pelo desconhecimento dos profissionais em lidar com essa aluna. A mãe foi orientada pela pedagoga para atividades de apoio em casa.

2. Análise coletiva

Passamos neste momento para a segunda etapa de análise dos dados, onde nossa reflexão baseou-se nas informações de todos os sujeitos. O Quadro 28 contém uma Síntese Global dos Sujeitos da Pesquisa, quanto as suas Formas de Comunicação Receptiva e Expressiva, sendo os dados obtidos quanto às formas de comunicação de cada sujeito da pesquisa.

Quadro 28 – Síntese Global dos Sujeitos da Pesquisa

Sujeito	AV	AA	CR	CE	F
01	Baixa visual moderada e severa	Surdez profunda bilateral	Pré-simbólico	Pré-simbólico	Nutrição, Ressonância
02	Baixa visual moderada e severa	Surdez profunda bilateral AASI	Simbólico emergente/ simbólico	Simbólico emergente/ simbólico	Co-ativo, referência não representativa, imitação e gestos naturais
03	Baixa visual moderada e severa	Surdez profunda bilateral AASI	Simbólico emergente/ simbólico	Simbólico emergente/ simbólico	Referência não-representativa,Imitação
04	Cegueira e Baixa visual severa	Surdez leve bilateral	Pré-simbólica	Pré-simbólica	Nutrição/,Ressonância, Co-ativo, referência não representativa, imitação
05	Baixa visual moderada e severa	Surdez moderada bilateral AASI	Simbólico	Simbólico	Referência não-representativa, Imitação, Gestos Naturais, Sinais Isolados de LIBRAS e Fala
06	Baixa visual moderada em ambos os olhos	Surdez moderada bilateral AASI	Simbólico emergente/ Simbólico	Simbólico emergente	Co-ativo, referência não representativa, imitação e gestos naturais
07	Baixa visual leve e moderada	Surdez profunda bilateral AASI	Simbólica	Simbólica	Gestos Naturais e LIBRAS
08	Baixa visual leve em ambos os olhos	Surdez moderada bilateral	Pré-simbólico	Pré-simbólico	Nutrição/,Ressonância
09	Baixa visual moderada em ambos os olhos	Surdez profunda bilateral AASI	Simbólico	Pré-simbólico	Co-ativo, referência não representativa, imitação
10	Baixa visual severa	Surdez profunda bilateral	Simbólico emergente/ Simbólico	Pré-simbólico	Co-ativo, Referência não representativa

Legenda: AV – Acuidade Visual, AA – Acuidade Auditiva, CR – Comunicação Receptiva, CE – Comunicação Expressiva e F – Fase da Abordagem de Jan Van Dijk

Comentários Gerais:

Como comentamos inicialmente trata-se de um grupo com surdocegueira pré-linguística. Quanto à questão visual todos apresentam resíduos, alguns com menos comprometimento podem fazer uso de LIBRAS.

No caso da perda auditiva, a maioria dos surdocegos apresenta-se com surdez profunda o que dificulta muito as aquisições orais e espontaneamente.

Nesse sentido, um plano de intervenção nessas crianças devem envolver além da avaliação das formas de comunicação aqui apresentadas, alguns fatores como: resíduo visual e/ou auditivo funcional, atenção tátil, habilidade cognitiva, problemas motores e musculares, quadros de isolamento, hiperatividade, estilo de aprendizagem, disponibilidade da escola quanto aos recursos de comunicação, profissionais especializados, envolvimento da família, buscando o emergir de formas comunicativas efetivas.

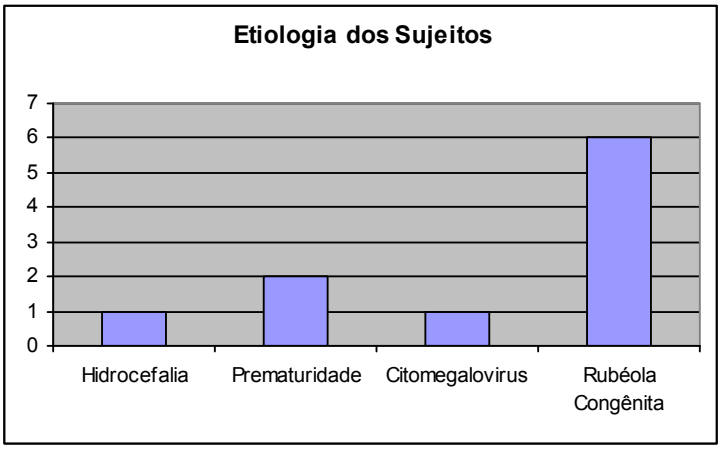
A comunicação receptiva mostrou-se em sua maioria pré-simbólico e simbólico-emergente o que significa que essas crianças surdocegas pré-linguísticas necessitam ainda de rotinas em suas atividades, com a utilização de objetos de referência associados a sinais isolados de libras e dependendo do resíduo visual a LIBRAS adaptada.

A comunicação expressiva apresenta em sua maioria, e como era de se esperar, pré-simbólica, o que demonstra que primeiro compreendemos a língua para depois utilizá-la. Apenas uma criança já se expressa em LIBRAS e outra utiliza algumas palavras orais.

Quanto às fases descritas na Abordagem de Jan Van Dijk, verifica-se que a maioria das crianças deste estudo apresenta-se nas fases de referência não-representativa e imitação, sendo as mesmas que se encontram em comunicação simbólica-emergente. Acreditamos que com a intervenção e o aumento das oportunidades comunicativas passaram para uma fase simbólica.

Tendo-se em consideração a etiologia da surdocegueira dos sujeitos da pesquisa de acordo com Masini (2007), verificamos que as causas parecem ter relação com o fato de serem pré-lingüísticos, pois estas se mantiveram em pré-natais e perinatais, conforme Quadro 29:

Quadro 29 – Etiologia dos Sujeitos da Pesquisa



A Rubéola Congênita se apresenta como causa da maioria dos sujeitos pesquisados, o que nos leva a partir deste dado a refletir sobre as conseqüências desta doença e as campanhas de vacinação.

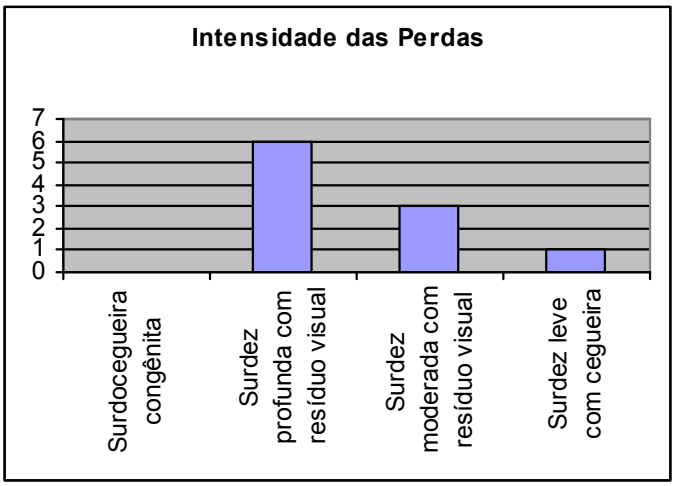
A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) constitui complicação da infecção pelo vírus da rubéola durante a gravidez, podendo causar anomalias congênitas, entre outras a deficiência visual e/ou auditiva. No entanto, só a partir de 1999, com a vigilância integrada do sarampo e rubéola, objetivou-se a erradicação, passando a ser documentada com mais representatividade a circulação no Brasil. Sendo detectados em diversos estados entre 1999 e 2001, surtos de rubéola (BRASIL, 2005).

A Rubéola tem distribuição universal e variação sazonal, sendo ainda uma doença comum na maioria dos países em desenvolviemtno, observando-se surtos a cada sete a dez anos. No Brasil, a rubéola passou a fazer parte da lista de doenças de notificação compulsória apenas em 1996 (CIVES, 2006).

Em junho de 2000, junto à campanha nacional de seguimento do sarampo, Pernambuco implementou a vacina dupla viral (sarampo e rubéola), para a faixa etária de um a onze anos, sendo implantada a tríplice viral em janeiro de 2001 (BOLETIM DA SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, 2001).

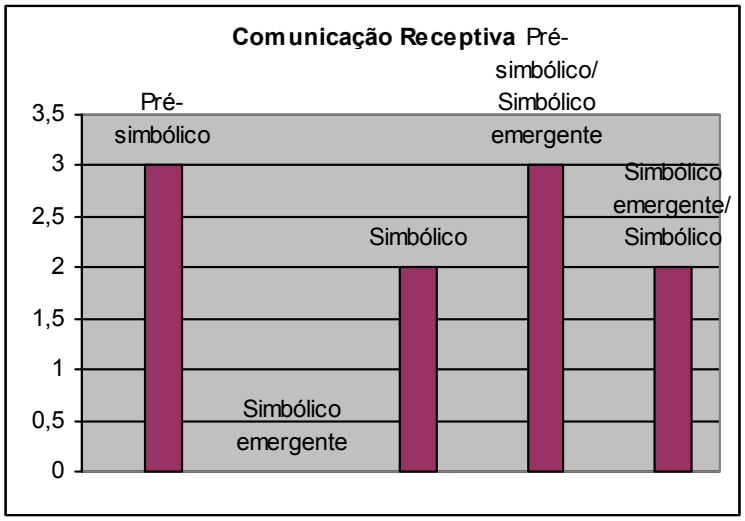
De acordo com a Classificação da ONCE (1994), citada no referencial teórico, podemos observar que todos os sujeitos da pesquisa apresentam quanto à intensidade das perdas, surdez profunda com resíduo visual e surdez moderada com resíduo visual. Conforme Quadro 30 abaixo:

Quadro 30 – Intensidade das Perdas dos Sujeitos da Pesquisa



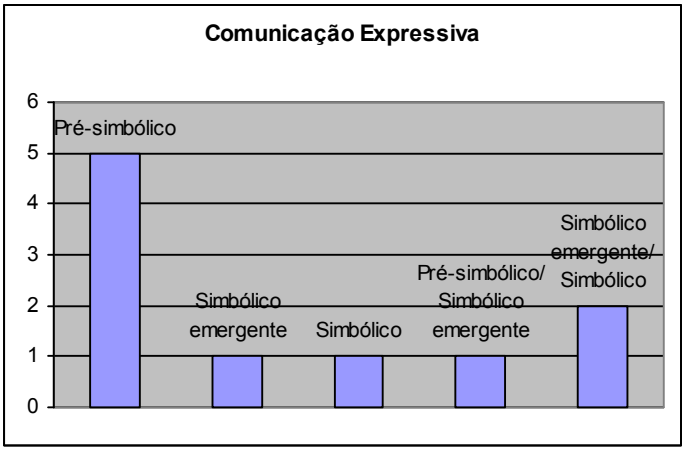
As Formas de Comunicação Receptiva apresenta com a maioria dos sujeitos nas fases pré-simbólica ou pré-simbólica/ simbólica emergente, conforme podemos verificar no Quadro 31:

Tabela 31 – Comunicação Receptiva dos Sujeitos da Pesquisa



As Formas de Comunicação Expressiva apresentam metade dos sujeitos na fase pré-simbólica, o que demonstra as dificuldades dos sujeitos para interação com o meio, bem como a aquisição de uma língua natural; conforme Quadro 32:

Tabela 32 – Comunicação Expressiva dos Sujeitos da Pesquisa



A Comunicação Receptiva parece ser melhor do que a Comunicação Expressiva, por apresentar o maior número de sujeitos em fase simbólica emergente para a fase simbólica, o que demonstra a capacidade de compreensão dos símbolos.

Lembramos que as Fases da Abordagem de Jan Van Dijk (1989), não são excludentes, nem exclusivas, podendo a criança apresentar fases simultaneamente, através do Quadro 33, podemos verificar o perfil desses sujeitos, onde a maioria deles encontram-se nas fases Co-ativa, Referência não-representativa e Imitação. Estes dados sugerem que os sujeitos necessitam de apoio de um mediador para suas interações e aquisição da linguagem.

Quadro 33 – Fases da Abordagem de Jan Van Dijk dos Sujeitos da Pesquisa

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Nutrição										
Ressonância										
Co-ativo										
Referência não-representativa										
Imitação										
Gestos Naturais										

Dos 10 sujeitos analisados, dois deles, independente da faixa etária e do grupo que pertença, apresenta-se nas fases de nutrição e ressonância. Três deles já apresentam gestos naturais e apenas um deles, LIBRAS. Portanto, a idade da criança parece não interferir nas suas condutas comunicativas e aquisição da linguagem, dependendo muito mais das oportunidades interativas sob a orientação de profissionais especializados para uma intervenção junto à criança e a família.

Observamos também, que cinco sujeitos apresentam-se na fase Coativa, o que Van Dijk (1989), diz que nesta fase as crianças surdocegas realizam experiências motoras por meio de movimento co-ativo, sendo fundamento para seu desenvolvimento e aprendizagem, por fornecer qualidade e quantidade de interações com pessoas, objetos e acontecimentos, dando pontos de referência para a criança surdocega organizar seu mundo, estimulando-a e motivando-a a comunicar-se e relacionar-se com o mundo a sua volta.

O grupo de sujeitos que analisamos caracterizou-se principalmente pela perda auditiva mais grave do que a visual, o que nem sempre poderá ocorrer. Considerando as perdas visuais de leve a moderadas, não foi possível identificar através dos protocolos disponíveis na instituição a degeneração da visão que indicasse ao aumento progressivo da perda.

Podemos finalizar indicando que para o grupo analisado existe, sim, uma forma de comunicação expressiva mais frequente. Essa comunicação poderá emergir com maior ou menor facilidade caso os fatores ambientais, tais como família, escola, instituições auxiliares de atendimento trabalhem coordenadamente impulsionando a criança surdocega para ampliar cada vez mais suas interações sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tocar das minhas mãos evoca visões e sons
comutando infinitamente os sentidos;
unindo a visão ao movimento,
do odor ao som,
eles proporcionam cor à flagrante brisa,
o ritmo e a paixão de uma sinfonia
à palpitação e ao frêmito de invisíveis asas.

Helen Keller, surdocega

Finalizar um trabalho como este e poder apresentar um texto no qual ficou registrado o resultado de estudos de correntes teóricas articuladas com o contexto onde se inseriram os nossos sujeitos, constitui-se uma atividade complexa, mas empolgante, diante da quase inexistência de outras investigações com esse teor. O nosso propósito diante dessa constatação foi o de produzir informações com base no acompanhamento de um grupo de surdocegos, a fim de que, com sua divulgação possamos ir construindo um referencial mais consistente e atender essa parcela da população de quem ainda se sabe pouco, com uma qualidade cada vez maior.

As pessoas surdocegas podem e devem ser auxiliadas na conquista de sua inserção na sociedade, valendo-se do pensamento e da linguagem, para que possam apreender e compreender o mundo, para depois intervir sobre o mesmo.

Assim como propusemos a metamorfose de crisálidas em lindas borboletas, em analogia ao surdocego, este estudo também realizou sua transformação ao trazer reflexões sobre o emergir da comunicação, fato que sabíamos pouco, ou melhor, apenas tínhamos indicações de possibilidades. Desse modo, demos mais um passo adiante esperando que outras pesquisas se desdobrarão desse texto e de muitos outros que estarão sendo produzidos nos diversas instituições universitárias.

O resultado dessa extensa tarefa nos colocou diante do perfil da comunicação de surdocego em uma única instituição da cidade do Recife, o que procuramos atingir com certa ousadia. Sabemos que essa instituição congrega o maior número de pessoas desse grupo na cidade, e construir esse referencial revelou que como atividade bastante recente pode representar a concretização de um objetivo que até então não tinha sido atingido em Pernambuco.

Vale salientar que o grupo observado é pré-linguístico, tendo como principal causa a “rubéola congênita”. Nesse caso, trata-se de um acontecimento que poderia ter sido evitado, uma vez que dispomos de meios preventivos ao alcance da população, mas talvez não divulgados suficientemente. As idades variam entre 5 a 10 anos de idade, portanto nos remetem ao mesmo período no qual campanhas de vacinação realizaram-se em Pernambuco.

Sabemos que atualmente o Ministério da Saúde tem intensificado essas campanhas, no entanto, os programas preventivos parecem não se efetivar “para além do papel”.

Na surdocegueira, o problema da surdez se articula com o da visão, embora, não encontremos estudos que tratem a questão como única, o que nos levou a

apresentar a fundamentação teórica com o estudo da linguagem tratando uma a uma, ou seja, tratando a deficiência auditiva e a visual separadamente. No entanto, procuramos ir articulando-as ao longo do trabalho de análise e discussão dos dados, a fim de concretizar aquilo que afirmamos desde o início e que representa a tendência mundial para esse atendimento, ou seja, o funcionamento único dessas limitações.

Vale neste momento enfatizar que foram apresentadas as definições médicas e funcionais para surdocegueira, porém diante do nosso objetivo adotamos este último viés, já que ele aparece nas políticas públicas brasileiras e na maioria dos países do mundo e que acreditamos ser o mais correto para o trabalho que nos propusemos realizar. Salientamos que o modelo médico deve ser considerado para compreensão dos dados classificatórios e suas implicações para o processo de reabilitação.

Para melhor compreensão, nossas considerações finais serão apresentadas em duas partes. Ambas são fruto da observação durante 10 meses, tendo seu início em fevereiro de 2010. A primeira parte contém os dados gerais e comuns aos sujeitos da pesquisa e a segunda parte, finalmente, traz as características da comunicação do surdocego, sujeito da pesquisa.

Parte I:

A descrição do grupo que participou da pesquisa evidenciou a presença de resíduo visual em todas as crianças. Esse fato reveste-se de característica especial, pois esses resíduos ajudarão muito na aquisição da comunicação

O resíduo visual, ao qual nos referimos está representado pela acuidade visual do melhor olho do sujeito com ou sem correção óptica (óculos), que neste contexto a maioria dos sujeitos apresentou baixa visual moderada e leve. Este aspecto pode estar relacionado com o fato de a instituição ser referência na região Norte/Nordeste na área de oftalmologia e ser o primeiro Núcleo de Visão Subnormal no Nordeste, do Programa da Dra. Silvia Veitzman desde 1992.

Os sujeitos participantes residem, em sua maioria, nas cidades do interior do estado, que mesmo diante das dificuldades como: transporte, horário de saída de casa, alimentação e tempo de viagem; apresentando assiduidade, sendo que em alguns casos de maior dificuldade de deslocamento, a instituição oferece atendimento mensal. Mesmo diante das dificuldades as famílias permanecem motivadas nos atendimentos e nas orientações transmitidas pelos profissionais. Tal

comportamento leva-nos a refletir sobre um dos fatores que entendemos servir de principal estímulo, para tal motivação: a busca de profissionais capacitados no atendimento à surdocegos.

O atendimento do surdocego, bem como de outros grupos de igual complexidade exige profissionais capacitados e motivados, além de recursos físicos e materiais. No momento, observamos que alguns profissionais envolvidos nesse atendimento, detêm o conhecimento em surdez ou cegueira, porém não sendo o suficiente para atender o surdocego em suas especificidades, como sendo característica de uma única diversidade.

Das quatro terapeutas da instituição pesquisada apenas uma realizou capacitação em surdocegueira, que é a pesquisadora, e outra realizou capacitação pela Secretaria Estadual de Educação em curso básico. Os dados dos terapeutas de instituições privadas freqüentadas pelos sujeitos, não foram analisados, porém poucas vezes, buscaram, na instituição analisada informações em como lidar com seus pacientes surdocegos.

O vínculo com quem cuida da criança é muito grande, como é de se esperar, mas para que o trabalho avance é necessário procurar ampliar suas interações sociais, a fim de que a aquisição da linguagem possa ir sendo construída.

A participação nos grupos deve se iniciar o mais cedo possível, assim que a criança demonstre os primeiros sinais de interação comunicativa. É uma aproximação gradual, onde ela não participa todo o tempo, mas o suficiente cada dia, para que a inserção transcorra naturalmente. Existe um período de transição com atividades grupais e individuais elaboradas para cada um.

Observamos ainda, que a figura materna permanece sendo a responsável familiar que acompanha a criança e recebe as orientações, bem como mediadora com seus familiares além de informar sobre as rotinas diárias da criança para terapeutas.

Verificamos que o uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual – AASI, por alguns sujeitos da pesquisa, se deu nos casos de surdez profunda, moderada e leve, como sabemos, para os casos de surdez leve este aparelho melhorar a acuidade auditiva com a associação de terapia fonoaudiológica e como conseqüência há melhora nas formas de comunicação; já nos caos de surdez moderada e profunda não verificamos evidências dessa melhora. Neste momento vale salientar que algumas crianças surdocegas apresentam limiares de

sensibilidade na aceitação de AASI e correção óptica (óculos), o que se verificou com dois sujeitos da pesquisa, que apesar de ter a indicação de ambos, não aceita a utilização. Portanto quanto à intensidade das perdas sensoriais o grupo apresenta-se em sua maioria com surdez profunda com resíduo visual moderado ou leve.

As famílias, terapeutas e a sociedade em geral desconhecem a surdocegueira e como lidar com sujeitos surdocegos. Já quanto ao conhecimento de LIBRAS, seis famílias revelaram não conhecê-la, e apenas uma sabe e duas estão aprendendo.

Parte II:

Pudemos identificar nesse estudo que o melhor nível de comunicação dos sujeitos parece não estar relacionado com a faixa etária, pode ser decorrente das oportunidades de interação comunicativa com a família, quantidade e qualidade das terapias e inclusão escolar.

Os sujeitos desta pesquisa apresentaram as seguintes formas de comunicação receptiva:

1. Simbólica Emergente (4 sujeitos) que compreendem: sinais isolados de LIBRAS, gestos naturais e objetos de referência;
2. Simbólica (3 sujeitos), que compreendem: LIBRAS, sinais isolados e gestos naturais;
3. Pré-simbólica (3 sujeitos), que compreendem: objetos de referência, pistas e movimentos corporais.

Nas formas de comunicação expressiva, encontramos os seguintes dados:

1. Pré-simbólico (5 sujeitos), utilizaram: objetos de referência, pistas e movimentos corporais;
2. Simbólico Emergente (3 sujeitos), utilizaram: sinais isolados de LIBRAS, gestos naturais e objetos de referência;
3. Simbólico (2 sujeitos); utilizaram: LIBRAS, LIBRAS adaptada, sinais isolados de LIBRAS e a fala.

Observamos também, que 7 sujeitos apresentam a Comunicação Receptiva no mesmo nível da Comunicação Expressiva, sendo que, a criança quando tem uma estrutura e organização no seu entorno, passa a usar um conjunto de comportamentos comunicativos intencionais.

Ao se interessar mais pela comunicação e interação com outros, manipula os objetos de referência, compreende as situações e antecipa as rotinas diárias, concentra sua atenção nos objetos, pessoas e ações. Passam a compreender

sinais, estímulos auditivos, visuais e táteis respondendo a eles, na medida do possível. Ao iniciar o uso co-ativo com gestos naturais, objetos e imagens associadas aos sinais, haverá melhora da aquisição da linguagem, pois compreenderá e utilizará o mesmo nível de comunicação, que gradualmente se sistematizará e tornar-se-á mais simbólicas.

Salientamos que o surdocego, diante do seu grau de dificuldade visual, deverá aprender LIBRAS ou LIBRAs adaptada, pois no caso de maior dificuldade , não identificará o ponto de articulação, configuração da mão, expressão facial e corporal e movimento do sinal nessa língua.

Podemos resumir o perfil sobre a comunicação do surdocego que participou dessa investigação tomando de forma bem concreta as seguintes formas de comunicação que foram surgindo ao longo do crescimento de cada criança:

a. Toques;
b. Uso de gestos indicativos;
c. Uso de balbucio oral e manual;
d. Produção de sons compreensivos;
e. Produção de novos sons;
f. Produção de LIBRAS e LIBRAS adaptada;
g. Alfabeto digital;
h. Tadoma

Ao finalizarmos, esse estudo estamos cientes que o trabalho apresenta limitações que poderão ser retomadas em outras pesquisas. O tempo que envolveu a realização desse trabalho não permitiu um alongamento maior das observações, mas certamente, nos levou a conclusões que permitiram atingir o objetivo a que nos propusemos.

Gostaríamos de sugerir que novos estudos sejam realizados na área de aquisição da linguagem do surdocego, formas de comunicação e intervenções junto às famílias, equipe multidisciplinar e escolar, pois através destes poderemos chegar a novos achados que ajudarão a compreender com mais clareza questões que envolvem o emergir da comunicação na criança surdocega tão desconhecido pela sociedade em geral. Ao tentar “ver e ouvir” a surdocegueira como única para o indivíduo, poderemos acompanhar o emergir da comunicação e sua inserção mais natural à comunidade onde vive.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. P. **Descobrindo as novas formas de comunicação e de acesso ao mundo:** ser surdocego numa sociedade que desconhece o que é a surdocegueira. In: MASINI, E. F.S. et al. Do Sentido… Pelos Sentidos… Para o sentido... sentidos das pessoas com deficiências sensoriais. Niterói: Intertexto; São Paulo: Vetor, 2002.

AMARAL, L. A. **Deficiência:** questões conceituais e alguns de seus desdobramentos. Cadernos de Psicologia, n.1, 1996.

AMARAL, I., et al. **Avaliação e Intervenção em Multideficiência**. Lisboa: Ministério da Educação, 2004.

AMERICAN SPEECH AND HEARING ASSOCIATION (ASHA) Executive Board. **On the definion of hearing handicap**, ASHA, 1981.

ARÁOZ, S.M.M. **Experiências de pais de múltiplos deficientes sensoriais e surdocegos:** do diagnóstico à educação especial**;** Dissertação do Programa de Pós – Graduação em Psicologia da Saúde; Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 1999.

ARÁOZ, S.M.M., COSTA, M.P.R. **Reflexões sobre a existência entre pesquisas e publicações sobre surdocegueira no Brasil.** Revista Educação Especial. Santa Maria: n 32, 2003, p.257-72.

ARANHA, M.S.F. **Educação inclusiva:** A Fundamentação Filosófica**,** Série Educação Inclusiva, Coordenação Geral SEESP/MEC. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, v.1, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023** – informação e Documentação. Referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 15287**: informação e documentação: projeto de pesquisa. Rio de Janeiro, 2005.

BATISTELLA, L.R. BRITO, C. M. M. **Classificação Internacional de Funcionalidade** (CIF). Acta Fisiátric. vol. 9, n.2, 2002.

BLAHA, R. **Calendários:** para Estudiantes com múltiples discapacidades incluído sordoceguera. Córdoba: Argentina: Rotagraf, 2003.

BRASIL, **Cidadania & Inclusão**. Declaração de Salamanca de princípios, políticas e prática para as necessidades educativas especiais. Brasília. CORDE, 1994. Disponível em: < www.corde.m.gov/dowloads/livros >. Acesso em 28/11/2010.

_____, **Censo 2000**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: < www.ibge/home/estatística >. Acesso em 18/06/2009.

_____, Boletim da Secretaria de Saúde de Pernambuco. **Rubéola.** Ano 1, nº 1, 2001.

_____, **Estratégias e orientações pedagógicas para a educação de crianças com necessidades especiais**. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/ SEESP, v.1,4,6,8, 2002.

_____, **Guia de vigilância epidemiológica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 6ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. ISBN 85-334-1047-6

_____, **Dissertação analisa causas da exclusão do deficiente.** Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Educação. Sonia Jacinto. Disponível em: < http://mecsrv04.mec.gov.br>. Acesso em: 29/08/2009.

_____, **Decreto 5.626/2005** – Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS. Disponível em: < www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/d5626.htm >. Acesso em: 17/11/2010.

_____, **LEI Nº 12.319/2010** – Regulamentação da Profissão de Tradutor e Intérprete de LIBRAS Disponível em: < www.legislação.planalto.gov.br >. Acesso em: 20/10/2010.

BRUNER, J. **Como as crianças aprendem a Falar.** Trad.: Joana Chaves. Lisboa: Instituto Piaget, 1983.

BRUNO, M.M.G. **O desenvolvimento integral do portador de deficiência:** da integração precoce a integração escolar. São Paulo: Newswork, 1993.

_____. **Deficiência Visual:** reflexão da prática pedagógica. São Paulo: Laramara. 1997.

BUCHALLA, C. **Classificação Internacional de Funcionalidade , Incapacidade e Saúde**. In. Revista Sentidos. 2003. São Paulo. Disponível em: http:< www.sentidos.com.br/canis/matéria.asp > . Acesso em: 30 de jul. 2003.

CADER-NASCIMENTO, F.A.A.A., COSTA, M.P.R. **A prática educacional com crianças surdocegas**. Temas em Psicologia da SBP, vol. 11, nº 2, 2000, p.134-146.

_____. **Mediação pedagógica no processo de desenvolvimento da comunicação em crianças surdocegas**. Temas em Psicologia da SBP, 2003, vol. 11, nº 2, p.85-96.

CAMACHO, O.T. **Atenção à Diversidade e Educação Especial.** In: STOBÄUS, C.D. e MOSQUEIRA, J.J.M. Educação Especial em direção à Educação Inclusiva. Porto Alegre: 2ª ed., EDIDUCRS, 2004, cap. 1.

CIVES, **Centro de Informação em Saúde para Viajantes**. 2006. Disponível em: www.cives.ufrj.br . Acesso em 06/01/2010.

CARDOSO, L.A.D. **A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência.** 3ª ed. Brasília: Corde, 2003.

CHOMSKY, N, **Syntactic strutures**, Paris, Mouton: The Hague, 1957.

_____, **Lingüística Cartesiana:** um capítulo da história do pensamento racionalista. Tradução de Francisco M. Guimarães. Petrópolis: Vozes. São Paulo: Edusp, 1965.

_____, **Aspectos da Teoria da Sintaxe**. Tradução José António Meireles e Eduardo Paiva Raposo. Armênio Amado – Editor. Coimbra: Sucessor, 1975.

_____, **Recent contributions to the theory of innate ideas**, In: S. STITCH (Ed.) Innate ideas. Berkeley, CA: California University Press, 1975.

_____, **Knowledge of language:** Its nature, origin and use. New York: Praeger, 1986.

_____, **Language and problems of knowledge:** The Managua lectures. Cambridge, MA: MIT Press, 1988.

_____, **Linguagem e mente**. Tradução Lúcia Lobato. Brasília: Editora UnB, 1998.

COLENBRAMDER, A., FLETCHER, D.C. **Ophthalmology Clinics of North America**. W.B. Saunders Company. v. 7, n. 2, 1994, p.131-142.

CORMEDI, M.A. **Referências de Currículo na Elaboração de Programas Educacionais Individualizados para Surdocegos Congênitos e Múltiplas Deficiências.** Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2005.

_____. **Currículo Funcional e Ecológico**. Curso de Capacitação na área de Mutideficiência e Surdocegueira: Enforque Inclusivo. Secretaria de Educação e Cultura de Pernambuco. Programa Hilton Perkins para América Latina. Recife: Apostila do Projeto Construindo um Currículo Funcional e Ecológico para Crianças e Jovens Surdocegos. 06 a 10/06/2005.

COSTA, E.G., COELHO, A.C.L. **A audição e suas interfaces com a linguagem**. In: ACIOLI, M.; MELO, M.F.V.; COSTA, M.L.G. A linguagem e suas Interfaces**,** Recife: Ed. Dos Organizadores, 2006.

DB Link – **History an Change in the Education of Children Who are Deaf-blind Since the Rubella Epidemic of the 1960's:** Influence of Methods Developed in the Netherlands. Dr. Jan van Dijk. University of Utah. vol. 5, nº 2, 1997-98,

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. Disponível em: <www.cedipod.org.br/salamanca.htm >, Acesso em: 23/05/2004

DEL RÉ, A. et al. **Aquisição da Linguagem:** uma abordagem psicolingüística. São Paulo: Editora Contexto, 2006.

FARIAS, S.S.P. MAIA, S.R. **O surdocego e o paradigma da inclusão.** Brasília: Inclusão Revista da Educação Especial. Ministério da Educação. jun/2007.

FERNANDES, E. **Surdez e Bilingüismo**. Porto Alegre: Editora Mediação, 2005.

_____, **Problemas Lingüísticos e Cognitivos do Surdo**. Rio de Janeiro: Agir, 1990.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, **DEFICIÊNCIA AUDITIVA**. Disponível em: <www.fiocruz.br/biosegurança/Bis/infantil/deficiencia-auditiva.htm>. Acesso em: 13/11/2010.

FINGER, I., QUADROS, R. M. **Teorias da Aquisição da Linguagem**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2008.

FOLHA DE SÃO PAULO, ZAHAR, A. **MEC rejeita texto que obriga a pôr deficiente em escola comum.** Reportagem Folha de São Paulo on-line de 19/08/2009.

FRAIBERG, S. ADELSON, E. **Self representation in language and play:** observations of blind children. Londres: Psychoanalysis Quarterly. v. 42, 1977. p. 539-562.

FREEMAN, P. **El bebe sordo-ciego:** un programa de atención temprana. Madrid: ONCE, 1995.

FROTA, S. **Audiologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Kogan. 2003. 210p. IBS 85-277-0467-6.

FUNDAÇÃO PADRE ANCHIETA, **As Borboletas de Zargorsk**. Série: Os Transformadores, Grã Bretanha: BBC, São Paulo: Televisão Cultura, 1992.

GLAT,R. **Educação Inclusiva:** cultura e cotidiano escolar. Questões atuais em educação especial VI. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.

HEIDRICH, R.O; SANTAROSA, L.C. **Novas Tecnologias como apoio ao Processo de Inclusão Escolar.** Novas Tecnologias na Educação**.** v.1 (1), Fevereiro, 2003.

HELLER, K.W. KENNEDY, C. **Etiologies and Characteristics of Deaf-Blindness**. Monmouth, USA: Traces, 1994.

HOBSON, R.P. **El autismo y el desarrollo de la mente**. Madri: Alianza, 1993.
HUNGRIA, H. **Otorrinolaringologia**. 8. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2000.

KASSAR, M.C.M. **Deficiência Múltipla e Educação no Brasil:** discurso e silêncio na história de sujeitos. Campinas, SP: Editora Autores Associados, 1999

KLEIN, K.; RAPIN, I. **Perda intermitente da audição de condução e desenvolvimento da linguagem**. In; BISHOP, D., MOGFORD, K. Desenvolvimento da linguagem em circunstâncias excepcionais. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p.123-43.

LAGATI, S. **"Deaf-Blind" ou DEAFBLIND – International Perspectives on Terminology**. Journal of Visual Impairment & Blindness. May/June, 1995 p.306. Trad: Laura Libre Ancilotto – Projeto Ahimsa/Hilton Perkins, 2002.

LIER DE VITTO, M. F.; CARVALHO, G. M. **O interacionismo:** uma teorização sobre a aquisição da linguagem. In: Finger, I., Quadros, R. M. Teorias da Aquisição da Linguagem. Florianópolis: Editora da UFSC, 2008, cap.4, p. 115-146.

LÜDKE, M. ANDRE, M.E.D.A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAGALHÃES, M. **Interação Social, Comunicação e Linguagem em crianças cegas**. Revista da Soc. Bras. Fonoaud. ano 4. n.6, jun/2000

MAIA, S.R.; ARÁOZ, S.M.M. **A surdocegueira** – "saindo do escuro". Revista Centro de Educação. n.17. edição 2001. Disponível em: http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2010/01/a3.htm em 15/03/2010

MAIA, S.R. **A educação do surdocego** – Diretrizes Básicas para pessoas não especializada. Dissertação (Mestrado) – Programa em Distúrbios do Desenvolvimento. Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2004.

MANTOAN, M.T.E. **Caminhos pedagógicos da inclusão**. 2002. Disponível em: < www.educaçãoonline.pro.br >. Acesso em: 17/01/2011.

_____. **Todas as crianças são bem vindas à escola.** Nova Escola on-line. Ed. 182. mai/2005. Disponível em: < www.smec.salvador.ba.gob.br >. Acesso em: 17/01/2011.

_____. **O direito à diferença na igualdade de direitos.** Jan/2009. Disponível em: < www.bengalalegal.com/mantoan.php. >. Acesso em: 17/01/2011.

MASINI, E.S.F. **Atendimento educacional a alunos portadores de surdocegueira**. In: Mendes, E.G., et al. Temas em educação especial: avanços recentes. São Carlos: EduUFSCar, 2002, p.77-80.

_____, et al. **Concepções de professores do ensino superior sobre surdocegueira:** estudo exploratório com quatro docentes, Revista Bras. Est. Pedag. Brasília, v.88, n 220, p. 556-573, set/dez. 2007.

MCINNES, J., TREFFY, J.A. **A Guia para o desenvolvimento emocional e social.** Texto traduzido do espanhol Guia para El desarollo Del niño sordociego. 1982. trad. Para o espanhol: Graciela Ferioli, 1992. Trad. Para o português: Dalva Rosa. Projeto Ahimsa/ Hilton Perkins, 1995.

MILES, B. **Perspectiva General sobre La sordo-ceguera**. DB-Link. Centro de Información Nacional sobre niños que son sordos y ciegos. Trad. Programa Hilton/Perkins. Monmouth: OR, USA. December, 1995.

MILES, B.; RIGGIO, M. et al. **Remarkable Conversation – A guide to developing meaningful Communications with children and young adults who are deafblind**. Watertown: Perkins School for the Blind, 1999. Trad.: Laura Lebre Ancilotto. Projeto Ahimsa/ Hinton Perkins, 2002.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 10ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1998
.

MONTEIRO, M.A. **Surdez-cegueira**. Revista Benjamin Constant. n 3. Rio de Janeiro: mai/1996, p.2-10. M. **Audição em crianças**, 3ª ed. São Paulo: Manole, 1989.

NUERNBERG, A.H. **Contribuições de Vigotski para a educação de pessoas com deficiência visual**. Maringá: Revista Psicologia em Estudo. v.13. n.2. abr/jun, 2008.

OCHAITA, E. ROSA, A. **Percepção, Ação e Conhecimento nas Crianças Cegas.** In COLL. C. PALACIOS, J. MARCHESI, A. Org. Desenvolvimento Psicológico e Educação: Necessidades Educacionais Especiais e Aprendizagem Escolar. Tradução: Marcos A. G. Domingues. Porto Alegre: Artes Médicas, v.3, 1995.

OLIVEIRA, M.K., **Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico**. São Paulo: Editora Scipione, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). ***Classificação internacional das deficiências*: incapacidades e *desvantagens (Handicaps*):** um manual de classificação das conseqüências das doenças. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação (SNR), 1989.

_____, **Programa para a prevenção da cegueira.** 1992. Bangkok. Relatório de Consultoria da Organização Mundial de Saúde. O atendimento de crianças com baixa visão, 1994.

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods.** Newbury Park: Sage Publications, 1990.

PERANZONI, V.C. e FREITAS, S.N. **A evolução do (pré) conceito de deficiência.** Cadernos de Educação. n.16, 2000.

PETITTO, L.A., MARENTETTE, P.F. **Babbling in the Manual Mode:** Evidence for the Ontogeny of Language. Science, New Series.v.251. nº 5000. Mar 22, 1991, p. 1493 – 1496.

PETITTO, L.A., et al.**Baby hands move to the rhythm of language:** hearing babies acquiring sign languages bable silently on the hands. Elsevier. Cognition, n. 93, 2004, p. 43-73.

PREISLER, G.M. **Early patterns of interaction between blind infants and their sighted mothers. Child:** care, health and development. EUA: v.17, 65-90, 1991.

PRIMEIRO CONGRESSO MUNDIAL DE TRANSDISCIPLINARIDADE. **Carta da Transdisciplinaridade**. Portugal: 1994. Disponível em: <www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net> Acesso em: 23/10/10.

QUADROS, R.M. **Educação de Surdos:** a aquisição da linguagem. Porto Alegre: Artmed Editora, 1997.

_____, **O paradigma gerativista e a aquisição da linguagem,** In. Finger, I., Quadros, R. M. Teorias da Aquisição da Linguagem. Florianópolis: Editora da UFSC, 2008, cap.2, p. 45-82.

REILY, L. **Escola Inclusiva:** linguagem e mediação. Campinas, SP: Editora Papirus, 2004.

REVISTA JURÍDICA, **PORTARIA Nº 2.344/2010**. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência – CORDE. Disponível em: < www.revistajuridica.com.br >. Acesso em: 20/12/ 2010.

RIAZUELO, A.G.M. **La educación de los niños sordociegos**. 1ª Conferencia de Padres de Niños Sordociegos. Madrid: ONCE, abr. /1991.

SACKS, O. **Um antropólogo em Marte:** sete histórias paradoxais. Trad. Bernardo Carvalho. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SANTANA, A.P. **Surdez e Linguagem:** aspectos e implicações neurolinguísticas. São Paulo: Plexus Editora, 2007.

SERPA, X. **Manual para pais de surdocegos e Múltiplos Deficientes Sensoriais.** Trad.: Grupo Brasil, Lilian Giacomini. São Paulo: 2ª edição, 2002.

SIERRA, M.A.B. **Contribuições de Vigotski para a Educação Especial nas áreas de Surdez, cegueira e surdocegueira**. IX Congresso Nacional de Psicologia Educacional. ABRAPEE Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, 2009.

SILVA, J.A.P. **Iniciando a Comunicação com crianças surdocegas.** Título original: Starting Communication with Deafblind Children. São Paulo: Projeto Horizonte. Ahimsa/ Hilton Perkins. 2003.

SKLIAR, C. **Educação & Exclusão:** abordagens sócio-antropológicas em educação especial. Porto Alegre: Editora Mediação. 2ª ed., 2000.

_____. **As armadilhas de um sistema de exclusão**. 2010 Disponível em:<www.folhadirigida.com.br >. Acesso em 17/01/2011.

STREMEL, K. **Interacciones de Comunicación:** hacen falta dos. DB- Link. Centro de Información Nacional sobre niños sordo y ciegos. ago, 1995.

_____, **Comunicación Expresiva:** Cómo los niños nos envían mensajes. DB- Link. Centro de Información Nacional sobre niños sordo y ciegos. ago, 1996.

TOMASELLO, M. **Origens Culturais da Aquisição do Conhecimento Humano**. trad.: Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

TREVAARTHEN C., HUBLEY P. **Secondary intersubjectivity:** Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In. A. Lock. Action, gesture and symbol: The emergence of language. Londres: Academic Press, 1978.

VEER, R.V. VALSINER, J. **Vygotsky:** uma síntese. Edição de texto: Marcos Marcionilo. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

VEITZMAN, S. **Manual CBO - Visão subnormal.** Rio de Janeiro: Cultura Médica. São Paulo: CBO: CIBA Vision, 2000.

VYGOTSKY, L.S. **Obras Escogidas:** Fundamentos de defectología. Madrid: Visor Dis. AS, 1997.

VYGOTSKY, L.S. **A construção do Pensamento e da Linguagem**.Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VYGOTSKY, L.S., LURIA, A.R. **A Historia do Comportamento:** O macaco, o primitivo e a criança. trad.: Lólio Lourenço de Oliveira Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996.

WILSON, R. M. **Comunicación Receptiva:** Cómo los niños entienden nuestro mensajes. DB- Link. Centro de Información Nacional sobre niños sordo y ciegos. ago, 1996.

World Heath Organization (WHO). ***International classification of impairments:*** **Disabilities and Handicaps:** a manual of classification relating to the consequence of Disease. Genebra: WHO, 1980.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Protocolo de Entrevista – Sujeito 1

1. Dados Pessoais

Nome: MEFF
Data de nascimento: 27/12/2004 Idade: 5 anos
Nome da Mãe: ENFA
Nome do Pai: GHAF
Cidade: Recife

2. Diagnóstico Visual:

OD: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa (X) baixa visão moderada ( )baixa visão leve
OE: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
(X) baixa visão severa ( ) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve

3. Diagnóstico Auditivo:

OD: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve
OE: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve

4. Causas da Deficiência:

( ) rubéola congênita ( ) citomegalovirus ( ) prematuridade ( ) toxoplasmose
( ) fator Rh ( ) síndrome alcoólico fetal (X) hidrocefalia ( ) microcefalia
( ) síndrome ( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( )encefalite
( ) outros ( ) desconhece

5. Escolaridade:

( ) escola particular ( ) escola pública
( ) escola especial ( ) classe especial (X) não estuda
( ) professora itinerante
( ) Educação Infantil _____
( ) Ensino Fundamental _____

6. Instituição Especializada:

(X) pública ( )privada
Terapias: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Pedagogia
Quem acompanha a criança: ( ) mãe ( ) pai (X) outros: tia

7. Uso de Medicação Controlada:

(X) convulsões ( ) problemas cardíacos ( ) problemas respiratórios ( ) outros _____
(X) sim ( ) não ( ) já fez

8. Auxílios Especiais:

( ) óculos refração simples ( ) óculos especiais ( ) auxílios não ópticos, quais
( ) AAS ( ) LIBRAS ( ) comunicação alternativa

9. Conhecimento de surdocegueira

( ) sim (X) não ( ) alguma coisa ( ) pouca coisa

10. Família conhece Libras

( ) sim (X) não ( ) aprendendo ( ) gostaria de aprender

Quem informou os dados: Tia

APÊNDICE B – Protocolo de Entrevista - Sujeito 2

1. Dados Pessoais

Nome: RRTS
Data de nascimento: 24/08/2005 Idade: 5 anos
Nome da Mãe: RQT
Nome do Pai: RAS
Cidade: São Caetano

2. Diagnóstico Visual:

OD: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa (X) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve
OE: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
(X) baixa visão severa ( ) baixa visão moderada ( )baixa visão leve

3. Diagnóstico Auditivo:

OD: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve
OE: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve

4. Causas da Deficiência:

(X) rubéola congênita ( ) citomegalovirus ( ) prematuridade ( ) toxoplasmose
( ) fator Rh ( ) síndrome alcoólico fetal ( ) hidrocefalia ( ) microcefalia
( ) síndrome ( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( )encefalite
( ) outros ( ) desconhece

5. Escolaridade:

( ) escola particular (X) escola pública
( ) escola especial ( ) classe especial ( ) não estuda
(X) professora itinerante
(X) Educação Infantil: Jardim
( ) Ensino Fundamental _____

6. Instituição Especializada:

(X) pública ( )privada
Terapias: Fonoaudiologia, Musicoterapia e Pedagogia
Quem acompanha a criança: (X) mãe ( ) pai ( ) outros _____

7. Uso de Medicação Controlada:

( ) convulsões ( ) problemas cardíacos ( ) problemas respiratórios ( ) outros _____
( ) sim (X) não ( ) já fez

8. Auxílios Especiais:

(X) óculos refração simples ( ) óculos especiais ( ) auxílios não ópticos, quais
(X) AAS (X) LIBRAS ( ) comunicação alternativa

9. Conhecimento de surdocegueira

( ) sim (X) não ( ) alguma coisa ( ) pouca coisa

10. Família conhece Libras

( ) sim ( ) não (X) aprendendo ( ) gostaria de aprender

Quem informou os dados: Mãe

APÊNDICE C – Protocolo de Entrevista - Sujeito 3

1. Dados Pessoais

Nome: NVFS
Data de nascimento: 30/09/2005 Idade: 4 anos
Nome da Mãe: MCF
Nome do Pai: JNS
Cidade: Camaragibe

2. Diagnóstico Visual:

OD: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa (X) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve
OE: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
(X) baixa visão severa ( ) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve

3. Diagnóstico Auditivo:

OD: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve
OE: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve

4. Causas da Deficiência:

( ) rubéola congênita ( ) citomegalovirus (X) prematuridade ( ) toxoplasmose
( ) fator Rh ( ) síndrome alcoólico fetal ( ) hidrocefalia ( ) microcefalia
( ) síndrome ( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( )encefalite
( ) outros ( ) desconhece

5. Escolaridade:

( ) escola particular ( ) escola pública
( ) escola especial ( ) classe especial (X) não estuda
( ) professora itinerante
( ) Educação Infantil _____
( ) Ensino Fundamental _____

6. Instituição Especializada:

(X) pública ( )privada
Terapias: Fonoaudiologia
Quem acompanha a criança: (X) mãe ( ) pai ( ) outros _____

7. Uso de Medicação Controlada:

( ) convulsões ( ) problemas cardíacos ( ) problemas respiratórios ( ) outros _____
( ) sim (X) não ( ) já fez

8. Auxílios Especiais:

(X) óculos refração simples ( ) óculos especiais ( ) auxílios não ópticos, quais
(X) AAS ( ) LIBRAS ( ) comunicação alternativa

9. Conhecimento de surdocegueira

( ) sim (X) não ( ) alguma coisa ( ) pouca coisa

10. Família conhece Libras

( ) sim ( ) não ( ) aprendendo (X) gostaria de aprender

Quem informou os dados: Mãe

APÊNDICE D – Protocolo de Entrevista - Sujeito 4

1. Dados Pessoais

Nome: MVLPS
Data de nascimento: 09/09/2004 Idade: 5 anos
Nome da Mãe: RLF
Nome do Pai: MACS
Cidade: Recife

2. Diagnóstico Visual:

OD: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
(X) baixa visão severa ( ) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve
OE: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa (X) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve

3. Diagnóstico Auditivo:

OD: ( ) surdez profunda ( ) surdez moderada (X) surdez leve
OE: ( ) surdez profunda ( ) surdez moderada (X) surdez leve

4. Causas da Deficiência:

( ) rubéola congênita (X) citomegalovirus ( ) prematuridade ( ) toxoplasmose
( ) fator Rh ( ) síndrome alcoólico fetal ( ) hidrocefalia ( ) microcefalia
( ) síndrome ( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( )encefalite
( ) outros ( ) desconhece

5. Escolaridade:

( ) escola particular (X) escola pública
( ) escola especial ( ) classe especial ( ) não estuda
( ) professora itinerante
(X) Educação Infantil: 1º ano
( ) Ensino Fundamental _____

6. Instituição Especializada:

(X) pública (X) privada
Terapias: Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Pedagogia
Quem acompanha a criança: ( ) mãe ( ) pai (X) outros: cuidadora

7. Uso de Medicação Controlada:

( ) convulsões ( ) problemas cardíacos ( ) problemas respiratórios (X) outros: Calmante
(X) sim ( ) não ( ) já fez

8. Auxílios Especiais:

( ) óculos refração simples ( ) óculos especiais ( ) auxílios não ópticos, quais
( ) AAS ( ) LIBRAS ( ) comunicação alternativa

9. Conhecimento de surdocegueira

( ) sim ( ) não (X) alguma coisa ( ) pouca coisa

10. Família conhece Libras

( ) sim (X) não ( ) aprendendo ( ) gostaria de aprender

Quem informou os dados: Mãe

APÊNDICE E – Protocolo de Entrevista - Sujeito 5

1. Dados Pessoais

Nome: EVDS
Data de nascimento: 15/11/2004 Idade: 5 anos
Nome da Mãe: RDS
Nome do Pai: WJS
Cidade: Olinda

2. Diagnóstico Visual:

OD: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa (X) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve
OE: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
(X) baixa visão severa ( ) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve

3. Diagnóstico Auditivo:

OD: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve
OE: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve

4. Causas da Deficiência:

(X) rubéola congênita ( ) citomegalovirus ( ) prematuridade ( ) toxoplasmose
( ) fator Rh ( ) síndrome alcoólico fetal ( ) hidrocefalia ( ) microcefalia
( ) síndrome ( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( )encefalite
( ) outros ( ) desconhece

5. Escolaridade:

( ) escola particular (X) escola pública
( ) escola especial (X) classe especial ( ) não estuda
( ) professora itinerante
(X) Educação Infantil: Jardim II
( ) Ensino Fundamental _____

6. Instituição Especializada:

(X) pública ( )privada
Terapias: Fonoaudiologia
Quem acompanha a criança: (X) mãe ( ) pai ( ) outros _____

7. Uso de Medicação Controlada:

( ) convulsões ( ) problemas cardíacos ( ) problemas respiratórios (X) outros: Calmante
(X) sim ( ) não ( ) já fez

8. Auxílios Especiais:

(X) óculos refração simples ( ) óculos especiais ( ) auxílios não ópticos, quais
(X) AAS ( ) LIBRAS ( ) comunicação alternativa

9. Conhecimento de surdocegueira

( ) sim ( ) não (X) alguma coisa ( ) pouca coisa

10. Família conhece Libras

( ) sim ( ) não (X) aprendendo ( ) gostaria de aprender

Quem informou os dados: Mãe

APÊNDICE F - Protocolo de Entrevista - Sujeito 6

1. Dados Pessoais

Nome: GGO
Data de nascimento: 18/05/2004 Idade: 6 anos
Nome da Mãe: EMES
Nome do Pai: GGO
Cidade: Cabo de Santo Agostinho

2. Diagnóstico Visual:

OD: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa (X) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve
OE: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa (X) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve

3. Diagnóstico Auditivo:

OD: ( ) surdez profunda (X) surdez moderada ( ) surdez leve
OE: ( ) surdez profunda (X) surdez moderada ( ) surdez leve

4. Causas da Deficiência:

(X) rubéola congênita ( ) citomegalovirus ( ) prematuridade ( ) toxoplasmose
( ) fator Rh ( ) síndrome alcoólico fetal ( ) hidrocefalia ( ) microcefalia
( ) síndrome ( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( )encefalite
( ) outros ( ) desconhece

5. Escolaridade:

( ) escola particular (X) escola pública
( ) escola especial ( ) classe especial ( ) não estuda
( ) professora itinerante
(X) Educação Infantil: Jardim
( ) Ensino Fundamental _____

6. Instituição Especializada:

(X) pública ( ) privada
Terapias: Fonoaudiologia, Psicologia e Pedagogia
Quem acompanha a criança: (X) mãe ( ) pai ( ) outros _____

7. Uso de Medicação Controlada:

( ) convulsões ( ) problemas cardíacos ( ) problemas respiratórios ( ) outros _____
( ) sim (X) não ( ) já fez

8. Auxílios Especiais:

(X) óculos refração simples ( ) óculos especiais ( ) auxílios não ópticos, quais
(X) AAS ( ) LIBRAS ( ) comunicação alternativa

9. Conhecimento de surdocegueira

( ) sim ( ) não (X) alguma coisa ( ) pouca coisa

10. Família conhece Libras

( ) sim (X) não ( ) aprendendo ( ) gostaria de aprender

Quem informou os dados: Mãe

APÊNDICE G – Protocolo de Entrevista - Sujeito 7

1. Dados Pessoais

Nome: MEAL
Data de nascimento: 02/10/1999 Idade: 10 anos
Nome da Mãe: RAO
Nome do Pai: EC
Cidade: Custódia

2. Diagnóstico Visual:

OD: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa ( ) baixa visão moderada (X) baixa visão leve
OE: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa (X) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve

3. Diagnóstico Auditivo:

OD: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve
OE: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve

4. Causas da Deficiência:

(X) rubéola congênita ( ) citomegalovirus ( ) prematuridade ( ) toxoplasmose
( ) fator Rh ( ) síndrome alcoólico fetal ( ) hidrocefalia ( ) microcefalia
( ) síndrome ( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( )encefalite
( ) outros ( ) desconhece

5. Escolaridade:

( ) escola particular (X) escola pública
( ) escola especial ( ) classe especial ( ) não estuda
(X) professora itinerante ( ) não estuda
( ) Educação Infantil _____
(X) Ensino Fundamental: 2º ano

6. Instituição Especializada:

(X) pública ( )privada
Terapias: Pedagogia
Quem acompanha a criança: (X) mãe ( ) pai ( ) outros _____

7. Uso de Medicação Controlada:

( ) convulsões ( ) problemas cardíacos ( ) problemas respiratórios ( ) outros _____
( ) sim (X) não ( ) já fez

8. Auxílios Especiais:

(X) óculos refração simples ( ) óculos especiais ( ) auxílios não ópticos, quais
(X) AAS (X) LIBRAS ( ) comunicação alternativa

9. Conhecimento de surdocegueira

( ) sim ( ) não (X) alguma coisa ( ) pouca coisa

10. Família conhece Libras

( ) sim ( ) não (X) aprendendo ( ) gostaria de aprender

Quem informou os dados: Mãe

APÊNDICE H – Protocolo de Entrevista - Sujeito 8

1. Dados Pessoais

Nome: VSO
Data de nascimento: 15/04/2000 Idade: 10 anos
Nome da Mãe: BCSO
Nome do Pai: AGO
Cidade: Jatauba

2. Diagnóstico Visual:

OD: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa ( ) baixa visão moderada (X) baixa visão leve
OE: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa ( ) baixa visão moderada (X) baixa visão leve

3. Diagnóstico Auditivo:

OD: ( ) surdez profunda (X) surdez moderada ( ) surdez leve
OE: ( ) surdez profunda (X) surdez moderada ( ) surdez leve

4. Causas da Deficiência:

(X) rubéola congênita ( ) citomegalovirus ( ) prematuridade ( ) toxoplasmose
( ) fator Rh ( ) síndrome alcoólico fetal ( ) hidrocefalia ( ) microcefalia
( ) síndrome ( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( )encefalite
( ) outros ( ) desconhece

5. Escolaridade:

( ) escola particular ( ) escola pública
( ) escola especial ( ) classe especial (X) não estuda
( ) professora itinerante
( ) Educação Infantil _____
( ) Ensino Fundamental _____

6. Instituição Especializada:

(X) pública ( ) privada
Terapias: Pedagogia
Quem acompanha a criança: (X) mãe ( ) pai ( ) outros _____

7. Uso de Medicação Controlada:

( ) convulsões ( ) problemas cardíacos ( ) problemas respiratórios ( ) outros _____
( ) sim (X) não ( ) já fez

8. Auxílios Especiais:

(X) óculos refração simples ( ) óculos especiais ( ) auxílios não ópticos, quais
( ) AAS ( ) LIBRAS ( ) comunicação alternativa

9. Conhecimento de surdocegueira

( ) sim (X) não ( ) alguma coisa ( ) pouca coisa

10. Família conhece Libras

( ) sim (X) não ( ) aprendendo ( ) gostaria de aprender

Quem informou os dados: Mãe

APÊNDICE I – Protocolo de Entrevista - Sujeito 9

1. Dados Pessoais

Nome: MGLF
Data de nascimento: 13/09/2000 Idade: 9 anos
Nome da Mãe: MJBM
Nome do Pai: MGL
Cidade: Igarassu

2. Diagnóstico Visual:

OD: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa (X) baixa visão moderada ( ) baixa visão leve
OE: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
( ) baixa visão severa (X) baixa visão moderada ( )baixa visão leve

3. Diagnóstico Auditivo:

OD: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve
OE: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve

4. Causas da Deficiência:

(X) rubéola congênita ( ) citomegalovirus ( ) prematuridade ( ) toxoplasmose
( ) fator Rh ( ) síndrome alcoólico fetal ( ) hidrocefalia ( ) microcefalia
( ) síndrome ( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( )encefalite
( ) outros ( ) desconhece

5. Escolaridade:

( ) escola particular (X) escola pública
( ) escola especial ( ) classe especial ( ) não estuda
(X) professora itinerante
( ) Educação Infantil _____
(X) Ensino Fundamental: 3º ano

6. Instituição Especializada:

(X) pública ( )privada
Terapias: Terapia ocupacional e Pedagogia
Quem acompanha a criança: (X) mãe ( ) pai ( ) outros _____

7. Uso de Medicação Controlada:

( ) convulsões ( ) problemas cardíacos ( ) problemas respiratórios ( ) outros _____
( ) sim (X) não ( ) já fez

8. Auxílios Especiais:

(X) óculos refração simples ( ) óculos especiais ( ) auxílios não ópticos, quais
(X) AAS ( ) LIBRAS ( ) comunicação alternativa

9. Conhecimento de surdocegueira

( ) sim (X) não ( ) alguma coisa ( ) pouca coisa

10. Família conhece Libras

( ) sim ( ) não ( ) aprendendo (X) gostaria de aprender

Quem informou os dados: Mãe

APÊNDICE J – Protocolo de Entrevista – Sujeito 10

1. Dados Pessoais

Nome: JLSS
Data de nascimento: 16/08/2000 Idade: 10 anos
Nome da Mãe: MLSS
Nome do Pai: JRMS
Cidade: Bayuex

2. Diagnóstico Visual:

OD: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
(X) baixa visão severa ( ) baixa visão moderada ( )baixa visão leve
OE: ( ) cegueira total ( ) cegueira legal
(X) baixa visão severa ( ) baixa visão moderada ( )baixa visão leve

3. Diagnóstico Auditivo:

OD: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve
OE: (X) surdez profunda ( ) surdez moderada ( ) surdez leve

4. Causas da Deficiência:

(X) rubéola congênita ( ) citomegalovirus ( ) prematuridade ( ) toxoplasmose
( ) fator Rh ( ) síndrome alcoólico fetal ( ) hidrocefalia ( ) microcefalia
( ) síndrome ( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( )encefalite
( ) outros ( ) desconhece

5. Escolaridade:

( ) escola particular (X) escola pública
( ) escola especial (X) classe especial ( ) não estuda
( ) professora itinerante
( ) Educação Infantil _____
( ) Ensino Fundamental _____

6. Instituição Especializada:

(X) pública ( ) privada
Terapias: Terapia Ocupacional
Quem acompanha a criança: (X) mãe ( ) pai ( ) outros _____

7. Uso de Medicação Controlada:

( ) convulsões ( ) problemas cardíacos ( ) problemas respiratórios ( ) outros: Calmante
( ) sim ( ) não (X) já fez

8. Auxílios Especiais:

(X) óculos refração simples ( ) óculos especiais ( ) auxílios não ópticos, quais
( ) AAS ( ) LIBRAS ( ) comunicação alternativa

9. Conhecimento de surdocegueira

( ) sim ( ) não ( ) alguma coisa (X) pouca coisa

10. Família conhece Libras

( ) sim (X) não ( ) aprendendo ( ) gostaria de aprender

Quem informou os dados: Mãe