



**Instituto Superior de Ciências Educativas**

**Curso de Mestrado em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor**

# **Crianças com Implante Coclear: Perceções dos professores**

**Maria Elvira Dias Pereira Teixeira**

**Professora Orientadora: Professora Doutora  
Deolinda Maria Adónis Barata**

**Felgueiras  
2013**



**Instituto Superior de Ciências Educativas**

**Curso de Mestrado em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor**

# Crianças com Implante Coclear: Perceções dos professores

**Maria Elvira Dias Pereira Teixeira**

**Professora Orientadora: Professora Doutora  
Deolinda Maria Adónis Barata**

**Felgueiras  
2013**



**Instituto Superior de Ciências Educativas**

**Curso de Mestrado em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor**

**Crianças com Implante Coclear: Percepções dos professores**

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras para obtenção do grau de mestre em Educação Especial

Maria Elvira Dias Pereira Teixeira

Licenciada em Curso de Professores do Ensino Básico, 1º Ciclo

Na Escola Superior de Educação João de Deus

Professora Orientadora: Professora Doutora Deolinda Maria Adónis Barata

**Felgueiras**

**2013**

Ao André e à Mariana

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Deolinda Barata, pelas sugestões, pelo saber e compreensão que manifestou ao longo de todo este trabalho de investigação.

A todos os professores que tornaram possível a realização desta investigação.

À minha família, pelo apoio e confiança, por me ajudar a ultrapassar algumas adversidades da vida, sempre com palavras de incentivo.

Ao meu marido, pela enorme paciência, carinho, incentivo e apoio.

Aos meus filhos que compreenderam e aceitaram a minha indisponibilidade de tempo para os apoiar.

Aos meus amigos pelas palavras de incentivo.

## Resumo

O presente estudo tem como objetivo perceber qual a percepção dos professores sobre o desenvolvimento pessoal, social e académico da criança com IC em comparação com outras crianças da mesma idade que não têm uma perda de audição. Através da revisão da literatura procurou-se saber de que forma se faz o atendimento ao aluno surdo e o enquadramento legal a vigorar em Portugal. Para a realização do mesmo, foi adotada uma abordagem metodológica, de natureza quantitativa, cuja fundamentação teórica se baseou em diversos autores e investigadores na área da surdez. Para isso utilizámos uma adaptação do questionário Teachers' Experiences of Children with Cochlear Implants and their personal, social and educational outcomes (Punch & Hyde, 2010). Responderam, ao questionário, 34 professores a lecionar desde o Pré-Escolar até ao Ensino Secundário, passando pelo Ensino Básico, 1.º, 2.º e 3.º ciclos da zona norte do país. Analisámos a idade em que o implante foi colocado, os anos de implantação em relação ao desenvolvimento pessoal, académico e social dos alunos surdos tendo sempre em comparação os alunos ouvintes e observamos que os resultados melhoram em todas as situações e que se influenciam mutuamente e de forma positiva. Confirmando o que diz a literatura a maioria dos professores que responderam ao questionário disseram que quanto maior o número de anos do implante da criança melhor os resultados académicos, aproximando-se assim do resto da turma relativamente aos resultados académicos. Crianças com poucos anos de implantação têm resultados abaixo da média da turma ao contrário dos que têm implantes há mais tempo.

**Palavras chave:** Implante coclear, surdez, desenvolvimento, inclusão

## **Abstract**

The objective of this study is to understand what is the teachers' perception about the personal, social and academic development of a child with Cochlear Implants in comparison with other children of the same age that don't suffer from hearing loss.

Through the revision of the literature we tried to understand how the deaf student services are done as well as its current legal support in Portugal. We adopted a quantitative methodological approach and its theoretical foundation was based on various authors and researchers in deafness studies. We used an adaptation to the questionnaire Teachers' Experiences of Children with Cochlear Implants and their personal, social and educational outcomes (Punch & Hyde, 2010). This questionnaire was answered by 34 teachers who teach since the pre-primary school, Early Intervention, until the secondary school as well as the young learners in the basic school (1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup>CEB) from the northern country. We analysed the age in which the implant was inserted, the time of implantation related to the personal, academic and social development of the deaf students always comparing with the hearing ones. We came to the conclusion that the results become better in every case and that they influence each other and in a positive way.

Confirming what the literature says, most respondent teachers are the opinion that the higher the number of the years of the implant in the child the better the academic results coming up to the rest of the class in what concerns the academic results. Children with few years of implantation have below-average results unlike those who have longer implants.

**Key words:** Cochlear Implants, deafness, development, inclusion

## **Lista de Siglas e Abreviaturas**

**AASI-** Aparelho Amplificação Sonora Individual

**ANSI-** American National Standards Institute

**CC-** Capacidades de Comunicação

**CSP-** Capacidades Sociais e Participação

**EE-** Educação Especial

**EREBAS-** Escola de Referência para o Ensino Bilingue de Alunos Surdos

**FDA-** Food and Drug Administration

**GR-** Grupo de Recrutamento

**IC-** Implante Coclear

**IP-** Intervenção Precoce

**JI-** Jardim-de-Infância

**LGP-** Língua Gestual Portuguesa

**LP -** Língua Portuguesa

**PSPA-** Participação Social, Pessoal e Académica

**QA-** Quadro de Agrupamento

**QZP-** Quadro de Zona Pedagógica

**RA-** Resultados Académicos

**PSPA –** Participação, Social, Pessoal e Académica

**SPSS-** Statistical Package for Social Science

**TT-** Titular de Turma

**UAS –** Unidade de Atendimento a Surdos

**VF-** Vida Futura

## **Índice de Figuras**

**Figura 1-** Esquema do Implante Coclear

**Figura 2 -** Parte externa do Implante Coclear

**Figura 3 -** Parte interna do Implante Coclear

## **Índice Quadros**

**Quadro 1** - Causas da surdez

**Quadro 2** - Classificação de perda auditiva de acordo com o Comitê Internacional BIAPOZ e ANSI

**Quadro 3** - Grau de perda auditiva e consequências na percepção sonora

## **Índice de Tabelas**

**Tabela 1**- Percentagem da amostra relativa ao género

**Tabela 2**- Média de idades dos inquiridos

**Tabela 3**- Descrição da amostra

**Tabela 4**- Caracterização dos alunos acompanhados

**Tabela 5** - Valores da consistência interna ( $\alpha$ )

**Tabela 6** -Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CM, CSP, RA, VF e PPSPA na sua vida escolar da criança em função do género.

**Tabela 7** - Percepções dos professores ao desenvolvimento das CC das crianças com IC em função do género.

**Tabela 8** - Percepções dos professores relativamente às CSP das crianças com IC em função do género

**Tabela 9** - Percepções dos professores relativamente aos RA das crianças com IC em função do género

**Tabela 10** - Percepções dos professores relativamente à VF das crianças com IC em função do género

**Tabela 11** - Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do tempo de serviço.

**Tabela 12** – Comparação, pelo teste de Mann Whitney (U) entre as Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PPSPA na sua vida escolar da criança em função do tempo de serviço.

**Tabela 13** - Percepções dos professores relativamente ao progresso no

desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do grau académico.

**Tabela 14** - Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PPSPA na sua vida escolar da criança, em função do ciclo que leciona.

**Tabela 15** - Comparação, pelo teste de Mann Whitney (U) entre as percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PPSPA na sua vida escolar da criança em função do ciclo que leciona.

**Tabela 16** - Correlação da Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PPSPA na sua vida escolar da criança em função do grau académico, ciclo de lecionação, anos de serviço e situação profissional.

**Tabela 17** - Correlação da Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função dos anos de implementação, capacidade de comunicação, capacidades sociais e de participação.

## ÍNDICE

1ª PARTE – REVISÃO DA LITERATURA .....	1
<b>CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO</b> .....	2
Introdução .....	3
<b>CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	6
1. Inclusão .....	7
2. Perspetiva Histórica/Enquadramento Legal .....	9
<b>CAPÍTULO III – SURDEZ</b> .....	14
1. Conceito de Surdez .....	15
2. Características de surdez/Etiologia .....	16
3. Momento da aquisição da surdez .....	18
4. Grau de perda auditiva .....	19
<b>CAPÍTULO IV - METODOLOGIAS EDUCACIONAIS</b> .....	22
1. Oralismo .....	23
2. Comunicação Total – Bimodalismo .....	24
3. Bilinguismo .....	25
4. Escolas de referência para alunos Surdos – Enquadramento Legal	26
4.1 Enquadramento das Escolas de Referência .....	27
4.1.1. Vantagens da criação de escolas de referência para a educação	
bilingue de alunos surdos: .....	29
4.1.2. Desvantagens da criação de escolas de referência para a	
educação bilingue de alunos surdos: .....	30
<b>CAPÍTULO V- IMPLICAÇÕES DA SURDEZ</b> .....	31
1. Desenvolvimento da linguagem oral na criança ouvinte e na criança	
surda <sup>32</sup>	
2. Linguagem, leitura e escrita da criança surda/oumeio da fala só é um	36
3. Relacionamento social .....	38
<b>CAPÍTULO VI - IMPLANTE COCLEAR</b> .....	41
1. Definição .....	42
2. Requisitos necessários para a realização do implante .....	44
3. Influência da idade de implantação nos resultados das crianças	
utilizadoras de implante coclear .....	46
4. Vantagens e Desvantagens do Implante Coclear no Processo de	
Aquisição da Linguagem .....	48
5. Desenvolvimento Socio emocional de Crianças Com Implante	
Coclear .....	49
2ª PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA .....	51
<b>CAPÍTULO I – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO</b> .....	52

1.	Metodologia da Investigação .....	53
2.	Formulação do problema .....	53
3.	Objetivo de estudo .....	54
3.1	Objetivo Geral .....	54
3.2	Objetivos Específicos .....	54
4.	Identificação das hipóteses de estudo .....	54
5.	Tipo de estudo .....	55
6.	Caracterização da amostra .....	56
7.	Instrumentos .....	58
8.	Procedimentos metodológicos .....	59
<b>CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....		60
1.	Resultados .....	61
1.1	Alunos do estudo, acompanhados pelos professores .....	61
1.2.	Grau de consistência Interna das percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança. ....	63
1.3.	Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar em função do género.....	64
1.4.	Percepções dos professores relativamente ao desenvolvimento da CC das crianças com IC em função do género. ....	65
1.5.	Percepções dos professores relativamente às CSP das crianças com IC em função do género. ....	66
1.6.	Percepções dos professores relativamente aos RA das crianças com IC em função do género .....	66
1.7.	Percepções dos professores relativamente à VF das crianças com IC em função do género. ....	67
1.8	Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do tempo de serviço. ....	68
1.9.	Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do grau académico.....	69
1.10.	Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do ciclo que leciona. ....	70

1.11. Correlação das percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do grau académico, ciclo de lecionação, anos de serviço e situação profissional.....	71
1.12. Relação entre as CC, CSP, RA, VF e PSPA .....	71
1.13. Percepções dos professores acerca da participação social, pessoal e académica na vida escolar da criança. ....	72
2. Discussão dos Resultados.....	73
<b>CAPÍTULO III - CONCLUSÕES</b> .....	79
1. Conclusão.....	80
BIBLIOGRAFIA .....	83
ANEXOS .....	88

## **1ª PARTE – REVISÃO DA LITERATURA**

**CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO**

## **Introdução**

O presente estudo insere-se no âmbito do Mestrado de Educação Especial, do Instituto Superior de Educação de Felgueiras.

Segundo Baptista (2008), a história da educação de surdos, bem como a da Educação Especial, pode ser contada em torno de seis paradigmas, sendo eles, Exclusão, Segregação, Institucionalização, Normalização, Integração e Inclusão. Conclui o autor, da análise que faz destes seis paradigmas, que a adoção de filosofias de integração e inclusão levaram a um reconhecimento da indispensabilidade de educar todas as crianças sem discriminações e com qualidade.

O objetivo principal da inclusão é conseguir a harmonia do aluno com a sociedade e o mundo em que vive, desfrutando dos bens culturais da sociedade (Bautista, 1997). Em Portugal o Decreto-Lei n.º 3/ 2008 de 7 de Janeiro prevê a criação de escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos em EREBAS.

A surdez é caracterizada por perda auditiva ou ausência de audição. Sendo de grau severo ou profundo, impossibilita a comunicação sonora com o mundo exterior e pode comprometer o ajustado desenvolvimento da criança, nomeadamente se for pré-linguística (Nunes, 1999; Ricou, 2006).

Os progressos científicos têm beneficiado as pessoas com surdez em grau severo ou profundo. Nas últimas décadas, a descoberta dos sistemas de implantes na cóclea que, em grego significa “caracol”, parte do ouvido interno, aprovados em 1990 pela Food and Drug Administration (FDA) tem sido um valioso contributo para a reabilitação das pessoas com perda auditiva profunda bilateral. Desde essa data até aos dias de hoje muito tem evoluído e cada vez é maior o número de crianças que são beneficiadas por este procedimento.

Vários estudos têm demonstrado o resultado do implante coclear (IC) na redução do impacto da surdez sobre o desenvolvimento da função auditiva e, conseqüentemente, da linguagem oral, particularmente em crianças implantadas precocemente (Gomes M., 2010).

A criança surda implantada, apesar de ter maiores possibilidades de desenvolvimento linguístico oral, continua sempre a ser surda. Para além de

que uma criança surda implantada não dispõe de uma audição totalmente normal, deixando de ouvir quando o aparelho está desligado ou avariado (Sim-Sim, 2005).

A criança surda implantada ou não, necessita e tem o pleno direito, a ter todas as condições necessárias para poder desenvolver as suas capacidades cognitivas, sociais e comunicativas, para o seu verdadeiro e natural desenvolvimento. Sendo esta uma das razões para este nosso estudo uma vez que a inclusão de alunos surdos é uma realidade e os estudos sobre os mesmos ainda são muito escassos.

Desde o aparecimento do implante que surgiram argumentos contra e a argumentos a favor. Os opositores lamentam o facto de prevalecer, entre a classe dos físicos e dos médicos, a ideia de que a surdez é uma disfunção que pode ser facilmente corrigida ao invés de se centrarem nos surdos, enquanto indivíduos, e não apenas nos seus ouvidos (Sim-Sim, 2005).

Já os defensores, argumentam que os benefícios audiológicos do IC podem conduzir a uma melhoria substancial das capacidades cognitivas (Inês Sim-Sim, 2005), o que vem ao encontro do estudo que realizamos.

O sucesso de um implante coclear dependerá não só do apoio e condições dadas pela escola para o acesso ao currículo mas também o apoio familiar e de toda a equipa multidisciplinar.

. Este estudo teve como motivação primordial o meu tio paterno que ficou surdo aos 8 anos de idade, devido a uma meningite. Numa altura em que sem qualquer tipo de apoio teve de conseguir adaptar-se ao mundo e vencer, sendo um exemplo de vida e de coragem.

O objetivo principal do nosso estudo prendeu-se em investigar e assim perceber quais as percepções que os professores têm sobre o desenvolvimento, pessoal, social e académico da criança com IC em comparação com outras crianças da mesma idade que não têm uma perda de audição.

Para tal dividimos o trabalho e duas partes. Na primeira fizemos a revisão da literatura e fundamentação teórica do tema, onde procuramos fazer uma abordagem histórica da evolução do conceito de inclusão passando pelo atendimento ao aluno surdo. Para uma melhor compreensão do nosso estudo procuramos definir o conceito de surdez, a sua etiologia, características e implicações na aquisição da linguagem oral, na leitura, na escrita e

relacionamento social. No final da primeira parte procuramos esclarecer o conceito de IC, apresentando os requisitos necessários para a realização do implante bem como as vantagens e desvantagens deste no processo de aquisição da linguagem.

A segunda parte, será dedicada ao estudo empírico, onde será apresentada a justificação do estudo e a definição dos objetivos a que nos propomos atingir, alicerçada a uma descrição teórica contextual. Apresentados os propósitos da nossa investigação quantitativa, descreveremos a metodologia a implementar e apresentaremos uma análise dos resultados obtidos, elaborando no final as respectivas conclusões.

**CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA**

## 1. Inclusão

A História da Educação de surdos em Portugal, (Carvalho, 2007), dividiu-se em três períodos. O primeiro período refere-se a 1823-1905 denominado, Metodologias gestuais com suporte na escrita, o segundo período entre 1906-1991, o mais longo, Metodologias oralistas e o terceiro período a partir de 1992, denominado Implementação e desenvolvimento do modelo de Educação Bilingue para surdos. Apenas nos finais dos anos 60 do século XX é que se começaram a desenvolver experiências de integração de surdos nas escolas regulares, mas só tiveram um impacto mais amplo depois de 1973, com a criação das Equipas de Ensino Integrado (Afonso, 2008).

Para a criação de uma escola verdadeiramente inclusiva várias são as definições de inclusão e as orientações. Segundo Bautista (1997, p. 29) “normalizar não significa pretender converter em normal uma pessoa deficiente, mas aceitá-la tal como ela é, com as suas deficiências, reconhecendo-lhe os mesmos direitos que aos outros e oferecendo-lhe os serviços pertinentes para que possa desenvolver ao máximo as suas possibilidades e viver uma vida tão normal quanto possível” (p.29). Já de acordo com Correia (citado por Ferreira, 2006, p.11) “O conceito de integração traduz-se numa interação entre todos os alunos. A integração é, assim, o oposto da segregação.”

Para Both e Ainscow, a inclusão inicia-se com o reconhecimento das diferenças entre os alunos e o desenvolvimento das abordagens inclusivas do ensino e da aprendizagem que têm como ponto de partida estas diferenças” (2002, p.8). Abordar as diferenças da criança para a incluir pode, inadvertidamente, excluí-la. Os autores defendem que, para se incluir qualquer criança, esta deve ser considerada na sua plenitude e não apenas no que a torna diferente do outro. Estes autores consideram que “A inclusão envolve mudança. Trata-se de um processo contínuo de desenvolvimento da aprendizagem e da participação de todos os alunos. É um ideal a que todas as escolas podem aspirar mas que nunca será plenamente atingido. Mas a inclusão ocorre logo que se inicia o processo de desenvolvimento da aprendizagem. Uma escola inclusiva é aquela que está em movimento”. (2002, p. 7).

Ainda segundo Bautista (1997), o objetivo fundamental da inclusão é conseguir a harmonia do aluno com a sociedade e o mundo em que vive, desfrutando dos bens culturais da comunidade. Por isso, a sociedade e todas as instituições deveriam flexibilizar mais a sua atitude, não tentando adaptar o surdo à norma vigente em cada momento. Para ele temos que valorizar e respeitar a opinião dos surdos, para que assim se consiga fazer uma verdadeira inclusão.

Ainscow (1995) defende que a perspectiva centrada no indivíduo com NEE deve ser alargada aos restantes alunos, obrigando a uma outra visão sobre o papel da escola na sociedade. Este autor refere que a escola não deverá selecionar as crianças, mas recebe-las no seu seio, proporcionando-lhe aprendizagens que promovam o sucesso, independentemente das suas diferenças ou dificuldades.

Segundo o Índice a sigla NEE pode constituir uma barreira ao desenvolvimento de práticas inclusivas nas escolas, uma vez que pressupõe um conjunto de normas e de procedimentos baseados em orientações políticas. Por outro lado, o conceito “barreiras à aprendizagem e à participação” considera todos os que, por deficiência ou por incapacidade, apresentam alguma dificuldade de aprendizagem. Assim, o conceito, inclusão, resume-se à minimização de todas as barreiras à educação e à aprendizagem de todos os alunos, sem exceção.

Na Declaração de Salamanca (1994) podemos constatar que esta reconhece que alguns alunos, nomeadamente os surdos, possam beneficiar da frequência de escolas especiais ou de unidades ou classes especiais em escolas regulares. Este documento considera prioritária a perspectiva de uma escola centrada na criança e nas suas necessidades específicas:

“Uma pedagogia centrada na criança é benéfica para todos os alunos e, como consequência, para a sociedade em geral (...). Uma pedagogia deste tipo pode também ajudar a evitar o desperdício de recursos e a destruição de esperanças, o que, muito frequentemente, acontece como consequência do baixo nível do ensino e da mentalidade –“uma medida serve para todos” – relativa à educação. As escolas centradas na criança são, assim, a base de construção duma sociedade orientada para as pessoas, respeitando quer as diferenças, quer a dignidade de todos os seres humanos” (Unesco, Declaração de Salamanca e Enquadramento na Ação na Área das Necessidades Educativas Especiais, 1994,p. 7).

## 2. Perspetiva Histórica/Enquadramento Legal

Em Portugal, só em 1823 se dão os primeiros passos na educação de crianças surdas. Estes iniciam-se com o convite da Infanta D. Isabel Maria a Per Aron Borg, criador do primeiro Instituto de Surdos de Estocolmo. Este convite tinha como objetivo a criação em Portugal de um instituto igual ao de Estocolmo, instituto esse criado e dirigido por Per Aron Borg entre o período de 1823 a 1828, em Lisboa. Nesse instituto era adotada a língua gestual na educação de surdos. Infelizmente, devido à instabilidade, quer a nível da orientação quer da direção, este instituto entra em decadência, encerrando em 1860.

Surge em Lisboa, em 1870, um liceu dirigido por P. de Aguiar, que mais tarde, em 1872, cria em Guimarães um instituto onde se utilizava a língua gestual e a escrita para a educação de surdos. Após o fecho deste, abre em 1877, no Porto, outro instituto ficando a dirigi-lo Eliseu de Aguiar, que mais tarde é convidado a encerrá-lo e a abrir em Lisboa o Instituto Municipal de Lisboa. Este funcionava em regime de internato e semi-internato e levava a cabo um ensino baseado na língua gestual e no desenvolvimento da fala.

No entanto, depois da sua suspensão em 1891, Miranda de Barros ocupa o seu lugar, manifestando logo a sua intenção de excluir totalmente a língua gestual, optando exclusivamente por um ensino oral.

Em 1893, o Instituto Araújo Porto manda o Dr. Rodrigues Lobo e Pavão de Souza para França, com o objetivo de que estes realizassem uma formação especializada, iniciando-se assim em Portugal uma era influenciada pelas tendências Francesas. Destas influências destaca-se a adoção do método oral puro e da criação do ensino profissional.

A partir de 1913, começa-se a verificar uma maior evolução da educação especial, quando o diretor da Casa Pia, Aurélio da Costa Ferreira, organiza um curso de formação especializada para os professores que trabalhavam com surdos, iniciando-se uma tendência médica – pedagógica.

Com o início desta formação especializada, o método oral passa a ser oficial e institucionalizado. Nesta formação estava patente a preocupação em especializar os professores para que estes adquirissem o máximo de conhecimentos e informação acerca das características da surdez. Eram

estudados aspetos como: generalidades relativas aos surdos-mudos, história da arte de instruir e educar o surdo-mudo, anatomia e fisiologia dos órgãos de fonação e audição, pedagogia especial, entre muitas outras.

Aos poucos, começa-se a verificar cada vez mais progressos e conquistas na educação de surdos. Uma das conquistas alcançadas foi o facto de, a partir de 1915, ser legislada a assistência a alunos desfavorecidos economicamente, passando estes a usufruir de subsídios de alimentação e de material escolar. Após estas evoluções, assiste-se a um período de estabilização no ensino e só a partir de 1942, através do Instituto Jacob Rodrigues Pereira, se assiste novamente a uma importante renovação do ensino especial, sentindo-se necessidade de obter instalações, professores especializados, assistência médica e de uma atualização do sistema educativo Português.

Surge pela primeira vez em Portugal uma revista que abordava temáticas relacionadas com a surdez, a revista *Criança Surda*, fundada em 1955 pelo Dr. António Amaral após a sua especialização na área.

No período entre 1957 e 1969 vários institutos vão surgindo, tornando-se necessário desenvolver ações no sentido de se desenvolver e aperfeiçoar a educação destas crianças, pelo que se criaram estabelecimentos de educação especial, dos quais se destacam o Centro de Observação e Orientação Médico – Pedagógico, que tinha como objetivo a seleção das crianças, e o Centro de Formação e Aperfeiçoamento Pessoal, no qual era assegurada a formação dos professores. Estes centros asseguravam o funcionamento dos estabelecimentos de educação especial.

Em 1974, assiste-se novamente em Portugal a uma renovação pedagógica no sentido de alcançar a integração escolar, incrementando-se as áreas de formação de docentes e técnicos e surgindo as salas de apoio, as classes especiais integradas em escolas regulares e o apoio itinerante.

Para que não se retornasse a um período de estagnação e para que houvesse uma constante renovação das instituições e das próprias perspetivas da educação são ministrados vários simpósios, cursos e encontros. Estes foram o ponto de partida para que se começasse a questionar outros aspetos relacionados com a educação de surdos, nomeadamente a Comunicação Total, o Gestualismo e o Bilinguismo.

Nessa altura, fez-se o primeiro levantamento sobre a Língua Gestual Portuguesa, a qual havia sido ignorada até então, tendo sido chamados os surdos para participarem no seu processo de educação.

A nível de publicações acerca desta temática, e após a criação da revista *A Criança Surda*, é editado em 1980 o primeiro livro em Portugal intitulado *As mãos que falam* de Isabel Prata. Neste livro são apresentados, fotograficamente, cerca de 250 gestos produzidos pelos surdos portugueses escolhidos com a colaboração da associação de Surdos de Lisboa (Afonso, 2007).

Em 1981 é assinado um protocolo entre o Ministério da Educação e o Secretariado Nacional de Reabilitação; em 1984 o Núcleo de Apoio ao Deficiente Auditivo introduz a Língua Gestual, seguindo-se em 1986, o livro *A Criança Deficiente Auditiva – Situação Educativa em Portugal*. A lei nº89/99 de 5 de julho define as condições de acesso e exercício da atividade de intérprete de Língua Gestual.

Nesse mesmo ano, a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86 de 14 de Outubro), estabelece o quadro ordenador do sistema educativo nacional. Esta lei vem dar um novo ordenamento ao sistema educativo, determinando o carácter universal, obrigatório e gratuito do Ensino Básico, com o objetivo de assegurar uma formação geral comum a todos os portugueses.

Em 1989 surge o programa Elios, sendo dada formação para intérpretes de Língua Gestual e em 1991 o Decreto – Lei nº 319/91 que reformula e dá uma nova visão da Educação Especial, atendendo às necessidades de todos as crianças e jovens com NEE.

Dois anos mais tarde, em 1992/93, surge o *Gestuário de Língua Portuguesa* e em 1994 o livro *Para uma Gramática da Língua Gestual*.

Em 1997, foi publicado o Despacho conjunto nº 105/97 que vem criar condições de apoio educativo de acordo com os artigos 17º (Âmbito e objetivos da Educação Especial) e 18º (Organização da Educação Especial) da L.B.S.E. Assim é estabelecido o regime aplicável à prestação de serviços de apoio educativo, tendo em vista uma escola integradora. Procura-se criar condições que facilitem a diversificação das práticas pedagógicas de modo a melhorar a intervenção educativa e uma gestão mais eficaz dos recursos especializados.

O acesso e sucesso escolares só são possíveis se as crianças tiverem um efetivo acesso à informação através de processos que possibilitem uma comunicação direta e sem restrições. No caso das crianças e jovens surdos, o acesso à informação encontra-se limitado pela dificuldade de uso da linguagem oral e pela dificuldade ou falta de condições que possibilite o uso da Linguagem Gestual.

Neste contexto, é publicado o Despacho nº 7520/98, totalmente inovador e direcionado exclusivamente para as crianças surdas. Como linhas orientadoras, este suporte legislativo prevê um percurso educativo distinto para surdos pré-linguísticos e pós-linguísticos; respostas educativas flexíveis adequadas a cada caso individual, permanentemente avaliado; integração da criança surda, em Jardim-de-infância preferencialmente com ouvintes e complemento em salas especializadas; realização do 1º Ciclo preferencialmente em turmas de surdos e o 2º e 3º Ciclos em turmas de ouvintes com intérpretes de Língua Gestual Portuguesa (LGP), com opção de turmas de surdos; valorização do nível de mestria na leitura e expressão escrita; educação em ambiente bilingue que possibilite o domínio da LGP e o domínio escrito do Português e eventualmente falado; inserção precoce em grupos de crianças surdas e com adultos surdos que utilizam a LGP e respeito pelas opções dos pais no que respeita ao contexto linguístico educativo de inserção da criança surda.

Tal como prevê o Despacho Normativo suprarreferido, as Unidades de Atendimento a Surdos (UAS) deverão assegurar o desenvolvimento da LGP como primeira língua; assegurar as medidas pedagógicas específicas necessárias ao domínio do Português, nomeadamente a nível da leitura e da escrita; assegurar os apoios a nível da terapia da fala e do treino auditivo às crianças e jovens que deles possam beneficiar; criar espaços de reflexão e de formação sobre estratégias de diferenciação pedagógica; proceder às modificações curriculares necessárias; organizar e apoiar o processo de encaminhamento profissional dos alunos; programar e desenvolver ações de formação de LGP para professores, pessoal não docente, pais e familiares; colaborar com as Associações de Surdos na organização de ações de sensibilização sobre a Surdez; planear e participar, em colaboração com as Associações de Surdos, em atividades recreativas e de lazer dirigidas a jovens

surdos e ouvintes visando a interação social entre a comunidade surda e a comunidade ouvinte.

Desta forma Portugal, a nível legislativo, tem um excelente suporte para a educação de crianças surdas, mas também se torna imperioso referir que as mesmas não têm sido implementadas e que não se têm verificado resultados concretos, uma vez que não há disponibilização de recursos específicos, divulgação da LGP, formação adequada aos Professores, sensibilização para Surdez, esclarecimentos sobre a existência de uma comunidade com uma língua e cultura próprias, discussões das diferentes metodologias adotadas, entre muitos outros aspetos.

Ao longo dos anos Portugal foi sendo influenciado pelas políticas internacionais que condicionaram as nossas políticas e práticas no âmbito da Educação em geral e da Educação de Surdos em particular. Nas últimas décadas aprovou promulgou várias leis:

No sentido de responder de forma adequada a todos os alunos com NEE e, no sentido de promover a inclusão educativa e social, o Decreto-Lei n.º3/ 2008 de 7 de Janeiro, define os apoios especializados a prestar aos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e participação, decorrentes de alterações funcionais, de carácter permanente (DGIDC, 2008).

O artigo 23.º do Capítulo V, Decreto-Lei n.º3/ 2008 de 7 de Janeiro, prevê, como modalidade específica de educação, a Educação Bilingue de alunos surdos.

A educação das crianças e jovens surdos deve ser feita em ambientes bilingues que possibilitem o domínio da LGP como primeira língua do aluno surdo e o domínio do português escrito e, eventualmente, falado, como segunda língua do aluno surdo (DGIDC, 2010) uma vez que, no quotidiano, o surdo, vive num contexto bicultural e bilingue, pois convive com duas línguas. “Os agrupamentos de escolas ou escolas secundárias de referência para a educação bilingue de alunos surdos devem organizar-se para que o percurso educativo dos alunos surdos se realize em turmas constituídas unicamente por alunos surdos” (DGIDC, 2009, p.21).

**CAPÍTULO III – SURDEZ**

## 1. Conceito de Surdez

A surdez ou hipoacusia é a incapacidade total ou parcial de ouvir.

Segundo a Organização Mundial de saúde a pessoa surda será aquela cuja audição não é suficiente para comunicar oralmente, necessitando para tal de amplificação e treino especializado.

A Federação Mundial de Surdos e a Federação Internacional de Surdos defendem a utilização do termo surdo para denominar sujeitos com perdas auditivas profundas. Capovilla e Walquiria (2001) referem que o termo surdo é normalmente usado para descrever as pessoas que, mesmo fazendo uso de aparelhos auditivos, são incapazes de compreender a fala que ocorre no nível usual de conversação.” Baptista (2008, p.78). Segundo Correia (2008, p. 50) a deficiência auditiva pode ser abordada sob uma perspectiva clínica, “ser surdo significa apresentar uma deficiência auditiva resultante de lesão no aparelho auditivo que se traduz na impossibilidade ou na dificuldade de ouvir determinados sons”, numa perspectiva sociocultural, “ser surdo significa pertencer a uma comunidade minoritária linguística e cultural”.

Para Spínola e Spínola (2009), abordar o conceito de surdez implica perceber o conceito de audição. A audição, é o meio que permite ao indivíduo o contacto com as estruturas da língua e por conseguinte com um código estruturado, próprio do ser humano. “Além disso, influi decisivamente nas relações interpessoais, que permitirão um adequado desenvolvimento social e emocional” (p.4).

O desenvolvimento científico-tecnológico colocou ao dispor das pessoas surdas equipamentos capazes de ajudar à sua reabilitação auditiva. Importa compreender a surdez e a sua reabilitação, numa perspectiva médica/audiológica, uma vez que esta pode ser definida como uma incapacidade, parcial ou total, em ouvir, provocada por uma lesão do sistema auditivo. Numa perspectiva sociocultural, a pessoa surda pertence a um grupo linguístico minoritário e com especificidades culturais e linguísticas exclusivas (Spínola & Spínola, 2009).

Enquanto, que para Ysselyke e Algozzine (1995, citado por Afonso, 2007) a surdez significa uma deficiência auditiva que é tão grave que a criança é deficiente no processo de informação linguística através da audição, com ou

sem amplificação, o que afeta negativamente a performance educacional da criança. Já para Goldfeld (2002, p.83) “esta não precisa de ser considerada uma deficiência que incapacita o indivíduo”, tal como já tinha dito Vygotsky que no futuro a conotação de deficiente iria desaparecer e que os surdos seriam considerados apenas surdos e não deficientes.

## **2. Características de surdez/Etiologia**

Sob o ponto de vista médio-audiológico a surdez é determinada tendo em conta três aspetos: causa, tipo e grau.

Relativamente às causas que poderão originar uma perda auditiva são elas: Surdez hereditária ou genética, Surdez congénita e Surdez adquirida.

Para Vieira, a surdez hereditária pode classificar-se em sindrómica e não sindrómica. Normalmente vem associada às síndromes de transmissão mendeliana de Waardenburg e de Usher. Neste grupo deve-se considerar ainda as formas de surdez autossómica dominante e a autossómica recessiva que representam cerca de 75 a 80 por cento dos casos (Afonso, 2007).

Relativamente à surdez congénita, Segundo KirK e Gallagher (1995, citado por Afonso, 2007) esta é adquirida durante a gestação e não se deve diretamente a fatores genéticos e/ ou hereditários. Os problemas podem ser de natureza viral, bacteriana e tóxica, afetando o ser em gestação, através da mãe.

A surdez adquirida, e tal como o próprio nome denuncia é adquirida num dado momento. Esta pode acontecer durante o parto ou em qualquer outro momento da vida do ser humano. A altura em que a surdez surge na vida de uma pessoa pode fazer toda a diferença. Se for antes da aquisição da linguagem, isto é pré-locutória as suas consequências serão muito mais avassaladoras do que uma surdez pós-locutória (Jiménez et al, 1997; Nunes, 1998; citado por Afonso, 2007).

Nunes (s/d) refere que a surdez pode ser consequência de uma lesão no ouvido interno ou no nervo acústico e a sua etiologia pode ser congénita ou adquirida. Assim, apresentamos um quadro representativo das causas da surdez.

**Quadro 1 – Causas da surdez**

<b>Causas Pré-natais</b> (antes do parto)	<b>Causas Peri-natais</b> (durante o parto)	<b>Causas Pós-natais</b> (depois do parto e no decurso da vida)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hereditárias (25% a 50% das causas);</li> <li>- Malformações congénitas por infeções virais ou bacterianas intrauterinas (ex: rubéola, sarampo, sífilis, citomegalovírus, herpes simplex, toxoplasmose);</li> <li>- Intoxicações intrauterinas (ex: álcool, drogas, quinino);</li> <li>- Alterações endócrinas (ex: patologias da tiróide, diabetes);</li> <li>- Carências alimentares (ex: vitamínicas);</li> <li>- Agentes físicos (ex: raios x, radiações).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatismos obstétricos (ex: hemorragias no ouvido interno ou nas meninges);</li> <li>- Anóxia (falta de oxigénio);</li> <li>- Incompatibilidades sanguíneas (do fator Rh podem provocar danos no Sistema Nervoso Central).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças inoficiosas;</li> <li>- Bacterianas (ex: meningites. Otites, inflamações agudas ou crónicas das fossas nasais ou da naso-faringe);</li> <li>- Virais (ex: encefalites, varicela);</li> <li>- Intoxicações (ex: alguns antibióticos, ácido acetilsalicílico, excesso de vitamina D que pode provocar lesão com hemorragia ou infiltração calcária nas artérias auditivas);</li> <li>- Trauma acústico (ex: exposição prologada a ruídos nos locais de trabalho ou em recintos de diversão; sons de elevada intensidade e de curta duração, como nas explosões e na caça; diferenças de pressão, como no caso dos mergulhadores);</li> <li>- Traumatismos crânio encefálicos (ex: acidentes);</li> <li>- Causas desconhecidas ou idiopáticas (em grande percentagem).</li> </ul>

Retirado de (Spínola & Spínola, 2009, p.6)

De acordo com Afonso (2007, citado por Viader, 1994; KirK & Gallagher; 1995; Ysseldyke & Algozzine, 1995; Lima, 1994), para além da classificação da causa, outro aspeto a considerar na classificação da surdez é o tipo. Este pode ser: surdez de transmissão ou condução, quando existe uma lesão no ouvido externo ou no ouvido médio. Neste caso a percepção da fala não fica muito afetada e o máximo de perda auditiva, situa-se nos 60dB; surdez neuro-sensorial ou de percepção – quando existe uma lesão no ouvido interno ou nas vias e centros nervosos. Nestas circunstâncias a perda auditiva já é bastante acentuada e com consequências graves já que afeta a percepção do som. Uma pessoa com esta perda auditiva não consegue ouvir a sua própria voz. Por fim

a surdez mista, onde a lesão está localizada no ouvido médio e interno, neste caso os componentes de transmissão e percepção estão afetados.

Assim sendo, pode-se dizer que o tipo de surdez é determinado pelo local da lesão.

Por último o grau de surdez, que é outra particularidade a ter em conta na caracterização da deficiência auditiva.

Para Marchesi (1993, citado por Estrada, 2009), o grau de surdez influencia decididamente o desenvolvimento dos surdos, ao nível das competências linguísticas, cognitivas, sociais e educativas.

De acordo com Nunes (1998, citado por Afonso, 2007) o grau de surdez é definido com base na aplicação do índice de Fletcher que considera, a partir da via aérea, a média do limiar auditivo nas frequências 500, 1 000, e 2 000 Hz, sendo que um Hertz (Hz) é a unidade de medida da frequência de um som e corresponde a um ciclo de segundos.

Para Bautista (1997, p. 350) “o grau de perda auditiva é calculado em função da intensidade necessária para amplificar um som de modo a que seja percebido pela pessoa surda”. A amplificação é medida em decibéis (dB), a décima parte do bel.

Nunes reitera ainda que o grau de perda auditiva, por si só, não é determinante na utilização da função auditiva, pois há surdos que utilizam a audição a 90% e outros apenas 10%. Importa considerar distorções frequências e temporais, no processo global da percepção da fala.

### **3. Momento da aquisição da surdez**

Os problemas da audição deverão ser detetados e tratados tão cedo quanto possível, em benefício do desenvolvimento linguístico, intelectual, social e emocional da criança (Bautista, 1997).

Se a criança nasceu surda ou ensurdeceu nos primeiros meses de vida, esse surdo é chamado de pré- linguístico, ou seja, não teve acesso à língua materna.

O surdo pós-linguístico é aquele que teve contato com a língua materna, adquirindo os conceitos dessa língua. Comumente tem condições de

continuar a utilizar a língua materna mediante um ensino especializado e através de sua memória auditiva. São aqueles surdos que mesmo, tendo perda sensorial neural, de grau severo ou profundo, fala e escreve com relativa facilidade.

A aquisição da linguagem numa criança portadora de deficiência auditiva está profundamente comprometida, uma vez que esta se processa por etapas. A interação verbal e não-verbal, a estimulação linguística e, se a hipoacusia é adquirida antes ou depois da iniciação da linguagem, ou depois da aquisição da leitura e da escrita, têm influência direta no processo de aquisição da linguagem. Para Marchesi (1993) e Monreal e seus colaboradores (1995) as experiências linguísticas vividas até aos três anos de idade, não parecem assumir especial importância no desenvolvimento linguístico (Estrada, 2009).

Reynell e Gruber (1990) afirmam que através da audição o sujeito compreende a linguagem oral, forma conceitos e estabelece correlações entre eles. Pode expressar-se através da fala, se as suas capacidades articulatórias o permitirem. “Deste modo, fica evidente a importância da audição para o desenvolvimento da linguagem oral, assim, qualquer prejuízo da audição interfere na comunicação oral como um todo” (Stuchi et al., 2007, p.16).

De acordo com Law e colaboradores (2001, citado por Stuchi et al., 2007), as experiências auditivas associadas a informações oriundas dos outros órgãos dos sentidos, promovem a aquisição da linguagem oral bem como a construção de conceitos.

#### **4. Grau de perda auditiva**

Podemos considerar como surdo o indivíduo cuja audição não é funcional na vida comum e parcialmente surdo aquele cuja audição, ainda que deficiente, é funcional com ou sem prótese auditiva.

Para Bautista (1997, p.350) “o grau de perda auditiva é calculado em função da intensidade necessária para amplificar um som de modo a que seja percebido pela pessoa surda”. A amplificação é medida em decibéis (dB), a décima parte do bel. Não há consenso no que respeita aos níveis de perda

auditiva. No quadro 1 apresentamos duas classificações internacionais: *Comité Internacional BIAPOZ* e ANSI.

**Quadro 2** - Classificação de perda auditiva de acordo com o Comité Internacional BIAPOZ e ANSI

Grau	Perda	Em dB	Percepção Sonora
Normal	0-20	0-15	- Normal
Ligeira	21-40	16-25	- Não percebe a voz sussurrada -Pode perceber as consoantes surdas
Leve		26-40	Percebe os sons mais sonoros da fala
Média ou Moderada	41-70	41-65	-Recorre à leitura labial para perceber uma conversa normal
Severa	71-90	66-95	- Só percebe se se gritar junto ao ouvido
Profunda 1 <sup>¼</sup> 2 <sup>¼</sup> 3 <sup>¼</sup>	91-119 = 90 91-100 > 100	> 95	- Não percebe a fala, só ouve ruídos intensos
Total	> 120		- Não ouve nada
	BIAPOZ	ANSI	

(Spínola & Spínola, 2009, p. 5)

De acordo com o Bureau Internacional d'Audio-Phonologie o grau de perda auditiva pode subdividir-se em grupos, desde a audição normal à cofose.

Kirk e Gallager (1991, citado por Estrada, 2009) relacionam o grau de perda auditiva com a necessidade ou não do uso de próteses auditivas. À medida que o grau de perda auditiva e a dificuldade de percepção do som aumentam, aumenta a necessidade de recurso a ajudas técnicas. O recurso a ajudas técnicas, nomeadamente a aparelhos auditivos, deve acontecer o mais precocemente quanto possível, no sentido de favorecer a aquisição da linguagem.

De acordo com Nunes (s/d) quanto mais cedo a criança usar aparelho auditivo mais fácil será a sua adaptação ao mesmo.

Como se pode observar no quadro 2, quanto maior é o grau de surdez, maior a dificuldade na utilização da audição no processo comunicativo.

**Quadro 3** – Grau de perda auditiva e consequências na percepção sonora

<b>Grau</b>	<b>Perda</b>	<b>Percepção sonora</b>
Normal	0-25 dB	- Normal
Ligeira	26-40 dB	- Percebe fonemas; - Voz distante; - Não impede a aquisição normal da linguagem; - Dificuldade articulatória, na fala ou na escrita.
Média ou moderada	41-55 dB	- Percebe a palavra, voz de intensidade elevada; - Atraso na linguagem, alteração e dificuldade na fala; - Dificuldade na discriminação auditiva; - Identifica as palavras significativas; - Utiliza a percepção visual.
Severa	56-70 dB	- Não permite ouvir o telefone, a campainha ou a televisão; - Necessita de apoio visual para compreender a fala.
Profunda	71-90 dB	- Identifica alguns ruídos familiares, voz forte; - Utiliza a percepção visual.
Total	> 91 dB	- Não percebe nem identifica a voz humana; - Não tem conhecimento do mundo sonoro; - Podem perceber sons altos e vibrações.

(Kirk & Gallager, 1991; González, s/d, citado por Estrada, 2009).

Nunes reitera ainda que o grau de perda auditiva, por si só, não é determinante na utilização da função auditiva, pois há surdos que utilizam a audição a 90% e outros apenas 10%. Importa considerar distorções frequências e temporais, no processo global da percepção da fala.

**CAPÍTULO IV - METODOLOGIAS EDUCACIONAIS**

## 1. Oralismo

O oralismo é uma corrente comunicativa muito utilizada na educação dos surdos no século XIX que subsistiu até os anos 70.

Na história da educação dos surdos houve uma época que a Língua de Sinais era aceita e valorizada, mas a partir do congresso de Milão de 1880, a Língua de Sinais foi banida completamente da educação de surdos, impondo ao povo surdo o oralismo. Devido à evolução tecnológica que facilitava a prática da oralização pelo sujeito surdo, o oralismo ganhou força a partir da segunda metade do século XIX.

Entre 1906 e 1991, o Método oralista, tinha por objetivo integrar a criança surda na comunidade ouvinte desenvolvendo a língua oral, a qual é considerada como única forma de comunicação dos surdos. Esta filosofia define a surdez como uma deficiência que deve ser estimulada (Goldfeld, 2002).

De acordo com Quadros (1997), o processo de aquisição da linguagem da criança surda não se processa da mesma forma que na criança ouvinte, uma vez que este processo exige um trabalho sistemático e formal. O oralismo, é uma proposta educacional que não permite que a língua de sinais seja usada quer na escola quer na família, ainda que esses contextos sejam constituídos por surdos e usuários da língua de sinais. De acordo com Skliar (1997, p. 113) “o oralismo (...) supõe que é possível ensinar a linguagem e sustenta a ideia de que existe uma dependência unívoca entre a eficiência ou eficácia oral e o desenvolvimento cognitivo. “Os oralistas acreditam e defendem que a língua oral é a única forma desejável de comunicação do surdo rejeitando totalmente a gestualização. Para eles a linguagem gestual dificulta a evolução natural da linguagem oral.

Também (Goldfeld, 2002, p. 33) refere que “O oralismo ou filosofia oralista visa a integração da criança surda na comunidade de ouvintes...O oralista percebe a surdez como uma deficiência que deve ser minimizada pela estimulação auditiva. Segundo os oralistas esta estimulação possibilitaria a aprendizagem da língua oral e assim integrar-se na comunidade ouvinte por forma a ser reabilitada e aproximar-se o mais possível da normalidade.

Ou seja, "o objetivo do oralismo é fazer uma reabilitação da criança surda em direção à normalidade, à não surdez" (Goldfeld, 2002, p.34).

Relativamente à aquisição da linguagem oral, Duffy constatou que, apesar de todo o investimento na oralização, a criança surda apenas consegue reter, através da leitura labial, 20% do teor da mensagem e esta apenas é compreendida por aqueles que com ela convivem habitualmente (Quadros, 1997).

## **2. Comunicação Total – Bimodalismo**

A Comunicação Total foi desenvolvida em meados de 1960, após o fracasso de oralismo puro para muitos surdos, que não tiveram o sucesso esperado na leitura de lábios e emissão de palavras. Consistia no uso simultâneo de palavras e sinais, ou seja, no uso simultâneo de uma língua oral e de uma língua sinalizada. Esta é utilizada não como elemento fundamental mas como um recurso para o ensino da língua oral – a Comunicação Total. Para Goldfeld (2002, p.38), a filosofia de comunicação total preocupa-se com os processos de comunicativos entre os surdos e estes com os ouvintes, com a aprendizagem da língua oral por parte das crianças surdas mas "acredita que os aspetos cognitivos, emocionais e sociais não devem ser deixados de lado em prol do aprendizado exclusivo da língua oral."

Se por um lado o oralismo é considerado como uma imposição social de uma comunidade majoritária sobre uma comunidade minoritária, surda, o bimodalismo é considerado artificial e inadequado, pois descaracteriza tanto a língua de sinais como o português escrito. O bimodalismo demonstrou que, entre as crianças surdas e os seus pares ouvintes, há uma discrepância considerável no que diz respeito ao conhecimento de conteúdos escolares e da língua portuguesa escrita e falada (Sánchez, 1992; Ferreira Brito, 1990; Skliar et al., 1995, citado por Quadros, 1997).

A linguagem deveria definir-se independentemente da modalidade, seja auditivo-oral ou viso-gestual. Assim, a língua oral e a língua de sinais não são divergentes, apenas utilizam diferentes canais para a transmissão e para a receção da capacidade – *mental* – da linguagem (Skliar, 2001).

### 3. Bilinguismo

O bilinguismo é baseado nos princípios sócio-antropológicos e defende a legitimidade das minorias linguísticas. Acredita que o surdo deve adquirir duas línguas, sendo a primeira a língua gestual e como segunda língua, a língua oficial do seu país. Para isso é necessário que as crianças tenham primeiro contacto com pessoas fluentes na língua gestual, no nosso caso a LGP e só depois o português que pode ser escrito ou oral.

Para Marques (2008,s/p.),“O bilinguismo precoce, no caso da surdez, é de vital importância pois permite ao surdo desenvolver-se cognitivamente (memória, capacidade de observação e de abstração), adquirir conhecimentos acerca do mundo que a rodeia e aculturar-se quer ao mundo dos surdos, quer ao mundo dos ouvintes.”

Nesta linha de pensamento, “Os autores ligados ao bilinguismo percebem o surdo de forma bastante diferente dos autores oralistas e da Comunicação Total. Para os bilinguistas, o surdo não precisa almejar uma vida semelhante ao ouvinte, podendo aceitar e assumir a sua surdez” (Goldfeld, 2002, p.42).

O conceito principal da filosofia bilingue é que os surdos formam uma comunidade, com cultura e línguas próprias.

De acordo com Quadros (2008), a língua gestual é a língua natural dos surdos, a qual é adquirida de forma espontânea, quando estes estão inseridos num meio onde têm contacto com esta língua. Assim a língua gestual é um direito, uma vez que a língua oral é aprendida de forma sistematizada (citado por Rodrigues et al., 2012)

O bilinguismo para surdos atravessa a fronteira linguística e inclui o desenvolvimento da pessoa surda dentro da escola e fora dela, numa perspectiva sócio-antropológica (DGIDC, 2009).

Segundo Rodrigues (2012), a perspectiva de uma educação bilingue-bicultural não se circunscreve a aspetos linguísticos, psicológicos e pedagógicos mas também aspetos sociais, políticos e culturais.

Skutnabb-Kangas (1994, citado por Quadros, 1997) baseou as suas ideias nos direitos humanos linguísticos. Estes devem defender que todos os seres humanos têm o direito de se identificar com a sua língua materna, devem

ser respeitados e aceites; todos têm o direito de aprender integralmente a língua materna, nas modalidades escrita e oral, se fisiologicamente for possível. Pressupõe-se que as minorias linguísticas sejam educadas na sua língua materna, designadamente a língua de sinais para os surdos, em todas os contextos oficiais, nomeadamente na escola, e que qualquer mudança que ocorra na língua materna seja voluntária e não instituída de forma obrigatória. Tal como refere (Baptista, 2011, p.17), “O surdo deve ser instruído de forma a ser naturalmente bilingue, isto é, de forma a ser capaz de usar a LGP ou de usar a LP escrita sempre que a situação o exija, de forma a poder interagir com diferentes interlocutores e em diferentes contextos.”

#### **4. Escolas de referência para alunos Surdos – Enquadramento Legal**

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º3/ 2008 de 7 de Janeiro prevê, como modalidade específica de educação, a Educação Bilingue de alunos surdos, pela necessidade de concentrar estes alunos em comunidades linguísticas de referência (Gomes, 2009).

Nesta linha de pensamento Baptista (2011) afirma que,

“Se o surdo tem um cérebro exatamente igual ao do ouvinte, se tem a mesma aptidão para a linguagem e para a comunicação e se existem línguas visuais acessíveis ao surdo desde que nasce, temos todos os meios para criar os ambientes de aprendizagem adequados ao seu pleno desenvolvimento pessoal, à sua integração escolar e social e à sua qualificação para o mundo do trabalho.” (p.5).

Os pressupostos essenciais definidos pelo Ministério da Educação:

Reconhece-se o modelo de educação bilingue com base na equidade entre a LGP e a LP escrita, e na afirmação do grupo minoritário, pressupondo também um modelo bicultural.

Considera-se a LGP como a língua natural/materna do surdo, como primeira língua, e a LP escrita, e eventualmente falada, como segunda língua. O Português L2 para alunos surdos não pode ser encarado como uma língua estrangeira, mas como uma língua específica para alunos surdos.

Considera-se o surdo segundo o modelo antropológico da surdez.

Propõe-se uma abordagem visual do ensino, enquadrada por uma “pedagogia surda”

Para Baptista (2011, p.7) é de extrema relevância “A criação de uma rede de escolas de referência para alunos surdos em Portugal, garantindo um ensino bilingue que assegura o pleno desenvolvimento cognitivo e comunicativo da criança surda e promove a sua integração escolar e social, é o reconhecimento do direito à diferença de uma minoria que tem uma língua e uma cultura próprias.”

#### **4.1 Enquadramento das Escolas de Referência**

O decreto-Lei 3/2008 define a EE como uma educação inclusiva e social, no acesso a um sucesso educativo, na autonomia, na estabilidade emocional bem como na promoção de igualdade de oportunidades, na preparação para o prosseguimento de estudos ou ainda para uma adequada preparação para a vida profissional. Com esta reorganização da EE, efetuada pelo Ministério da Educação, levou a alterações significativas na escola portuguesa. Com este novo diploma criou-se uma rede de escolas de referência para o ensino bilingue de alunos surdos a ser integrado obrigatoriamente no currículo.

No sentido da adequação do processo de acesso ao currículo por parte dos alunos surdos, entende-se segundo o DL nº3/2008, que os alunos surdos deverão estar inseridos em ambientes bilingues adequados ao desenvolvimento da LGP enquanto sua língua natural e por consequência primeira língua de acesso ao currículo e também à Língua Portuguesa na sua vertente escrita e eventualmente falada (DGIDC, 2008).

Sendo a maior parte das crianças surdas filhas de pais ouvintes e não tendo, por isso, acesso à língua gestual, torna-se necessário que estas crianças estejam inseridas em comunidades linguísticas promotoras do desenvolvimento da LGP, nas quais a existência de grupos de socialização que comuniquem em LGP seja uma realidade, em suma, as escolas de referência.

As escolas de referência constituem, portanto, uma resposta educativa especializada, concentrando os alunos surdos em grupos ou turmas com o

objetivo de desenvolver metodologias e estratégias de intervenção interdisciplinar, adequadas ao ensino bilingue de alunos surdos (DGIDC, 2008).

Para que estejam reunidas as condições necessárias, em termos humanos e em termos materiais, estas escolas terão de reunir um conjunto de docentes, de formadores de LGP e de técnicos, assim como os equipamentos necessários de forma a permitirem que os alunos tenham o sucesso esperado no acesso ao currículo, conforme determina o Decreto-Lei 3/2008. O funcionamento das escolas de referência e segundo Crespo et al. (2008) deverá articular-se com os serviços de intervenção precoce, possibilitando às crianças surdas desde muito cedo o contacto com a LGP. Esta articulação irá facilitar a inserção das crianças no jardim-de-infância, num grupo em que seja estimulado o uso da língua gestual.

Mediante o referido normativo, existem um conjunto de objetivos que estas escolas de referência devem tentar atingir, nomeadamente:

“- Assegurar o desenvolvimento da língua gestual portuguesa como primeira língua dos alunos surdos;

- Assegurar o desenvolvimento da língua portuguesa escrita como segundo língua dos alunos surdos;

- Assegurar às crianças e jovens surdos, os apoios ao nível da terapia da fala, do apoio pedagógico e do reforço das aprendizagens, dos equipamentos e materiais específicos, bem como de outros apoios de que devam beneficiar;

- Organizar e apoiar os processos de transição entre diferentes níveis de educação e ensino;

- Organizar e apoiar os processos de transição para a vida pós-escolar;

- Criar espaços de reflexão e partilha de conhecimentos e experiências, numa perspetiva transdisciplinar de desenvolvimento de trabalho cooperativo, entre profissionais com diferentes formações que desempenham as suas funções com os alunos surdos;

- Programar e desenvolver ações de formação em língua gestual portuguesa, para a comunidade escolar e para os familiares dos alunos surdos;

- Colaborar e desenvolver com as Associações de Pais e com as Associações de Surdos ações de diferentes âmbitos, visando a interação entre comunidade surda e a comunidade ouvinte (DGIDC, 2008, p.40).

A prossecução destes objetivos deve ser assegurada pelos órgãos de gestão das escolas ou agrupamentos que têm no seu seio escolas de referência.

Colocar a LG ao alcance de todos os surdos deveria ser o princípio linguístico sobre o qual deve assentar qualquer projeto educacional, como um direito dos surdos e não uma concessão das escolas (Coelho, 2005).

Vygotsky foi o primeiro autor a considerar a língua de sinais como uma língua (apesar de continuar denominando-a de mímica), e de utilizá-la na educação, sugerindo que a educação ideal para a criança surda deve ser baseada na poliglossiaótica (citado por Goldfeld, 2002). “As investigações psicológicas, experimentais e clínicas demonstram que a poliglossiaótica, isto é, o domínio de diferentes formas de linguagem...é uma via inevitável e a mais frutífera para o desenvolvimento da linguagem e para a educação da criança surda (1989, p.191) ... Só o estudo profundo das leis de desenvolvimento da língua e a reforma radical do método de formação da linguagem poderá levar nossa escola a vencer real e não aparentemente à mudez da criança surda. Isto significa que praticamente, devemos utilizar todas as possibilidades da atividade articulatória do surdo, sem tratar com altivez e desprezo a mímica e sem trata-la como uma inimiga, compreendendo que as diferentes formas de linguagem podem ser não só competitivas entre si, impedindo reciprocamente seu desenvolvimento, como também como degraus pelos quais a criança surda ascende ao domínio da linguagem (1989c, p.192) ” (citado por Goldfeld, 2002).

#### **4.1.1. Vantagens da criação de escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos:**

- A não desvalorização da Língua Portuguesa (oral e escrita) em detrimento da Língua Gestual Portuguesa;
- Possibilitam aos participantes ouvintes a aprendizagem da LGP e assim, fomentam a comunicação entre duas comunidades com sistemas simbólicos distintos;

- Os técnicos envolvidos articulam, acompanham e asseguram uma transição equilibrada entre os diferentes níveis de ensino, na transição para a vida pós-escolar e/ ou no prosseguimento de estudos.

#### **4.1.2. Desvantagens da criação de escolas de referência para a educação bilíngue de alunos surdos:**

- A existência de turmas constituídas única e exclusivamente por alunos surdos, pode comprometer o desenvolvimento da Língua Portuguesa (falada) ficando assim em clara desvantagem face à LGP;
- Geograficamente, as escolas distam a muitos quilómetros da área de residência (reduzido número de escolas de referência), submetendo os alunos a grandes deslocações;
- Carência de docentes habilitados em LGP, no 2.º e 3.º ciclo, as aulas lecionadas por docentes ouvintes são traduzidas por um intérprete de LGP (não docente). O ideal seria o docente de qualquer disciplina, saber LGP. A presença de um intérprete de LGP na sala de aula leva o aluno a focar a sua atenção neste, não interagindo com o professor de uma determinada disciplina ou área curricular.

O objetivo principal, da criação de escolas de referência para o ensino bilíngue, é o de reunir recursos humanos e meios materiais que possam contribuir para a inclusão social e educativa, para a autonomia e para a estabilidade emocional dos alunos surdos (DGIDC, 2009).

**CAPÍTULO V- IMPLICAÇÕES DA SURDEZ**

## **1. Desenvolvimento da linguagem oral na criança ouvinte e na criança surda**

A linguagem é determinante no desenvolvimento cognitivo de qualquer criança, seja ela surda ou ouvinte. Já que é através da linguagem que medeia o acesso aos objetos, através de sistemas simbólicos de que dispõe entre eles e a língua.

Ainda que a criança surda se depare com muitas dificuldades devido aos aspetos do desenvolvimento linguístico, as suas capacidades de desenvolvimento de estruturas e funções cognitivas são as mesmas que as das crianças ouvintes.

Saussurre é considerado o pai da linguística por ter sistematizado os conceitos linguagem, língua, fala e signo linguístico em 1916. Foi a partir deste autor que a Linguística passou a ser reconhecida como ciência.

Já Vygotsky (1989) percebe a linguagem não apenas como uma forma de comunicação, mas também como uma função reguladora do pensamento. A linguagem constitui o sujeito, a forma como este recorta e percebe o mundo e a si próprio. (Goldfeld, 2002, p.18).

Também Goldfeld (2002, p. 19) diz que a “Linguagem é tudo que envolve significação, que tem um valor semiótico e não se restringe apenas a uma forma de comunicação. É pela linguagem que se constitui o pensamento do indivíduo. Assim a linguagem está sempre presente no sujeito, mesmo nos momentos em que este não está-se comunicando com outras pessoas. A linguagem constitui o sujeito, a forma com este recorta e percebe o mundo e a si próprio”.

Para Bakhtin, a língua é o elo de ligação entre o psiquismo e a ideologia, que forma uma relação dialética indissolúvel: a consciência necessita da ideologia para desenvolver-se; por outro lado, a ideologia é criada com base nas relações entre os indivíduos...Na teoria deste autor o indivíduo constitui-se socialmente e influencia o meio social por meio de sua fala, suas interações. (Goldfeld, 2002).

Tal como a criança ouvinte, também a criança surda herda a capacidade para adquirir e desenvolver a linguagem. No entanto, o tipo de informação linguística que lhe permite acionar os processos de aquisição não pode ter por

base as trocas áudio-linguísticas da linguagem oral. A visão é o canal preferencial de acesso e o sistema linguístico adquirido, natural e espontaneamente, é uma língua gestual. (Sim-Sim, 2005).

Vygotsky introduz na sua teoria a noção de *significado* e de *sentido*. No primeiro caso a aquisição da linguagem não determina quando a criança pode dominar as estruturas linguísticas, já que os significados continuam evoluindo. No segundo caso o sentido, depende da história do indivíduo e do contexto no qual o diálogo ocorre (Goldfeld, 2002).

A linguagem é essencial ao ser humano para o estabelecimento de vários tipos de relações, para a expressão do pensamento e a constituição da subjetividade. Vygotsky ainda faz a relação entre desenvolvimento e aprendizagem, concluindo que a aprendizagem impulsiona o desenvolvimento. E nesse ponto introduz os conceitos de zona de desenvolvimento proximal, potencial e real (RVCSO, 2007).

Conquanto a audição seja o canal importante na aquisição da linguagem, não é o único. A linguagem pode ser percebida pelos diversos órgãos do sentido e por isso distinguimos linguagem oral e linguagem visual. A criança surda não pode adquirir uma linguagem oral, mas o sentido da visão permite-lhe a aquisição de um tipo específico de linguagem visual, a linguagem de sinais.

Entende-se por linguagem tudo quanto serve para expressar ideias, sentimentos, modos de comportamento. Linguagem também é todo sistema de signos que serve de meios de comunicação entre indivíduos e pode ser percebido pelos diversos órgãos do sentido, o que leva a distinguir-se uma linguagem visual, uma linguagem auditiva, uma linguagem tátil, etc.

Para Vygotsky (1989, p. 104), “O significado da palavra é um fenômeno de pensamento na medida em que o pensamento ganha corpo por meio da fala, e só é um fenômeno da fala na medida em que esta é ligada ao pensamento, sendo iluminada por ele. É um fenômeno do pensamento verbal, ou da fala significativa, uma união da palavra e do pensamento” (Citado por RVCSO, 2007).

Um conceito importante de Vygotsky é de que o processo de aquisição da linguagem pela criança segue o sentido do exterior para o interior, ou seja, do meio social para o indivíduo. Isso marca a importância das relações sociais

e linguísticas no desenvolvimento da criança. Nas palavras de Vygotsky: “A natureza do próprio desenvolvimento se transforma do biológico para o sócio-histórico. O pensamento verbal não é uma forma de comportamento natural e inato, mas é determinado por um processo histórico-cultural e tem propriedades e leis específicas” (citado por RVCS, 2007).

Devido à grande importância das relações sociais e linguísticas no desenvolvimento da criança, os casos de atraso de linguagem pode também ser analisado sobre a ótica do meio social. Especificamente nas crianças surdas, os problemas comunicativos, e conseqüentemente as questões relacionadas à cognição, não têm origem na própria criança, mas no meio social em que ela está inserida, que frequentemente não é adequado, pois não utiliza a língua que essas crianças tenham condições de adquirir naturalmente, que é a língua gestual.

Passar das experiências sensoriais para conceitos abstratos exige linguagem. Durante o seu desenvolvimento, a criança adquire inconscientemente informações linguísticas pelo uso das palavras. A criança surda, por estar no meio social que faz uso da língua oral, é privada de informações linguísticas. A dificuldade de acesso a um código simbólico ou a sua língua natural, mantém a sua atividade cognitiva orientada pelas percepções dos outros órgãos do sentido produzindo um tipo de pensamento mais concreto, já que é por meio da linguagem que ela pode desvincular-se cada vez mais do concreto e assimilar conceitos abstratos.

Devido a esse pensamento concreto, as pessoas ouvintes sempre consideraram os surdos como incapazes intelectualmente ou relacionam a surdez com a deficiência mental. Os surdos que não adquirem uma língua têm dificuldades de perceber as relações e o contexto mais amplo das atividades em que está inserido. Embora se saiba que as dificuldades cognitivas desses surdos são conseqüências do atraso na linguagem ainda existem situações em que o surdo é tratado como incapaz. É importante que a sociedade ofereça condições dignas de sobrevivência para os surdos, começando por criar ambientes que permitam o desenvolvimento dos surdos em todas as suas potencialidades.

Seguindo esta linha de pensamento, “A criança surda possui fala egocêntrica na mesma proporção que desenvolve sua fala social, em outras

palavras, o instrumental linguístico que a criança surda domina socialmente será utilizado também para pensar, mas se a criança não se desvincula do ambiente concreto ela não terá condições favoráveis de desenvolver as funções organizadoras e planejadora da linguagem satisfatoriamente” (Goldfeld, 2002, p. 63).

Denote-se que a criança surda com atraso na linguagem possui menos elementos para desenvolver a fala egocêntrica e interior, não se referindo apenas a quantidade de vocábulos que a criança domina, mas também ao grau de generalização das palavras.

Goldfeld cita um caso descrito por Sacks (1989) de uma ilha em Massachusetts, que tinha uma população com vinte e cinco por cento de surdos, devido a uma mutação genética. Praticamente todas as famílias dessa ilha tinham um membro surdo e por isso toda a comunidade aprendeu a língua de sinais. Esses surdos tiveram um acesso natural à sua língua e por isso desenvolveram suas capacidades intelectuais normalmente e realizavam atividades como todos os ouvintes da comunidade (Goldfeld, 2002, pp. 82-83).

Através deste exemplo, percebemos que a surdez não deveria prejudicar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança, e muito menos deveria ser encarada como uma deficiência que incapacita o indivíduo. Essas são características culturais da sociedade ouvinte que conduz à discriminação e marginalização dos surdos. O acesso natural à língua de sinais proporciona a aprendizagem e o desenvolvimento por caminhos também naturais. Vygotsky concluiu que as crianças surdas deveriam ter acesso à língua de sinais da mesma forma que as crianças ouvintes, ou seja, de forma natural, espontânea, seguindo as mesmas etapas. Isso é possível se a criança surda viver num ambiente em que as pessoas que convivem com ela utilizem a língua gestual, neste caso em especial, a família e a escola, mas num mundo ideal seria toda a sociedade como aconteceu na ilha de Massachusetts.

## **2. Linguagem, leitura e escrita da criança surda**

Atualmente, as condições para a aprendizagem da escrita dos alunos surdos não são as melhores: primeiro porque nem todas as crianças surdas chegam à escola com um bom domínio da sua língua de aquisição natural, ou seja, a LGP; segundo porque nem todos os professores ouvintes têm o domínio que seria desejável, da LGP para poder ensinar o Português escrito às crianças surdas; terceiro, porque nem todos os educadores surdos que dominam a GLP tem a formação pedagógica necessária; quarto não existe, ainda, os estudos linguísticos necessários a um conhecimento profundo da estrutura e funcionamento da LGP; quinto, porque ainda muito pouco se sabe sobre a especificidade do processo de aquisição da língua da criança surda em contacto com a LGP (Sim-Sim, 2005).

“A Língua Portuguesa escrita tem a função de permanência, de suporte conceptual, de registo de informação, dos saberes e do conhecimento. Mas só com a aquisição/aprendizagem da LGP como 1ª língua é possível a aprendizagem da língua portuguesa” (DGIDC, 2009, p.26).

No processo de construção de significado, os alunos baseiam-se em três tipos de conhecimento, nomeadamente o sistémico, o do mundo e o da organização de textos Lopes (1986, citado por Gomes, 2009). De acordo com Widdowson (1983, citado por Gomes, 2009) o conhecimento sistémico encerra os níveis de organização linguística, nomeadamente morfológicos, léxico-semânticos, sintáticos, fonético-fonológicos. O domínio destes conhecimentos permite a escrita de textos, orais ou escritos, gramaticalmente corretos. O conhecimento do mundo diz respeito a todas as experiências e vivências do mundo que o aluno reporta para a escola. O conhecimento textual remete para a forma como a informação é organizada em diferentes tipos de textos, orais ou escritos.

O desenvolvimento pleno das capacidades linguísticas, tanto na criança surda como na criança ouvinte, é determinante para o total desenvolvimento como pessoa. O ser humano privado de linguagem aniquila as suas potencialidades (Sim-Sim, 2005a).

Para que as crianças surdas realizem uma escolaridade com sucesso é necessário proporcionar-lhes precocemente o acesso à Língua portuguesa

escrita, como segunda língua, para que os surdos se tornem bilingues (Niza, citado por DGIDC, 2009)

Fatores determinantes como vocabulário pobre, fraco conhecimento da estrutura sintática, dificuldade ou impossibilidade de acesso ao código fonológico e limitação da capacidade de antecipação, de inferência e de organização, assumem uma importância fulcral na aprendizagem da leitura pela criança surda. São estes que distinguem a criança ouvinte da criança surda (Bautista, 1997). O mesmo autor refere que estudos realizados com surdos adolescentes mostram que há uma elevada percentagem de analfabetismo funcional, quer isto dizer que apesar de dominarem a técnica da leitura não interpretam o que leem.

Ao invés do que acontece com as crianças ouvintes, a aprendizagem da leitura e da escrita, por parte das crianças surdas, não pode partir da mobilização do conhecimento da língua oral mas sim pela aprendizagem do vocabulário escrito e pelo ensino explícito da estrutura gramatical da língua que a criança surda, quando desconhecadora da língua oral, acede ao conhecimento dessa língua e, assim, à extração de significado de material escrito (Sim-Sim, 2005).

Para Sim-Sim (2005a) o domínio da língua gestual permite à criança surda, o desenvolvimento de capacidades comunicativas, de organização e estruturação do pensamento. Assim, é capaz de fazer inferências sobre o real.

Contudo, para esta autora, o sucesso escolar depende da língua de escolarização, ou seja, a língua em que o aluno aprende a ler e a escrever e que serve como via para as aprendizagens escolares. O objetivo central do ensino da linguagem escrita prende-se com o desenvolvimento da autonomia do aluno, quer na procura quer no uso da informação recolhida, para a vida escolar e social.

O domínio da linguagem escrita permitiu o acesso às experiências e realizações ao longo da história da Humanidade possibilitando o acesso aos direitos inerentes à cidadania (Sim-Sim, 2005a).

A mesma autora afirma que a escrita possibilita ao ser humano a produção, a transformação e a transmissão de conhecimento, através do espaço e do tempo, e torna possível o acesso a níveis mais elevados de conhecimento e de formação profissional. O não domínio da proficiência da

escrita pode ser encarado como barreira ao desempenho de profissões especializadas e que exigem qualificações científicas ou tecnológicas diferenciadas.

Para Sim-Sim (2005a) a escola assume um papel de destaque no ensino da leitura e da escrita qualquer que seja a língua natural, uma vez que para qualquer sujeito a igualdade de oportunidades estará posta em causa se este não for competente na compreensão e na expressão escrita.

“Os iletrados do século XXI não serão aqueles que não sabem ler ou escrever, mas aqueles que não sabem aprender, desaprender e re aprender” (Toffler, citado por Sim-Sim, 2005, p. 28).

### **3. Relacionamento social**

Eduardo Sá (2001, citado por Spínola, 2009) realça a importância da relação da criança surda com os progenitores. Esta relação vai espelhar-se no tipo de relacionamentos estabelecidos ao longo da vida. Para além desta, a linguagem volta a assumir um papel de destaque, quer no acesso à informação quer na relação com os outros. (Spínola, 2009). “O indivíduo não é uma entidade separada que interage com o ambiente, mas sim uma parte inseparável do mesmo” (Papaila, Olds, Feldman, 2001, p. 36).

Santos (citado por Sim-Sim, 2005a) destaca a importância do relacionamento e da interação afetiva. Escassos contactos físicos com o outro resultam em consideráveis atrasos no desenvolvimento do sujeito.

Para Vigotsky a interação da criança com o adulto e o contexto sociocultural têm um impacto importante no desenvolvimento (Papaila, Olds, Feldman, 2001). Ao longo da vida, as interações comunicativas entre surdos e ouvintes são consideradas fator crucial de integração, em detrimento da interação entre a pessoa surda e outros surdos (Góes, 1999).

A surdez pode tornar-se num fator crucial no desenvolvimento sócio emocional. Contudo, não é o único. As especificidades do meio, a adaptação dos progenitores face à surdez, os recursos educativos e todas as interações que a própria criança estabelece, influenciam determinantemente esse desenvolvimento (Sim-Sim, 2005a).

Para Santos (2005) a socialização da criança surda e da ouvinte apresentam pontos comuns, no que ao desenvolvimento de competências sociais diz respeito. No entanto, há aspetos fundamentais a considerar, nomeadamente o ambiente linguístico em que a criança surda vai viver, bilingue ou não, a escolha das ajudas técnicas e o tipo de intervenção educativa a adotar (Sim-Sim, 2005a).

Em contexto escolar, para o sucesso educativo, Thompson (citado por Silva, 2005) refere que “o desenvolvimento sócio-emocional (compreensão dos sentimentos e perspectivas dos outros, cooperação com adultos e pares, autocontrolo emocional e comportamental, capacidade de resolução de problemas sociais de forma construtiva) ” são condições fundamentais a par das aptidões intelectuais e motivacionais (Sim-Sim, 2005a, p. 78).

Santos reforça a importância da aprendizagem de uma língua, especificamente a língua gestual. A aptidão para aprender a ler e a escrever, para aceder a informação e a relações interpessoais, estará severamente comprometida se a criança crescer com um défice linguístico. Assim segundo a mesma, “A aquisição de qualquer língua, oral ou gestual, é sempre um passaporte indispensável para o relacionamento social” (Sim-Sim, 2005<sup>a</sup>, p. 66).

Schum (2001, citado por Santos in Sim-Sim, 2005) refere que, em idade escolar, as crianças surdas procuram no outro uma proximidade linguística. Assim, manifestam uma maior interação social com os professores ou outros adultos do que com os seus pares ouvintes e as suas amizades com surdos tendem a ser menos duradouras. Antes da entrada na escola as crianças surdas criam amizades duradouras e não duradouras.

Silva (2005) descreve fatores que determinam o sucesso e o insucesso das crianças nos relacionamentos sociais, nomeadamente: o desenvolvimento da linguagem (oral ou gestual), as competências e as oportunidades comunicativas bem como as suas competências cognitivas, emocionais e sociais.

Na mesma linha de pensamento, Ogden (1999, citado por Santos, 2005) defende a importância da família na comunicação com a criança. O envolvimento da criança na rotina e nos acontecimentos da família é essencial para o desenvolvimento da autoestima e do autoconceito (Sim-Sim, 2005a).

A imagem que a criança surda tem de si própria, autoconceito, e o modo como reagem às adversidades em diversas fases do desenvolvimento, autoestima, exercem uma influência direta nas competências sociais.

O sentimento de autoconfiança, que se estabeleceu na infância, é indispensável para a boa integração do adulto surdo na vida ativa. Nesta, alguns atingem um nível satisfatório de integração, no entanto, há outros que se sentem incompreendidos pela comunidade ouvinte (Santos, 2005, in Sim-Sim, 2005a).

**CAPÍTULO VI - IMPLANTE COCLEAR**

## 1. Definição

O Implante Coclear (IC) é descrito na literatura como sendo “um transformador que transforma estímulos acústicos em estímulos elétricos. Estimula de forma elétrica e direta, o nervo auditivo na sua zona mais periférica onde as fibras nervosas se distribuem ao longo do ouvido interno, a cóclea” (Sim-Sim, 2008, p.79).

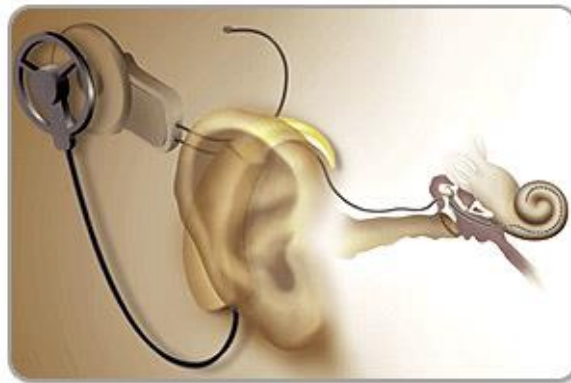
Segundo Magalhães (2007, s/p.) “O Implante Coclear constitui-se de prótese auditiva de carácter eletrónico, que substitui ou complementa a função das células ciliadas, ausentes ou danificadas da cóclea, as quais proporcionam estimulação elétrica às fibras do nervo auditivo, possibilitando percepção precisa dos sons, inclusive da fala”.

Para Baptista (2005) o IC transforma estímulos acústicos em estímulos elétricos. Este transdutor substitui as funções de todo o ouvido, desde a captação e transformação do som à estimulação direta do nervo auditivo (Sim-Sim, 2005b).

Este dispositivo elétrico é constituído por duas partes, uma parte interna e uma externa. A parte interna, que não é visível a partir do exterior, é introduzida por um processo cirúrgico no interior da cóclea, sendo constituída por um feixe de eléctrodos que enviam sinais acústicos que estimulam diretamente o nervo auditivo. A parte externa é constituída por um microfone, que tem por função captar os sons e os transmite a um processador da fala que descodifica e interpreta os estímulos auditivos recebidos, e um transmissor externo (bobina indutora) que os faz chegar à parte interna do implante através de um íman.

Seguidamente são apresentadas imagens do esquema do IC, parte interna e parte externa do IC (imagem 1).

Imagem 1



(Esquema do implante coclear em <http://www.implantecoclear.com.br/>  
Componente Externo e Interno)

Imagem 2



Imagem 3



**1-Parte externa (imagem 2)** composta por: microfone, processador de fala e antena transmissora

**2-Parte interna (imagem 3)** é composta por: um recetor-estimulador que inclui a antena interna, colocada cirurgicamente junto ao osso do crânio, atrás da orelha, sob a pele, e o feixe de eletrodos posicionado dentro da cóclea.

Convém clarificar que o IC não restaura a audição normal, mas facilita a percepção dos sons do meio, entre eles e os sons da linguagem, permitindo assim o processo de reconhecimento da mesma (Cardona, 2013).

O IC tem como objetivo primordial possibilitar o desenvolvimento da linguagem oral da criança surda. Este não restitui uma audição normal e a

natureza dos estímulos que proporciona apresenta diferenças notáveis, relativamente à estimulação acústica habitual. (Sim-Sim, 2005b).

## **2. Requisitos necessários para a realização do implante**

Presentemente, podem beneficiar do implante tanto as pessoas surdas congénitas como aquelas que já ouviram e mais tarde perderam a audição.

O processo de seleção das crianças para a realização do implante coclear em crianças é difícil e mais complexo do que o dos adultos e envolve vários fatores a serem tomados em consideração. Desta forma, a seleção dos pacientes que deverão ser implantados é composta por uma abordagem multidisciplinar, composta por médicos, técnicos de audiologia, psicólogos e assistentes sociais.

Os critérios para os surdos poderem ser implantados foi evoluindo, “Em 1994, Staller, Beiter e Brimacombe referiram como condição essencial para participar num programa de implante coclear o facto de o candidato ter de possuir as seguintes características: pelo menos dois anos de idade, pouco ou nenhum benefício na utilização de outros aparelhos auditivos; ter o nervo auditivo intacto viabilidade médica de cirurgia; ausência de doença latente no ouvido médio; ambiente educativo que enfatize o treino auditivo/oral; ter família e, se possível, o candidato estar altamente motivado e com expectativas realistas” (Sim-Sim, 2008, p.79).

Há não muito tempo, a idade mínima para implante coclear era de dois anos. Em 1998, o limite de idade diminui para 18 meses e atualmente é de 12 meses. A idade mínima de um ano é atualmente a recomendada na medida em que, antes desta idade existe maior risco cirúrgico e anestésico por lesão do nervo facial. Como o desenvolvimento da percepção da fala, a produção da fala e o desenvolvimento da linguagem iniciam-se precocemente, acredita-se que quanto mais precoce a colocação do implante coclear, maior benefício a criança surda terá posteriormente.

No entanto, o implante coclear para crianças menores de 12 meses permanece controverso, havendo autores que defendem os 8 meses como idade ideal para implante. Todavia nestes doentes (menores de 12 meses), a

avaliação audiométrica, intervenção cirúrgica e programação do aparelho no seguimento pós-operatório são mais difíceis. Contudo com a idade de 1 ano de vida o recesso do facial e o antro estão adequadamente desenvolvidos e a cóclea ao nascimento tem o tamanho da cóclea do adulto.

A idade de implantação cirúrgica apresenta, segundo vários autores, repercussões benéficas para a criança, quando reporta para os primeiros anos de vida (Harriset al, 2012). Cheng et al. (2012) e Clark, Wang e Riley (2012) verificaram nos seus estudos que crianças implantadas antes dos 18 meses de idade obtiveram resultados mais significativos na aquisição do processo da linguagem oral.

Oliveira (2005) refere que para a realização de IC há critérios audiológicos a considerar no indivíduo, designadamente, perda auditiva sensorioneural, severa ou profunda e bilateral igual ou superior a 90 dB (tendo por referência valores normais); resultado inferior ou igual a 30% no teste de reconhecimento de sons, sob as melhores condições, com Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). Para este autor, crianças implantadas com menos de 12 meses apresentam melhor desempenho, uma vez que há uma maior plasticidade auditiva.

Nesta linha de pensamento, crianças que nascem com perda auditiva podem ser implantadas a partir dos seis meses de idade. A idade ideal é antes dos dois anos. Após esta idade pode realizar-se o IC, contudo, os resultados serão melhores quanto menor for o tempo de espera para a intervenção (Magalhães et al, 2007).

Morais e colaboradores (2000), afirmam que o défice auditivo, superior a 90 dB, é um entrave à percepção e à emissão da fala na criança, ainda que no período pré-linguístico seja ainda o mais favorável ao IC (citado por Magalhães et al., 2007).

Nos trabalhos de Geers e Brenner (2003, citado por Brazorotto, 2008), nos Estados Unidos da América, com 181 crianças com IC, foram pesquisadas as características educacionais das crianças e as características das famílias. Indicam como condição determinante para a participação mais ativa da criança num ambiente escolar regular com seus pares ouvintes, a idade de implantação.

Baptista refere que os que se opõem ao IC, o fazem porque este anula irreversivelmente o ouvido natural. A utilização de qualquer outra prótese fica sobremaneira comprometida, privando a criança da cultura surda e não permitindo à mesma fazer parte do mundo ouvinte. Para os opositores ao IC, o indivíduo deve ser encarado numa perspetiva holística e não apenas nos seus ouvidos, tal como é feito entre a classe médica e da física.

De acordo com Manrique (2002) e colaboradores, para se proceder ao IC devem avaliar-se as competências audiológicas e comunicativas da criança. Deve proceder-se a uma avaliação neuro pediátrica e sócio educacional da criança e do seu ambiente, que possibilite a avaliação desta como um todo. Importa ainda referir que, apesar de todos os requisitos, é impossível prever, antes da cirurgia, os benefícios do IC na criança bem como a performance auditiva da mesma a longo prazo (Sim-Sim, 2005b)

### **3. Influência da idade de implantação nos resultados das crianças utilizadoras de implante coclear**

Para Oliveira (2005, p.270) a criança implantada num período pós-linguístico poderá trazer mais benefícios comparativamente com uma criança implantada num período pré-linguístico. “ (...) Adultos e crianças pós-linguísticos têm melhor performance auditiva do que crianças com surdez congénita.” Entenda-se performance auditiva como “a capacidade de “discriminar, detetar, identificar ou reconhecer a fala.”

Para Torres (1994, citado por Sim-Sim, 2005b) a escola contemporânea, fundamentada numa filosofia bilingue, antevê no IC uma nova direção para o bilinguismo, a qual terá como primeira língua a linguagem oral.

Para além dos requisitos físicos para a realização de IC na criança, há que considerar a motivação, o apoio e as expectativas da família.

Contudo, para Te (1996, citado por Baptista, 2005) os resultados obtidos em crianças pré-linguísticas não são, de modo algum, definitivos ou esclarecedores, uma vez que Portugal ainda não dispõe de dados que permitam compreender, efetivamente, as consequências a nível sociológico e psicológico da colocação do IC na criança (Sim-Sim, 2005b).

Após a cirurgia de IC, há um processo de reabilitação auditiva a desenvolver. O treino auditivo vai permitir à criança, desprovida de memória auditiva e de linguagem oral, desenvolver a percepção auditiva e a aquisição da linguagem. Esta reabilitação processa-se por etapas designadamente, deteção, identificação, discriminação, reconhecimento e compreensão. A reabilitação auditiva de crianças implantadas numa fase pós-linguística, processa-se de forma semelhante à das crianças implantadas numa fase pré-linguística.

Contudo, há uma diferença significativa a considerar, o vocabulário desenvolvido (Scaranello, 2005). Para Oliveira (2005, p. 270), “Crianças mais jovens implantadas têm melhor desempenho. Crianças maiores de 5 anos beneficiam mais do que com AASI, entretanto, menos do que as crianças com implante coclear em idade menor”.

A capacidade de percepção da fala aumenta progressivamente, durante um período de três a quatro anos, em crianças implantadas numa fase pré-linguística. “Em crianças implantadas com surdez pós-linguística, a melhoria da percepção da fala é rápida nos primeiros 6 meses e tem melhores resultados nos testes open set comparados com crianças com surdez pré-linguística” (Oliveira, 2005, p. 270).

O grau de sucesso do IC está profundamente associado à idade precoce da criança implantada, à terapia da fala e ao uso efetivo do mesmo. Assim, “ (...) Crianças implantadas aos 12 meses aprendem linguagem na mesma velocidade de crianças ouvintes de idade similar”. (Oliveira, 2005, p. 271).

Segundo Tavares et al (2012) o sucesso do implante coclear depende de muitos fatores tempo de surdez; potencial geral de desenvolvimento; possíveis condições concomitantes; idade à cirurgia; fatores anatômicos, fisiológicos e tecnológicos; e envolvimento familiar são alguns exemplos de variáveis reportadas como interferentes na eficácia do implante coclear.

#### **4. Vantagens e Desvantagens do Implante Coclear no Processo de Aquisição da Linguagem**

A incapacidade de comunicação oral é um dos maiores entraves para uma criança portadora de deficiência auditiva e, em contexto escolar, compromete a aquisição de competências (Almeida-Verduet et al., 2006).

Os estudos sobre a nova tecnologia de reabilitação, Implante Coclear (IC), dividem-se quanto às suas potencialidades, nomeadamente quanto às vantagens e desvantagens na aquisição da linguagem.

O IC não cura a surdez, mas fornece a sensação da audição à criança com surdez severa/profunda, com a qualidade necessária para a percepção dos sons da fala, o constitui uma mais-valia para alguém cujo acesso ao mundo sonoro foi impedido pela surdez. Com o apoio imprescindível dos pais e de todos os técnicos envolvidos poderá aprender a ouvir e, conseqüentemente a falar.

Para crianças com deficiência auditiva neuro sensorial pré-linguística, a aquisição das competências da linguagem oral está comprometida. Para Mesquita, et al, (2002) e Banhara et al., (2004), o IC representa uma poderosa ferramenta (...) e torna-se fundamental na construção da comunicação oral, porque ao fornecer adequada estimulação elétrica ao nervo auditivo, o IC possibilita que a criança com deficiência auditiva pré-linguística possa aceder a sons que até então não ouvia.

Segundo Tomblin et al (1999), “se o objetivo último dos IC’s é providenciar competências de comunicação funcional, o ganho comunicativo deve estender-se para além da percepção e produção de fala e incluir competências lexicais, gramaticais e discursivas necessárias a nível social e académico” (citado por Sim-Sim, 2005, p.107).

Com a realização do implante coclear a criança vai melhorar não só as suas capacidades auditivas e de linguagem, e na percepção e produção da fala, mas também noutros aspetos do dia-a-dia da criança relacionados com a sua qualidade de vida, como os aspetos físicos, psicológicos e de bem-estar social

Relativamente às despesas educacionais com crianças com deficiência auditiva, estudos realizados em Inglaterra, referem o IC como um investimento

importante na reabilitação auditiva, uma vez que este pode baixar os custos das mesmas Barton, Fortnum e Summerfield (2006, citado por Brazorotto data).

## **5. Desenvolvimento Socio emocional de Crianças Com Implante Coclear**

Estudos realizados por Magalhães e colaboradores (2007, p. 128) relacionam profundamente o desenvolvimento verbal com a idade em que criança foi submetida ao IC. Nas interações com os outros, o desenvolvimento verbal é um recurso auxiliar ao processo evolutivo socio emocional.“ (...) Quanto menor a idade da criança submetida ao I.C., maior é a probabilidade de um desenvolvimento socio emocional mais saudável.”

Virole (s/d), considera as consequências dos IC, no plano sócio afetivo de importância extrema, na medida que permite uma relação eficaz com o ambiente sonoro e daí resultam melhores interações.

Segundo um estudo feito por Morettin et al. (2013) tanto para as crianças quanto para os pais os resultados de percepção de fala estão correlacionados com a qualidade de vida, sendo que o estudo pode indicar que as percepções sobre o bem-estar dos usuários de IC são influenciadas por fatores que vão além da audição e capacidade de comunicação. Além disso, atualmente, os avanços nos hardware, software e tecnologia de processamento de fala dos IC têm afetado diretamente o desempenho e o sucesso, para melhorar, a compreensão de fala, tendo esses fatores sido considerados uma vez que podem, assim, influenciar nos resultados de qualidade de vida. Este estudo refere ainda que “quanto às diferenças na avaliação da qualidade de vida entre as crianças usuárias de IC, seus pais e crianças com audição, os dados não permitiram conclusões em relação a estas comparações.

O uso do implante coclear (IC) em crianças possibilita o desenvolvimento das habilidades auditivas e comunicativas, permitindo o progresso da criança na escola e, futuramente ser capaz de obter, manter e executar uma ocupação (Morettin M. et al., 2013).

Segundo um estudo feito por Fortunato-Tavares et al. (2012), onde foi utilizado o questionário *ChildrenwithCochlearImplants: Parent'sPerspectives*,

quanto melhor a comunicação oral da criança, mais independente esta é (melhor autoconfiança) e melhor a sua interação com amigos e familiares (relações sociais). Com relação ao resultado do implante, este está associado a uma melhor comunicação oral, melhora a autoconfiança da criança, o seu bem-estar e felicidade, e ainda as relações sociais o que conduz a um efeito positivo na educação.

## **2ª PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

**CAPÍTULO I – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

## **1. Metodologia da Investigação**

A parte do estudo empírico descreve o processo implícito à fase empírica da investigação.

Esta parte divide-se em três capítulos. No primeiro são abordados os procedimentos metodológicos. No segundo capítulo são apresentados e discutidos os resultados. O capítulo seguinte expõe as conclusões, as limitações e recomendações, precedendo a bibliografia utilizada neste estudo. Para finalizar são apresentados os anexos.

## **2. Formulação do problema**

Segundo Santos e Paulino (2006), o papel ativo dos professores e educadores é um elemento primordial para a eficácia do processo de inclusão e a sua ação pedagógica configura as suas experiências obtidas em diferentes contextos onde vivenciam emoções (Rodrigues, A, et al., 2012).

Pretendemos com este trabalho de investigação contribuir para um estudo mais aprofundado sobre a realidade da criança com IC, nomeadamente social e académico tendo sempre em linha de conta a sua comparação com crianças da mesma idade sem qualquer perda auditiva, dando continuidade ao trabalho realizado por Pinheiro V. (2011), onde foi aplicado o mesmo instrumento de investigação.

Uma vez que o número de alunos com IC têm vindo a aumentar e atualmente estão incluídos tanto nas escolas de referência como nas escolas regulares, o presente estudo mostra-se pertinente, pois pretendemos conhecer e analisar as percepções dos professores acerca dos resultados académicos, das capacidades comunicativas, sociais e de participação social, pessoal e académica dos alunos surdos com IC, em comparação com outras crianças da mesma idade que não têm perda de audição.

Desta forma, escolhemos a nossa pergunta de partida que determinou a realização deste trabalho e à qual se pretendeu obter resposta: na perspetiva dos professores, como é que o IC afeta a inclusão social e as capacidades comunicativas, os resultados académicos, pessoais e sociais de crianças, em comparação com outras da mesma idade sem perda de audição?

### **3. Objetivo de estudo**

#### **3.1 Objetivo Geral**

O objetivo geral deste estudo foi perceber e analisar as percepções dos professores sobre o desenvolvimento, pessoal, social e acadêmico da criança com IC em comparação com outras crianças da mesma idade, que não têm uma perda de audição.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Estabelecemos com objetivos específicos:

- Caracterizar as respostas educativas às crianças com IC.
- Identificar as competências comunicativas das crianças com IC em comparação com as crianças sem perda auditiva.
- Relacionar as respostas educativas com as capacidades comunicativas das crianças com IC em comparação com crianças sem perda auditiva.
- Compreender de que forma o IC influencia as capacidades comunicativas, as capacidades sociais e de participação, os resultados acadêmicos e a vida futura em comparação com crianças da mesma idade sem perda auditiva.

### **4. Identificação das hipóteses de estudo**

As hipóteses ajudam a estabelecer um vínculo entre as duas partes do presente trabalho, o enquadramento teórico e a parte empírica. Santaella (2001) salienta a importância da formulação de hipóteses como sendo o centro das pesquisas experimentais, pois nestas a observação de um facto leva o investigador a considerar causas ou consequências e a suposição formada

constitui-se na hipótese que só pode ser comprovada através da experimentação.

**H1-** Na perspectiva dos professores, os alunos com IC apresentam resultados acadêmicos inferiores em comparação com outras crianças da mesma idade sem perda auditiva.

**H2-** A percepção dos professores sobre o desenvolvimento pessoal, social e participação do aluno com IC em comparação com outras crianças da mesma idade sem perda de audição, varia significativamente de acordo com os anos de serviço e a formação do docente.

**H3-** Na opinião dos professores, as crianças com IC com menores capacidades comunicativas apresentam menor participação social, pessoal e acadêmica na vida escolar, em comparação com outras crianças da mesma idade sem perda auditiva.

**H4-** A percepção dos professores sobre o desenvolvimento pessoal, social e acadêmico, do aluno com IC em comparação com outras crianças da mesma idade que não têm uma perda de audição, varia significativamente de acordo com o tempo de implantação do aluno.

## **5. Tipo de estudo**

Para a concretização destes objetivos optamos por uma metodologia quantitativa, através de um instrumento já existente que foi adaptado ao objetivo do nosso estudo.

O instrumento utilizado foi o Questionário de Punch e Hyde (2010), adaptado, onde se pretende analisar a comunicação, os resultados sociais e acadêmicos e a autonomia das crianças com IC em comparação com crianças da mesma idade sem qualquer perda auditiva, a partir das perspectivas dos professores.

## 6. Caracterização da amostra

De seguida procede-se à caracterização dos participantes do estudo, realizada com base nos dados recolhidos através do questionário concebido para o efeito.

Ao analisarmos a amostra do nosso estudo, que se encontra na Tabela 1, 2 e 3, podemos verificar que é constituída por um total de 34 professores, sendo 3 (9%) do género masculino e 31 (91%) do género feminino. A média de idades é de 44,71 anos sendo a mínima de 34 anos e a máxima de 61 anos (Tabela 2). No que diz respeito às habilitações literárias, 8 tem licenciatura (23,52%), 18 pós-graduados (52,94%), 7 mestres (20,58%) e 1 doutoramento (2,94%).

Na amostra constatamos que relativamente ao grupo de recrutamento (GR) verificamos recolhas de vários GR destacando-se o GR 920 (Educação Especial 2) com 18 (52,94%) estando seguido pelo GR 110 (1º ciclo) com 9 (26,47%) e logo a seguir o GR 230 (Matemática e Ciências da Natureza), GR 250 (Educação Musical) e GR 500 (Matemática) perfazem 2 cada (5,88% cada) e por fim o GR 100 (Educação Pré Escolar) com 1 (2,94%).

Os questionários abrangem diferentes ciclos de ensino que incluem o Pré-Escolar com 3 inquiridos e que representa 9,09%, 1º Ciclo com 16 (48,48%), 2º Ciclo com 5 (15,15%), 3º Ciclo com 8 (24,24%) e um inquirido com 2º e 3º Ciclo (3,03%).

A média de tempo de serviço é de 21,97 anos, estando no intervalo de 10 a 20 anos 15 (44,11%), no intervalo 21 a 30 anos 12 (35,29%) e acima de 31 anos os restantes inquiridos (20,51%).

No que concerne à situação profissional, no momento em que se dispuseram a responder a este questionário, no Quadro de Agrupamento (QA) estão 28 (82,35%), no Quadro de Zona Pedagógica (QZP) estão 5 (14,70%) tendo o remanescente uma representação de 1 (2,94%).

## Crianças com Implante Coclear: Percepções dos professores

**Tabela 1-** Percentagem da amostra relativa ao género

Género	N	%
Masculino	3	8,82
Feminino	31	91,18

Legenda: N – número; % – percentagem

**Tabela 2-** Média de idades dos inquiridos

	N	Min	Max	M	DP
Idade	34	34	61	44,70588	8,465722

Legenda: M – média; N – número; Dp – Desvio padrão;

**Tabela 3-** Descrição da amostra

Variáveis	Grupo	Masculino		Feminino		Total	
		Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Habilitações Literárias	Licenciatura	1	<b>33,33</b>	7	<b>22,58</b>	8	<b>23,53</b>
	Pós Graduação	2	<b>66,67</b>	16	<b>51,61</b>	18	<b>52,94</b>
	Mestrado			7	<b>22,58</b>	7	<b>20,59</b>
	Doutoramento			1	<b>3,23</b>	1	<b>2,94</b>
Grupo de Recrutamento	100			1	<b>3,23</b>	1	<b>2,94</b>
	110	1	<b>33,33</b>	8	<b>25,81</b>	9	<b>26,47</b>
	230			2	<b>6,45</b>	2	<b>5,88</b>
	250			2	<b>6,45</b>	2	<b>5,88</b>
	500	2	<b>66,67</b>			2	<b>5,88</b>
	920			18	<b>58,06</b>	18	<b>52,94</b>
Ciclo que Leciona	Pré Escolar			3	<b>10</b>	3	<b>9,09</b>
	1º Ciclo	1	<b>33,33</b>	15	<b>50</b>	16	<b>48,48</b>
	2º Ciclo			5	<b>16,67</b>	5	<b>15,15</b>
	3º Ciclo	2	<b>66,67</b>	6	<b>20</b>	8	<b>24,24</b>
	2º, 3º ciclo e Sec.			1	<b>3,33</b>	1	<b>3,03</b>
Tempo de Serviço	10-20 anos	3	<b>100</b>	12	<b>38,71</b>	15	<b>44,11</b>
	21-30 anos			12	<b>38,71</b>	12	<b>35,29</b>
	31-40 anos			7	<b>22,58</b>	7	<b>20,58</b>
Situação Profissional	QA	2	<b>66,67</b>	26	<b>0,84</b>	28	<b>82,35</b>
	QZP	1	<b>33,33</b>	4	<b>0,13</b>	5	<b>14,71</b>
	C			1	<b>0,03</b>	1	<b>2,94</b>

## 7. Instrumentos

Para Quivy e Campenhoudt (1992), o inquérito por questionário tem a vantagem de ser possível quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder a numerosas análises de correlação.

O instrumento de recolha de dados utilizado neste trabalho foi um inquérito por questionário composto por perguntas fechadas, diretas ou de múltipla escolha, estruturado em duas partes. A primeira parte é composta por questões relacionadas com variáveis independentes, género, idade, habilitações literárias, grupo de recrutamento, ciclo de ensino, tempo de serviço e situação profissional. Na segunda parte foi utilizado o questionário adaptado de Punch e Hyde (2010) com o objetivo de conhecer as percepções relativamente ao impacto do IC no desenvolvimento pessoal e cognitivo dos alunos surdos em comparação com crianças da mesma idade sem perda auditiva.

O instrumento, é formado por três secções. Na primeira, os professores responderam a vinte questões, através das quais recolhemos informações sobre o aluno com IC, nomeadamente, idade, ano de escolaridade, idade de implantação, dificuldades de aprendizagem ou deficiência associadas, características da família (surda, surda e ouvinte, ouvinte) e o tempo de utilização do implante ao longo do dia; o contexto educacional e os apoios que lhe são prestados.

A segunda secção é formada por afirmações às quais os professores responderiam: 1- Discordo fortemente; 2- discordo; 3- nem concordo nem discordo; 4- concordo, 5- não aplicável, tendo em conta um conjunto de itens relacionados com: Capacidades de comunicação (CC); Capacidades sociais e participação (CSP); Resultados académicos (RA); vida futura (VF).

Na terceira e última secção, os docentes que foram convidados a participarem neste inquérito, teriam de classificar quatro Níveis: Níveis de Integração (Total; Seletivo; Nenhum); Níveis de Participação Académica (Competitivo; Ativo; Envolvido; Nenhum); e por fim Níveis de Participação Social (competitiva, Ativa; Envolvido; Nenhum), tendo sempre como comparação alunos da mesma idade sem perda auditiva.

## **8. Procedimentos metodológicos**

Para a realização deste estudo utilizámos o instrumento já utilizado por Pinheiro (2010), questionário adaptado de Punch e HYde (2010) porque nos permite conhecer as percepções dos professores a lecionar com crianças com IC. A versão final do mesmo foi aplicada a professores, a lecionar com crianças com IC, na zona Norte do país, dando assim continuidade ao trabalho já realizador. Os questionários foram entregues em mão ou distribuídos por correio eletrónico.

Os dados recolhidos foram codificados no programa de tratamento estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) 13.0 para Windows no sentido de serem submetidos a um conjunto de análises. Assim, foram efetuados testes de estatística descritiva, nomeadamente frequências e percentagens, médias e desvios padrão. Foram ainda utilizados testes de estatísticas inferenciais, particularmente os testes de estatísticas não paramétricas dada a não normalidade dos dados e o número reduzido de sujeitos da amostra.

**CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS  
RESULTADOS**

## 1. Resultados

### 1.1 Alunos do estudo, acompanhados pelos professores

Os professores da amostra responderam ao estudo referindo-se a 19 alunos do género feminino (56%) e 15 do género masculino (34%), com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos ( $M= 9,85$ ;  $DP=3,82$ ). Os alunos referidos beneficiaram de respostas educativas desde o JI ( $N=5$ , 15%) até ao 11.º ano ( $N=3$ , 9%), sendo que o maior número de alunos frequentava o 1º ciclo ( $N=14$ ; 41%). A família desses alunos é ouvinte ( $N=29$ , 85%) e surda/ouvinte ( $N= 5$ , 15%). Nenhum dos alunos é filho de pais surdos.

No que concerne às idades de implantação, estas variam desde 1 ano ( $N=3$ , 9%) até aos 5 anos ( $N=3$ , 9%), sendo que o maior número de crianças implantadas tinha 3 anos ( $N=7$ , 21%) e 4 anos ( $N=14$ , 41%). Todos os alunos envolvidos no estudo não apresentam dificuldades de aprendizagem associadas ou outro tipo de deficiência ( $N=33$ , 97%) e apenas 3% ( $N=1$ ) apresentam dificuldades adicionais. Todos os alunos ( $N=34$ , 100%) utilizam o IC, durante o tempo que permanecem em contexto escolar. O contexto educacional frequentado pelos alunos varia desde o Jardim-de-Infância (JI) completamente integrado ( $N=2$ , 6%), numa escola de ensino regular, completamente integrado ( $N=6$ , 18%), programa de EE para crianças surdas numa escola regular ( $N=9$ , 26%), até uma Escola de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos (EREBAS) onde se encontram metade dos alunos ( $N=17$ , 50%).

Mais de metade dos professores ( $N=22$ , 65%) são da opinião que os contextos educacionais que os alunos envolvidos frequentam vão ao encontro das suas necessidades. Dos professores ( $N=10$ , 29%) consideram que os contextos educacionais correspondem de forma razoável às necessidades e 3% ( $N=1$ ) pensam que correspondem pouco às necessidades dos envolvidos e um professor 3% ( $N=1$ ) referiu, ainda, que ia muito pouco ao encontro das necessidades da criança.

As metodologias educacionais, em contexto educacional, vão desde a terapia auditiva-verbal ( $N=3$ , 9%), auditiva oral ( $N=5$ , 15%), comunicação

simultânea (N=7, 21%) e bilingue (N=19, 56%).

O modo de comunicação mais utilizado pelos alunos envolvidos no estudo, na escola ou na turma, é o bilinguismo (com português escrito) (N=23, 68%) e em português (discurso e audição) (N=11, 32%).

Relativamente aos apoios prestados aos alunos, em contexto educacional, 29 crianças (85%) não recebem apoio por parte de um intérprete em Língua Gestual Portuguesa (LGP) o que corresponde à maior parte dos alunos e 5 (15%) beneficia desse mesmo apoio. Aos alunos, o apoio prestado verifica-se em LGP (N=4, 12%) e em português escrito (N=3, 9%). Todos os inquiridos responderam que as crianças recebem outros apoios na sala de aula, para além dos professores do ensino regular (N=34, 100%).

Analogamente com os pares da turma, os professores consideram que a maioria (N=27, 79%) apresenta resultados académicos na média da turma. Apenas 1 (3%) revelou resultados acima da média da turma e os restantes apresentam resultados abaixo da média da turma.

Dos professores que responderam ao inquérito, um comunica muito pouco (N= 1, 3%), outros comunicam pouco (N=5, 15%), mais de metade dos professores (N=18, 53%) comunica razoavelmente e (N=15, 44%) comunica muito com os pais dos alunos acerca do uso do IC. No que se refere às expectativas dos pais, em relação ao progresso e desenvolvimento da criança com IC, os docentes mostram-se muito conscientes (N=15,44%), conscientes (N=17, 50%) havendo no entanto um professor que respondeu estar pouco consciente e outro muito pouco em relação às expectativas dos pais. Em relação ao uso do IC, quase metade dos docentes mostra muita disponibilidade (N=15, 44%), outros, disponibilidade (N=14, 41%), 1 professor disse comunicar um pouco (N=1, 3%) e 4 responderam que comunicavam muito pouco com outros profissionais, nomeadamente audiologistas e terapeutas da fala. O número de horas semanal que cada professor contacta com a criança envolvida no estudo, varia desde 2 horas (N=1, 3%), 3 horas (N=2, 6%), 4 horas (N=8, 24%) e mais de 4 horas (N=23, 68%).

O espaço educacional onde os professores trabalham com as crianças, ocorre maioritariamente na sala de aula normal (N=21, 62%), seguido da sala de retiro (N=7, 21%) e apenas 2 responderam em sala especial (N=2, 6%).

O contexto ou espaço educacional onde os docentes trabalham com as crianças ocorre, preferencialmente, na sala de aula normal (N=35, 72.9%) ou numa sala de retiro (N=8, 16.7%).

**Tabela 4-** Caracterização dos alunos acompanhados

		N	%
SEXO	Masculino	15	44%
	Feminino	19	56%
FAMÍLIA	Ouvinte	29	85%
	Surda, ouvinte	5	15%
IDADE DA IMPLANTAÇÃO	1 ANO	3	9%
	2 ANOS	6	18%
	3 ANOS	7	21%
	4 ANOS	14	41%
	5 ANOS	3	9%
	Não sabe	1	3%
DEFICIÊNCIA ASSOCIADA	Sim	33	97%
	Não	1	3%
CONTEXTO EDUCACIONAL	Pré-escolar completamente integrado	2	6%
	Escola normal completamente incluído	6	18%
	Programa Educação Especial	9	26%
	EREBAS (Esc. Ref. Ensino Bilingue de Alunos Surdos)	17	50%

**1.2. Grau de consistência Interna das percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança.**

Analizamos a consistência interna, a partir do teste Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ), das percepções dos professores relativamente ao progresso, no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança.

Segundo Maroco e Garcia-Marques (2006)

“O índice  $\alpha$  estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Esta propriedade é conhecida por *consistência interna da escala*, e assim,  $\alpha$  pode ser interpretado como coeficiente médio de todas as estimativas de consistência interna que se obteriam se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas”. (p. 76).

Tendo em consideração os valores apresentados por Murphy, e Davidshofer, (1988, citado por Maroco & Garcia-Marques 2006), que considera um instrumento ou teste como tendo fiabilidade apropriada quando o  $\alpha$  é pelo menos 0.70, podemos verificar que os valores alcançados, por nós, nas diferentes percepções podem ser considerados como bastante fiáveis, uma vez que os valores de  $\alpha$  situam-se entre 0,83 e 0,94.

**Tabela 5** - Valores da consistência interna ( $\alpha$ )

Alpha de Cronbach's	Capacidade de Comunicação	Capacidades Sociais e de participação	Resultados Académicos	Vida Futura	PSPA
$\alpha$	0,94	0,88	0,92	0,83	0,94

### **1.3.Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar em função do género.**

Pela interpretação da **tabela 6** verificamos que para a totalidade da amostra os professores têm uma percepção superior na Secção CSP, sendo significativamente superior a todas as outras Secções (M: CSP=3,31; CC=3,06;  $p=0,00$ ; RA=2,86;  $p=0,00$ ) com exceção para a Secção VF. Podemos ainda constatar facto da Secção RA ser inferior a todas as outras Secções.

Relativamente às percepções entre os géneros verificámos que em todas as Secções o género masculino apresentou uma percepção significativamente superior ao feminino, com exceção para a Secção VF (M:Masc=3,76; Fem=3,24;  $p=0,06$ ). Verificamos, também, que o género masculino apresentou uma percepção significativamente superior ao feminino na média total das Secções.

**Tabela 6** -Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CM, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do género.

Género		Capacidade de Comunicação	Capacidades Sociais e de participação	Resultados Académicos	Vida Futura	PSPA vida escolar
Masculino	M	3,82	4	3,8	3,76	3,85
	N	3	3	3	3	3
	Dp	0,09	0	0	0,16	0,05
Feminino	M	2,98	3,24	2,77	3,19	3,05
	N	31	31	31	31	31
	Dp	0,74	0,62	0,85	0,62	0,65
<b>U</b>		<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>0,01</b>	<b>0,06</b>	<b>0,00</b>
Total	M	3,06	<b>3,31</b>	<b>2,86</b>	3,24	3,12
	N	34	34	34	34	34
	Dp	0,75	0,63	0,86	0,61	0,66

Legenda: M – média; N – número; Dp – Desvio padrão; U – Teste Mann-Whitney; \* - p<0,05.

#### 1.4. Percepções dos professores relativamente ao desenvolvimento da CC das crianças com IC em função do género.

Posteriormente, procurámos verificar relativamente ao desenvolvimento da Capacidade de Comunicação, através da **tabela 7**, em qual das questões os professores consideravam que as crianças apresentariam melhores e piores resultados. Assim, os professores consideraram que a questão 11 foi a que obteve melhor resultado, ou seja, com o IC a criança é capaz de expressar o seu querer, as suas necessidades e sentimentos, como outra criança da sua idade (M=3,32). Pelo contrário, a questão 8 foi a que obteve pior resultado, ou seja, os professores pensam que mesmo com o implante coclear a criança necessita de usar língua gestual (M=2,71).

**Tabela 7** - Percepções dos professores ao desenvolvimento das CC das crianças com IC em função do género.

CC		S2_C1	S2_C2	S2_C3	S2_C4	S2_C5	S2_C6	S2_C7	S2_C8	S2_C9	S2_C10	S2_C11
Masc	M	2,3	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,7	4,0	4,0	4,0
	Dp	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
Fem	M	3,0	3,0	3,2	3,1	3,3	2,8	2,8	2,61	3,1	2,65	3,3
	Dp	0,9	0,9	0,7	1,0	1,0	0,9	1,0	0,8	1,0	1,0	1,1
Total	Me:	2,97	3,06	3,26	3,18	3,32	2,94	2,91	2,71	3,18	2,76	3,32
	Std.	0,97	0,89	0,71	0,97	0,94	0,95	1,00	0,84	1,03	0,99	1,04

Legenda: M – média; Dp – Desvio padrão; SxCy Secção nº Questão nº

### 1.5. Percepções dos professores relativamente às CSP das crianças com IC em função do género.

Tal como podemos verificar na **tabela 8**, relativamente à CSP os professores apresentaram melhor resultado na questão 3, ou seja, com o IC a criança é aceite pelos seus pares de sala de aula, com as suas necessidades e sentimentos, como outra criança da sua idade (M=3,59). No entanto, a questão 4 foi aquela que obteve o pior resultado, ou seja, os professores afirmaram que não conseguem comunicar com uma criança com IC do mesmo modo que comunicam com uma criança ouvinte.

**Tabela 8** - Percepções dos professores relativamente às CSP das crianças com IC em função do género

CSP		S2_S1	S2_S2	S2_S3	S2_S4	S2_S5	S2_S6	S2_S7
Masculino	M	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Dp	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Feminino	M	3,26	3,16	3,55	2,87	3,26	3,35	3,23
	Dp	0,73	0,78	0,72	1,06	0,82	0,71	0,96
Total	M	3,32	3,24	3,59	2,97	3,32	3,41	3,29
	Dp	0,73	0,78	0,70	1,06	0,81	0,70	0,94

**Legenda:** M – média; Dp – Desvio padrão; Sx/Cy Secção nº Questão nº

### 1.6. Percepções dos professores relativamente aos RA das crianças com IC em função do género

Relativamente aos resultados académicos verificamos, na **tabela 9**, que a questão 5 foi a que teve melhor resultado, ou seja, os professores são da opinião que com o implante coclear a criança atinge os níveis esperados para a sua idade.

Analisando os resultados académicos, os professores responderam às questões colocadas considerando que a criança com o implante coclear atingiu os níveis esperados para a sua idade. Também se conclui que com o IC o progresso académico da criança é apropriado à sua idade. A questão 5, com o IC, a criança está pelo menos a atingir os níveis esperados para a sua idade, foi a que apresentou um resultado mais satisfatório (M=3,15) seguida pela questão 2, com o IC, o progresso académico da criança é apropriado à sua idade, que também teve um resultado positivo (M=3,03). Com um resultado

inferior, a questão 3, com o IC, a criança atingiu altos níveis na leitura e na escrita, como as crianças da sua idade, apresenta a frequência mais baixa (M=2,47).

**Tabela 9** - Percepções dos professores relativamente aos RA das crianças com IC em função do género

RA		S2_A1	S2_A2	S2_A3	S2_A4	S2_A5
Masculino	M	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00
	Dp	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Feminino	M	2,74	2,94	2,42	2,71	3,06
	Dp	1,15	1,00	0,76	0,94	1,03
Total	M	2,85	3,03	2,47	2,82	3,15
	Dp	1,16	1,00	0,75	0,97	1,02

Legenda: M – média; Dp – Desvio padrão; SxCy Secção nº Questão nº

### 1.7. Percepções dos professores relativamente à VF das crianças com IC em função do género.

Verificamos, na **tabela 10**, que na análise no que respeita à Vida Futura a questão 6 e 7 apresentam o mesmo resultado (M=3,85) sendo este o melhor. Assim, com IC a criança tem uma atitude positiva em relação ao uso do IC e também com o IC a criança tem uma atitude positiva em relação à linguagem gestual. A questão 1, com o IC a criança funciona como uma criança que ouve normalmente, apresenta uma frequência menor (M=2,71).

**Tabela 10** - Percepções dos professores relativamente à VF das crianças com IC em função do género

VF		S2_F1	S2_F2	S2_F3	S2_F4	S2_F5	S2_F6	S2_F7
Masculino	M	3,00	4,00	4,00	3,67	3,67	4,00	4,00
	Dp	0,00	0,00	0,00	0,58	0,58	0,00	0,00
Feminino	M	2,68	3,19	2,87	2,94	2,97	3,84	3,84
	Dp	1,14	0,83	1,09	1,00	0,71	0,52	0,69
Total	M	2,71	3,26	2,97	3,00	3,03	3,85	3,85
	Dp	1,09	0,83	1,09	0,98	0,72	0,50	0,66

Legenda: M – média; Dp – Desvio padrão; SxCy Secção nº Questão nº

**1.8 Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do tempo de serviço.**

Pela observação e interpretação da **tabela 11 e 12** verificamos que os professores com mais tempo de serviço (entre 31 e 40 anos) são aqueles que consideram que as crianças com implante coclear apresentam um melhor progresso e desenvolvimento em todas as secções observadas, e os professores com o tempo de serviço compreendido entre os 21 e 30 anos foram os que tiveram piores percepções. Salientamos que os professores com este tempo de serviço (21 e 30) obtiveram percepções significativamente inferiores aos professores com mais e menos tempo de serviço, sendo que entre os professores com mais e menos tempo de serviço não registamos diferenças significativas entre as percepções. Com este dado o professores com o tempo de serviço intermédio (21 e 30) são os que têm as piores percepções, os outros apresentam uma percepção similar.

**Tabela 11** - Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do tempo de serviço.

Tempo de Serviço		Capacidade de Comunicação	Capacidades Sociais e de participação	Resultados Académicos	Vida Futura	PSPA vida escolar
10-20 Anos	M	3,23	3,45	3,16	3,56	3,35
	N	15	15	15	15	15
	Dp	0,64	0,41	0,88	0,42	0,54
21-30 Anos	M	2,45	2,82	2,13	2,70	2,53
	N	12	12	12	12	12
	Dp	0,63	0,69	0,55	0,63	0,57
31-40 Anos	M	3,71	3,84	3,49	3,47	3,63
	N	7	7	7	7	7
	Dp	0,29	0,32	0,11	0,14	0,18
K-W		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**Tabela 12** – Comparação, pelo teste de Mann Whitney (U) entre as Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do tempo de serviço.

U	Capacidade de Comunicação	Capacidades Sociais e de participação	Resultados Académicos	Vida Futura	PSPA Vida escolar
10-20 / 21-30	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
10-20 / 31-40	0,06	0,07	0,47	0,08	0,26
21-30 / 31-41	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00

### 1.9. Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do grau académico.

Para compararmos as capacidades de comunicação, as capacidades sociais e de participação, os resultados académicos e vida futura em função do grau académico dos inquiridos foi utilizado o teste de Mann Whitney (U). Os resultados verificados na **tabela 13** permitiram perceber que existem diferenças significativas nos graus académicos, sendo que os inquiridos com o grau académico de licenciatura, em todas as questões colocadas, têm uma percepção melhor relativamente ao desenvolvimento da criança em todas as secções na sua vida escolar.

**Tabela 13** - Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do grau académico.

Grau Académico		Capacidade de Comunicação	Capacidades Sociais e de participação	Resultados Académicos	Vida Futura	PSPA Vida escola
Pós-Graduação/Esp/Mestr	M	2,93	3,18	2,84	3,16	3,03
	N	26	26	26	26	26
	Dp	0,76	0,64	0,91	0,67	0,70
Licenciatura	M	3,45	3,73	2,95	3,48	3,40
	N	8	8	8	8	8
	Dp	0,59	0,40	0,75	0,29	0,47
U		0,01	0,01	0,00	0,00	0,00

**1.10. Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do ciclo que leciona.**

Em função do ano que leciona fizemos a comparação estatística em relação às CC, CSP, RA e VF foi utilizando o teste de Mann Whitney (U), assim através da leitura da **tabela 14** observa-se que os professores que lecionam no 3º ciclo e secundário são os que apresentam frequência mais elevada em todas as secções. Verificamos que há uma diferença significativa (**tabelas 14 e 15**) entre os resultados do 3º ciclo/secundário (M=3,66) e os do pré-escolar/1º ciclo (MT=2,80), pelo que deduzimos que os professores do pré-escolar/1º ciclo têm as piores percepções.

**Tabela 14** - Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança, em função do ciclo que leciona.

Leciona		Capacidade de Comunicação	Capacidades Sociais e de participação	Resultados Académicos	Vida Futura	PSPA Vida escolar
Pré-escolar e 1º Ciclo	M	2,69	3,10	2,44	2,96	2,80
	N	19,00	19,00	19,00	19,00	19,00
	Dp	0,78	0,69	0,78	0,64	0,67
2º Ciclo	M	3,16	3,25	2,60	3,25	3,06
	N	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	Dp	0,49	0,51	0,86	0,44	0,47
3º Ciclo e Sec	M	3,64	3,66	3,66	3,70	3,66
	N	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00
	Dp	0,15	0,40	0,10	0,22	0,14
<b>K-W</b>		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**Tabela 15** - Comparação, pelo teste de Mann Whitney (U) entre as percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do ciclo que leciona.

U	Capacidade de Comunicação	Capacidades Sociais e de participação	Resultados Académicos	Vida Futura	PSPA Vida escolar
3º e Sec - Pré e 1º	0,01	0,02	0,00	0,00	0,00
3º e Sec - 2º	0,11	0,11	0,00*	0,08	0,02*
2º - Pré e 1º	0,17	0,65	0,71	0,51	0,47

**1.11. Correlação das percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do grau académico, ciclo de lecionação, anos de serviço e situação profissional.**

Pela análise da **tabela 16** verificamos que em quase todas as correlações os resultados foram baixos, ou seja, as correlações foram fracas, quer positivas quer negativas. No entanto salientamos a correlação entre os anos de lecionação e os resultados académicos e vida futura, pois com o aumento dos anos de lecionação há uma correlação positiva moderada relativamente aos resultados académicos e vida futura. Deste modo considera-se que com o aumento dos anos de lecionação melhoram as percepções dos professores relativamente a estas duas variáveis.

**Tabela 16** - Correlação da Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função do grau académico, ciclo de lecionação, anos de serviço e situação profissional.

	Capacidade de Comunicação	Capacidades Sociais e de participação	Resultados Académicos	Vida Futura	PSPA Vida escolar
Grau académico	0,39	0,36	-0,02	0,13	0,25
Ano que leciona	0,48	0,41	<b>0,66</b>	<b>0,59</b>	0,54
Anos de serviço	0,10	0,01	-0,10	-0,39	-0,01
Situação profissional	-0,13	0,01	-0,14	-0,02	-0,11

**1.12. Relação entre as CC, CSP, RA, VF e PSPA**

A partir da interpretação da **tabela 17** e relativamente aos anos de IC verificamos uma correlação positiva aceitável com todas as secções. No entanto salientamos a forte correlação entre as diferentes secções, ou seja, com o aumento de uma secção verificamos o aumento da outra, daí a

dependência das secções. Com este resultado deduzimos que as secções influenciam-se mutuamente

**Tabela 17** - Correlação da Percepções dos professores relativamente ao progresso no desenvolvimento das crianças com implante coclear ao nível da CC, CSP, RA, VF e PSPA na sua vida escolar da criança em função dos anos de implementação, capacidade de comunicação, capacidades sociais e de participação.

	Capacidade de Comunicação	Capacidades Sociais e de participação	Resultados Académicos	Vida Futura	PSPA Vida escolar
Anos de Implementação	0,56	0,51	0,61	0,55	0,59
Capacidade de Comunicação		0,87	0,79	0,77	0,94
Capacidades Sociais e de participação			0,74	0,71	0,92
Resultados Académicos				0,78	0,89
Vida Futura					0,82

### **1.13. Percepções dos professores acerca da participação social, pessoal e académica na vida escolar da criança.**

Relativamente às percepções dos professores acerca da participação social, pessoal e académica na vida escolar da criança observamos que 41% dos inquiridos responderam que o aluno está inserido numa turma de acordo com a sua faixa etária, durante uma parte do dia, mas também recebe serviços educacionais noutros locais, tal como unidade de educação especial ou na comunidade, analisando-se assim num Nível de Integração Seletivo.

Quanto ao seu Nível de Participação Académica verificamos que as respostas se dividem entre Ativo (50%) e Competitivo (44%). Metade dos professores responderam que os padrões académicos não são os mesmos daqueles aplicados aos seus pares, e a carga horária pode ser reduzida e modificada. O currículo normal é seguido mas a avaliação académica é individualizada de acordo com a capacidade do aluno em cada disciplina. Esta resposta foi logo seguida pela opinião de que os padrões académicos são semelhantes aos dos outros alunos numa escola normal; apesar do total da

carga horária poder ser ajustada, os níveis acadêmicos são avaliados usando os mesmos padrões e métodos àqueles usados pelos seus pares.

Nos níveis de independência verificamos que 47% dos professores responderam que o aluno é independente mas com apoio, onde é referido que o aluno é independente uma vez confrontado com tomadas de posição, amplificação e condições acústicas. Ainda relativamente aos níveis de independência a Completa teve 32% das respostas e a Assistido 21%.

Já nos níveis de Participação Social 56% dos inquiridos responderam que o aluno é competitivo, o aluno está ativamente envolvido nas dinâmicas sociais do grupo, exorta influência dentro do grupo e determina o seu envolvimento nas atividades sociais.

## **2. Discussão dos Resultados**

Após termos efetuado a nossa descrição dos resultados iremos de seguida realizar a sua avaliação e interpretação considerando as hipóteses formuladas e alguns estudos elaborados por outros autores, aos quais faremos referência na revisão bibliográfica.

Atualmente, existem tentativas em tornar as escolas mais inclusivas, que trabalhem na direção de mudanças de mentalidade, na educação e ensino de crianças que aceitem e participem na vida em sociedade, numa sociedade que respeita as diferenças e necessidades específicas de cada um. (Afonso, 2007).

Em Portugal a publicação do Decreto-Lei nº 3/2008 vem atestar a educação bilingue para os alunos surdos e estabelecer medidas que assegurem uma educação de qualidade: possibilitando o domínio da LGP e do português escrito, no sentido de adequar o acesso ao currículo e para a inclusão escolar e social, permitindo que nas escolas denominadas pela tutela, como EREBAS, se constituam grupos ou turmas de alunos surdos e ainda que as escolas de referência para a educação bilingue de alunos surdos integram, para além dos docentes Titulares de Turma (TT) ou de disciplina, docentes de EE do Grupo de Recrutamento 910 (GR 920) e técnicos, designadamente Intérpretes de LGP, Formadores de LGP e Terapeutas da fala.

No estudo realizado esta realidade foi observada, onde todos os alunos recebem algum tipo de apoio para além do professor titular (Formador de LGP, professor de EE ou Terapeuta da Fala). No entanto, a grande maioria, (85%) não recebem apoio por parte de um intérprete em LGP. O modo de comunicação mais utilizado pelos alunos envolvidos.

Tal como referido na revisão da literatura, para que as crianças surdas realizem uma escolaridade com sucesso é necessário proporcionar-lhes precocemente o acesso à Língua portuguesa escrita, como segunda língua, para que os surdos se tornem bilingues (Niza, citado por DGIDC, 2009)

A maioria dos professores da amostra lecionava em Escolas de Referência para o Ensino Bilingue de Alunos Surdos, no ensino pré-escolar e no ensino básico e secundário. Nas EREBAS, nomeadamente no 1.º CEB, as turmas são constituídas exclusivamente por alunos surdos, com ou sem IC.

Relativamente à **H1** “Na perspetiva dos professores, os alunos com IC apresentam resultados académicos inferiores em comparação com outras crianças da mesma idade sem perda auditiva”.

De acordo com os resultados não se confirma esta hipótese. Os professores afirmam que as crianças com IC atingem os níveis esperados para a idade. Este resultado é constatado nas respostas dadas à questão 15 da secção 1 do questionário, onde 79% dos professores referem que os resultados escolares se encontram na média da turma. Também se concluiu que com o IC o progresso académico da criança é apropriado à sua idade. Em maior concordância estiveram os professores com mais experiência profissional e que representam 21% e os professores com menos tempo de serviço da amostra recolhida que representam 44%. Os professores que lecionam no 3º ciclo e Secundário, como lidam com crianças de mais idade, tiveram percepções significativamente superiores comparativamente com os de outro grau de ensino como pudemos constatar das tabelas 14,15 e 16.

Analogamente com o estudo realizado por Pinheiro (2011) e com o estudo realizado por Punch e Hyde (2010) as crianças com IC nos domínios académicos continuavam a ficar atrás dos seus pares ouvintes, o que não se verificou no presente estudo onde a maior parte dos professores concordam que a criança com IC atinge os níveis esperados para a sua idade em

comparação com outras da mesma idade sem perda auditiva. Facto que se pode verificar na questão 15 da primeira secção do questionário.

Reportando-nos ao que foi apresentado na revisão da literatura, autores como Fortunato Queiroz (2007, citado por Bratorotto, 2008) e Silva (2005) veem o IC como um facilitador para o desenvolvimento da linguagem oral e a este está grandemente associado um melhor aproveitamento escolar e o sucesso nos relacionamentos sociais.

Consideramos importante referir a realidade em que se encontram as crianças deste estudo. O seu contexto educacional é um fator decisivo nos resultados obtidos. Todos os alunos com IC beneficiam de um apoio para além do prestado pelo professor titular.

Segundo Ertmer (2002) afirma que “o advento do IC multicanal fez com que as expectativas, face ao desenvolvimento linguístico oral das crianças surdas, ao seu sucesso académico e a sua atividade profissional, enquanto membros eficazes da sociedade, aumentassem” (citado por Inês Sim-Sim, p. 105).

A mesma autora refere que um estudo desenvolvido por Knutson et al. (2000) sugere que os benefícios audiológicos do IC podem levar a uma melhoria substancial das capacidades cognitivas.

Já um estudo realizado por Fortunato et al. (2009) refere que os resultados obtidos pelas crianças surdas, com IC, foram inferiores aos seus pares ouvintes. As crianças surdas que apresentaram melhores resultados foram as que possuíam mais tempo de uso do IC e menor tempo de privação sensorial, relativamente ao desenvolvimento da linguagem. **H1-** Na perspetiva dos professores, os alunos com IC apresentam resultados académicos inferiores em comparação com outras crianças da mesma idade sem perda auditiva.

A **H2** refere que “A percepção dos professores sobre o desenvolvimento pessoal, social e participação do aluno com IC em comparação com outras crianças da mesma idade sem perda de audição, varia significativamente de acordo com os anos de serviço e a formação do docente”.

Verificamos que realmente o IC possibilita à criança melhorar as suas capacidades de participação e sociais. Esta constatação está enquadrada nos

professores que lecionam no 3º ciclo e secundário. Os professores com grau de licenciatura são os que têm uma percepção da evolução mais positiva da criança com IC, enquanto os que têm um grau acadêmico superior à licenciatura isso já não se verifica. Relativamente ao tempo de serviço, os professores com mais tempo de serviço (21%) e os que possuem menos tempo de serviço (44%) na amostra recolhida, são os que têm uma percepção mais positiva relativamente às capacidades de participação e sociais dos alunos em comparação com os pares que não têm perda auditiva.

Parece-nos, de verdadeiramente importante fazermos referência à formação dos professores, para Leão (2001) estes “ não estão preparados, na medida em que não têm conhecimento de aspetos importantes relacionados com a surdez e com o aluno surdo (...) Assim sendo, o atendimento a alunos surdos fica seriamente comprometido” (citado por Rodrigues, 2012, p.49). Na análise dos resultados verificámos que os professores com mais formação são os que têm pior percepção relativamente ao desenvolvimento pessoal, social e de participação, talvez por conhecerem melhor a realidade do aluno com surdez e saberem quais as dificuldades que estes têm de enfrentar. Não nos podemos esquecer que apesar da criança surda ter um IC não significa que tenha deixado de ser surda e não erradica as questões da inclusão social.

Não foram por nós encontrados estudos ou literatura que nos permitisse comparar o resultado desta hipótese.

A vida social do aluno está diretamente dependente das capacidades comunicativas. Estudos mostram que ao melhorar as capacidades comunicativas a criança melhora a sua vida social.

Mais importante do que a força de lei é a qualidade da ação dos que a cumprem.

Face ao exposto a nossa hipótese foi validada parcialmente.

A **H3** refere que “Na opinião dos professores, as crianças com IC com menores capacidades comunicativas apresentam menor participação social, pessoal e académica na vida escolar, em comparação com outras crianças da mesma idade sem perda auditiva.”

Da análise dos resultados obtidos confirma-se a validação desta hipótese. Verificamos que a capacidade de comunicação à medida que se vai tornando mais desenvolvida reflete-se no mesmo sentido na sua participação

social, pessoal e acadêmica na vida escolar. O aluno apresenta níveis de participação social ao mesmo nível dos seus pares ouvintes. Em todos os níveis analisados, verificou-se que o aluno acaba por ter influências que o levam a uma dinâmica, obrigando-o a gerar uma comunicação entre os seus pares e que acaba por resultar numa maior participação social na vida escolar.

O desenvolvimento da linguagem, qualquer que seja a língua materna (oral ou gestual), as oportunidades de comunicação que se proporcionam à criança e as competências sociais que ela tem, influenciam os sucessos e os insucessos das crianças nos seus relacionamentos com o outro (Sim-Sim,2005).

A **H4** aponta que “A percepção dos professores sobre o desenvolvimento pessoal, social e acadêmico, do aluno com IC em comparação com outras crianças da mesma idade que não têm uma perda de audição, varia significativamente de acordo com o tempo de implantação do aluno”. Confirma-se a validade desta hipótese na análise dos resultados e vai ao encontro da literatura consultada que menciona que o grau de sucesso do IC está profundamente associado à idade precoce da criança implantada, à terapia da fala e ao uso efetivo do mesmo (Oliveira, 2005). Estudos internacionais relatam que a aquisição / desenvolvimento da linguagem oral, na criança implantada numa fase pré linguística, parece ser semelhante ao das crianças ouvintes.

No estudo as crianças com mais tempo de implantação e mais precocemente implantado apresentavam melhores resultados académicos e melhor desenvolvimento pessoal social e académico. Dos alunos referidos no nosso estudo, mais de metade foram implantados com 3 anos, 21%, e 4 anos, 41%.

A idade da implantação vai determinar o seu maior ou menor sucesso. “Crianças implantadas aos 12 meses aprendem linguagem na mesma velocidade de crianças ouvintes de idade similar “(Oliveira 2005, p.271).O mesmo autor refere que o IC vai permitir com que a criança adquira capacidade de falar de forma clara e desenvolva capacidades de percepção e compreensão da fala. Isto só é possível porque a habilidade de falar na criança está intrinsecamente relacionada à capacidade de ouvir.

Estudos realizados por Magalhães e colaboradores (2007) relacionam profundamente o desenvolvimento verbal com a idade em que criança foi

submetida ao IC. Nas interações com os outros, o desenvolvimento verbal é um recurso auxiliar ao processo evolutivo socio emocional, o que vem ao encontro do resultado do nosso estudo. Também no estudo realizado por Valéria (2011) revelou que quanto maior a idade da implantação, menor a participação acadêmica.

Da análise dos resultados obtidos percebemos que os professores com mais habilitações acadêmicas são os que têm percepções menos positivas em relação ao desenvolvimento pessoal, social e participação do aluno com IC em comparação com outras crianças da mesma idade sem perda de audição. Este dado não pode ser comparado com outros estudos, por não termos encontrado investigações semelhantes, mas leva-nos a concluir que estes professores estarão mais conscientes e alertados para realidade de uma criança surda com IC, já que esta não deixou de ser surda e necessita, num contexto educacional de metodologias adequadas à sua realidade.

**CAPÍTULO III - CONCLUSÕES**

## 1. Conclusão

Feita a revisão da literatura e finalizado o trabalho empírico, iremos no presente ponto retirar algumas ilações subjacentes ao nosso trabalho de investigação, com enfoque nos resultados obtidos e nos principais contributos da nossa dissertação. Posteriormente, iremos refletir sobre as limitações ao estudo verificadas e possíveis sugestões para dar seguimento à nossa investigação.

Como referimos ao longo do trabalho, o objetivo primordial foi analisar as percepções dos professores sobre o desenvolvimento pessoal, social e académico da criança com IC em comparação com outras crianças da mesma idade que não têm uma perda de audição.

Os avanços da tecnologia aliados à medicina permitiram que os IC fossem uma realidade. Em todo o mundo e especificamente em Portugal o número de implantados tem vindo a aumentar daí a pertinência do nosso estudo. Esta realidade obriga a mudanças de postura e tomadas de decisões por parte dos professores.

Temos percepção que o nosso estudo foi restrito, devido ao número de professores que participaram e por se tratar de uma amostra específica, não sendo assim possível tirar conclusões generalizáveis, contudo e tal como foi o nosso objetivo inicial, pretendemos compreender melhor as experiências dos professores e de que forma o uso do IC influencia o desenvolvimento, social pessoal e social tendo em comparação as crianças ouvintes.

Os resultados obtidos revelaram os benefícios do IC no desenvolvimento das capacidades sociais, pessoais e académicas da criança implantada.

Este estudo veio ao encontro de outros realizados, que mencionam o IC, quando colocado precocemente, possibilita um desenvolvimento significativo das competências linguísticas da criança, nomeadamente a linguagem recetiva e expressiva.

Ao analisarmos os resultados obtidos constatamos que quantos mais anos de implantação maior a capacidade de comunicação, o que melhora por sua vez as capacidades pessoais, sociais e académicas da criança,

aproximando-se dos seus pares que não têm perda auditiva. As crianças a quem é colocado o IC mais tarde têm menores níveis de participação académicos.

As crianças com o IC colocado precocemente e com mais anos de implantação são mais competitivas conseguindo melhores resultados académicos e maiores níveis de independência, encontrando-se ao mesmo nível das que não têm perda auditiva. Salientamos, que as crianças referidas no estudo estavam maioritariamente matriculadas em EREBAS, onde beneficiam de vários apoios prestados por técnicos, para além do professor da turma o que tem um impacto claro na promoção das competências desenvolvidas.

Apesar destes resultados não pode ficar esquecida a inclusão destas crianças. Os benefícios do IC ficaram claros neste estudo mas não nos podemos descurar que o implantado tem alguma dificuldade em ouvir em determinados contextos e pode condicionar o acesso ao currículo ou à inclusão social. Cabe a toda a comunidade educativa criar condições para que o acesso ao currículo por parte dos alunos surdos seja um fato e que a sua participação independente na vida escolar seja uma realidade.

Atualmente, em Portugal, a metodologia bilingue permite à criança surda a aprendizagem de duas línguas, em contexto escolar. Esta aprenderá a LGP, o português escrito e eventualmente o falado. No entanto os resultados que obtivemos não nos permitem fazer inferências para sabermos se as crianças mostram melhores capacidades comunicativas quando colocadas num ambiente bilingue. No entanto podemos referir que com maior capacidade comunicativa dá à criança mais possibilidades de desenvolver competências linguísticas.

Com o presente estudo, procuramos contribuir para um melhor conhecimento da criança com IC, que ainda está pouco explorado e que tão complexo é. Só podemos melhorar aquilo que conhecemos e o primeiro passo para a resolução de um problema é o conhecimento do mesmo.

Apesar destes contributos, há um conjunto de limitações e constrangimentos que devemos considerar devido à especificidade do tema, ao número de inquiridos e à escuras de literatura, pelo que os resultados obtidos não poderão ser generalizados, nem a investigação ser conclusiva.

Sugerimos a continuação deste estudo, pesquisando as percepções dos pais e comparando-as com as dos professores e ainda consideramos ser pertinente estudar grupos de crianças com a mesma faixa etária e os mesmos anos de implantação.

## BIBLIOGRAFIA

Afonso, C., Coord. Serra, H. (2007). Reflexões sobre a surdez – A problemática Específica da Surdez. VNG: Gailivro

Almeida-Verdu, A. C. M., Santos, S. L. R, Souza, D. G., Bevilacqua, M. C. (2006). Ouvir e falar: repertório de comunicação em surdos que receberam o implante coclear. Pp.902-913. Consultado em 25 de Julho de 2013 de [http://www.unesp.br/prograd/PDFNE2006/artigos/cap%C3%ADtulo%208/ouvir\\_e\\_falar.pdf](http://www.unesp.br/prograd/PDFNE2006/artigos/cap%C3%ADtulo%208/ouvir_e_falar.pdf)

Baptista, J. A. (2008). Os surdos na escola. A exclusão pela inclusão. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.

Baptista, J. A.(coord) dgidc, Programa de Português L2 para alunos surdos, Ensino Básico e Secundário,15 de fevereiro de 2011,

Bautista, R. (Coord.) (1997). Necessidades educativas especiais. Lisboa: Dinalivro.

Booth, T., &Ainscow, M. (2002). Índex para a inclusão - desenvolvendo a aprendizagem e a participação na escola. Lisboa: Cidadãos do Mundo.

Brazorotto, J. S. (2008). Crianças usuárias de implante coclear: desempenho académico, expectativas dos pais e dos professores. Brasil: Universidade Federal de São Carlos.

Cardona, M.C., Gomar, C., Palmés, C., &Sadurní, N. (2013). Compreender a perda auditiva –Um guia para pais, professores, educadores e outros profissionais. Porto: Porto Editora.

Carvalho, P. V. (2007). Breve história dos surdos no mundo. Lisboa: Surd'Universo.

Cheng, J. [et al.] - Effect of age at cochlear implantation on auditory performance at the early stage after surgery in infants. Lin Chung Er Bi Yan HouTou Jing WaiKeZa Zhi.;26:595-7. (Abstract). Journal of Clinical Otorhinolaryngology, head, and neck surgery.

Coelho, O. (coord), (2005). Perscrutar a surdez. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento

Correia, L. M. (2008). Inclusão e necessidades educativas especiais. Um guia para pais e professores. Porto: Porto Editora. Vol. 26, n.º 13 (2012), p. 595-7.

Declaração de Salamanca e enquadramento da Acção – Na Área das Necessidades Educativas Especiais (1994), Salamanca, Espanha, Ed. Unesco

Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (2008). Educação bilingue de alunos surdos, manual de apoio à prática. Lisboa: Editora Cercica.

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

Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (2009). Educação bilingue de alunos surdos, manual de apoio à prática. Lisboa: Editora Cercica.

Estrada, M. P. (2009). A educação de alunos surdos no 2.º e 3.º ciclos do ensino básico – análise comparativa de dois modelos educativos. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana

Falcão, L. T. (2011). Fonoaudiologia. Implante Coclear: tire suas dúvidas. Consultado em 23 de julho de 2013 em <http://leandrafono.blogspot.pt/2011/08/implante-coclear-tire-suas-duvidas.html>

Ferreira, S. S. (2006). Necessidades Educativas Especiais – uma abordagem funcional. Mangualde: Edições Pedago.

Fortunato, C., Bevilacqua, M., Costa, M. (2009). Análise Comparativa da Linguagem Oral de Crianças Ouvintes e Surdas Usuárias de Implante Coclear. Revista CEFAC-outubro-dezembro. P.662-672.

Fortunato-Tavares,T, et al (2012). Crianças com implante coclear: habilidades comunicativas e qualidade de vida. Brazilian jornal ofotorhinolaryngol. Vol.78 no.1. São Paulo Jan./Feb.

Góes, M. C. (1999). Linguagem, surdez e educação. 2.<sup>a</sup> Edição. Brasil: Autores Associados.

Goldfeld, M. (2002). A criança surda – linguagem e cognição numa perspectiva sociointeracionista. (2.<sup>a</sup> Ed.). São Paulo: Plexus Editora.

Gomes, M. C. (2009). O ensino do português num contexto de educação bilingue. Revista Diversidades, 25, 10-14.

Gomes, M. C. (2010), O panorama actual da educação de surdos. Na senda de uma educação bilingue. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto. Exedra nº3

Magalhães, A., Ramos, A., Neme, C., & Yamada, M. (2007). Desenvolvimento socioemocional de crianças surdas com implante coclear. Boletim Academia Paulista de Psicologia, 27 (2), 103-132.

Maroco, J; Garcia-Marques,T. (2006). Qual a fiabilidade do Alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Laboratório de Psicologia,4 (1), p. 65-90.

Marques, T.P. (2008). Crianças Bilingues,. Consultado em 05 de julho de 2013 de

<http://www.portaldacrianca.com.pt/artigosa.php?id=37>

Moreira, P. A. (2007). O fator linguístico na aprendizagem e desenvolvimento cognitivo da criança surda. Revista Virtual de Cultura Surda e Diversidade, RVCSD. Consultado em 16 de julho de 2013 em

<http://editora-arara-azul.com.br/novoeaa/revista/>

Morettin, M, Santos, M, Stefanini, M. (2013). Avaliação da qualidade de vida em crianças com implante coclear: revisão sistemática. Brazilian jornal ofotorhinolaryngol. vol.79 no.3. São Paulo

Nunes, R. (1999). A audição e as ajudas individuais. In Amaral, I., Capa, A., Rego, D., Felgueiras, I.; Monteiro, M.; Reis, M.J., et. al.. O aluno surdo em contexto Escolar –A Especificidade da Criança Surda (pp. 19-29). Lisboa: Ministério da Educação - Departamento da Educação Básica

Oliveira, J. A. (2005). Implante coclear. Simpósio surdez: implicações clínicas e possibilidades terapêuticas. Capítulo VI, p. 262-272. São Paulo.

Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). O mundo da criança. (Trad. Soares, I., Bastos, A., Jongenelen, I., Cruz, O. & Gonçalves, T.). 8.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Editora McGraw de Portugal

Pinheiro, V (2011). Efeitos do Implante Coclear no desenvolvimento pessoal social e académico: experiências dos professores, Instituto Superior de Ciências Educativas de Felgueiras

Quadros, R. M. (1997). Educação de surdos: a aquisição da linguagem. Brasil: Editora Artes Médicas Sul, Ltda.

Ricou, M. (2006). Psicologia e Surdez. In Bispo, M., Couto, A., Clara, M.C., & Clara, L. (Coord.). O gesto e a palavra I -Antologia de textos sobre a surdez (pp. 275-312). Lisboa: Caminho

Rodrigues, A., Casal, J., Dias, P. (Org.), (2012). (Com) Textos de Educação Especial. Isce: Edições Pedagogo

Quivy & Campenhout (1992). Manual de investigação em Ciências Sociais. Gradive.

Santaella, L. (2001). Comunicação e Pesquisa: Projectos para mestrado e doutorado. São Paulo: Hacker Editores

Santos, L. (2005). A educação social da criança surda. In Sim-Sim, I. Pp. 65-75. A criança surda – contributos para a sua educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas

Scaranello, C. A. (2005). Simpósio reabilitação auditiva pós implante coclear. Surdez: implicações clínicas e possibilidades terapêuticas. Capítulo VII, p. 273-278. São Paulo.

Secretaria de Educação Especial SEESP/MEC, (2006) Saberes e práticas da Inclusão, Desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos surdos. Brasília

Silva, F. V. (2005). Desenvolvimento sócio-emocional e surdez: alguns contributos da investigação. In I Sim-Sim (Coord), (A criança surda – contributos para a sua educação (p. 77-97). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas.

Sim-Sim, I. (Coord.) (2005a). A criança surda – contributos para a sua educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas.

Sim-Sim, Inês (2008), Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades da Criança ou da Escola?; Educação Hoje, Texto editores

Skliar, C. (Org.), (1997). Educação e exclusão, abordagens sócio – antropológicas em educação especial. Brasil: Editora Mediação.

Skliar, C. (Org.), (2001). A surdez – um olhar sobre as diferenças. (2.<sup>a</sup> Edição). Porto Alegre, Brasil: Editora Mediação

Spínola, S. (2009). Surdez – outra dimensão da psicologia. Revista Diversidades, 25, 31-32.

Spínola, S., & Spínola, S. (2009). Surdez - uma definição, várias perspetivas... Revista Diversidades, 25, 4-6.

Stuchi, R., Nascimento, L., Bevilacqua, M., & Neto, R. (2007). Linguagem oral de crianças com cinco anos de uso do implante coclear. Pró-Fono - Revista de Atualização Científica, 19 (2), 167-176.

Virole, B. (s/d). A influência dos implantes cocleares no desenvolvimento sócio-afetivo da criança surda. Consultado em 20 de Julho de 2013 de <http://ouvidobionico.org/2011/05/23/a-influencia-dos-implantes-cocleares-no-desenvolvimento-socio-afetivo-da-crianca-surda/>



**Percepção dos Professores sobre o Desenvolvimento Pessoal, Social e Acadêmico da Criança com Implante Coclear em Comparação com Outras Crianças da Mesma Idade que não têm uma Perda de Audição**

Neste questionário (adaptado de Punch & Hyde, 2010) são colocadas questões acerca de crianças que possuem Implante Coclear. As descobertas do estudo terão o seu valor para as famílias com crianças surdas, com programas de Implante Coclear e para a prática educativa. A sua ajuda neste projeto será muito apreciada.

Por favor complete este questionário para cada criança com Implante Coclear, a quem apoia ou ensina. Não revele o nome da criança.

Todas as informações recolhidas a partir do questionário são estritamente confidenciais e unicamente utilizadas para este estudo. As suas respostas são muito importantes para este estudo e pedimos que preencha todas as questões.

<b>SEXO:</b> MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMININO <input type="checkbox"/>	<b>IDADE:</b> ____ ANOS
<b>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:</b>		
BACHARELATO <input type="checkbox"/>	LICENCIATURA <input type="checkbox"/>	PÓS – GRADUAÇÃO
<input type="checkbox"/>		
MESTRADO <input type="checkbox"/>	DOUTORAMENTO <input type="checkbox"/>	
<b>GRUPO DE RECRUTAMENTO</b> _____	<b>NÍVEL DE ENSINO:</b> _____	
<b>CICLO QUE LECIONA:</b> _____		
<b>TEMPO DE SERVIÇO:</b> _____ ANOS		
<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL:</b>		
QUADRO AGRUPAMENTO <input type="checkbox"/>	QUADRO DE ZONA <input type="checkbox"/>	CONTRATADO
<input type="checkbox"/>		

## Secção 1

**Esta parte pede informações sobre os antecedentes da criança com um implante coclear.**

**1. Qual é o seu papel em relação a esta criança?**

- Professor de Educação Especial
- Professor da turma
- Professor de apoio à turma visitante do surdo (Professor de apoio itinerante)
- Especialista numa fase de Intervenção inicial (Intervenção Precoce)

**2. A criança é do sexo**  Masculino  Feminino

**3. Quantos anos tem a criança?** \_\_\_\_\_ Anos

**4. Qual é o ano escolar da criança?** \_\_\_\_\_

**5. A família da criança é:**  Ouvinte  Surda, ouvinte  Surda

**6. Qual era a idade da criança quando recebeu o implante Coclear (o primeiro implante se a criança tem o implante bilateral).** \_\_\_\_\_ Anos

**7. A criança tem dificuldades adicionais ou alguma deficiência?**  Sim  Não

Se sim, indique quais as dificuldades de aprendizagem ou deficiência.

---

**8. Quanto tempo é que a criança usa o implante Coclear na escola/ Infantário/ num centro de intervenção precoce?**

- Todo o tempo
- Algum Tempo (cerca de \_\_\_\_ Horas por dia)
- Nunca

**9. Quais dos seguintes melhor descreve o contexto educacional em que a criança passa a maior parte do seu tempo atualmente?**

- Centro de Intervenção Precoce para crianças surdas
- Pré-primária regular, completamente integrado
- Pré-primária regular, parcialmente integrado
- Um programa de Educação Especial para crianças surdas numa escola pré-primária regular
- Escola normal, completamente incluído
- Escola normal, parcialmente incluído
- Um programa de Educação Especial para crianças surdas numa escola regular
- (EREBAS) Escola de referência para o ensino bilingue de alunos surdos.
- Outros (especifique) \_\_\_\_\_

**10. Na sua opinião, até que ponto é que este programa de apoio vai de encontro às necessidades da criança?**

- Muito pouco
- Um pouco
- Razoavelmente
- Muito

**11. Esta criança recebe uma abordagem ou programa comunicativo particular neste ambiente educacional?**

- Terapia Auditiva - Verbal

- Auditiva - Oral
- Comunicação Simultânea /Total (Português falado com acompanhamento de sinais)
- Programa Bilingue
- Outros (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

**12. Na situação normal da criança na escola/ turma, qual a língua/ modo de comunicação é que a criança recebe?**

- Português (Discurso e Audição)
- Comunicação Bilingue (com português escrito)
- Outra (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

**13.1. A criança recebe apoio de comunicação por parte de um intérprete?**

- Sim
- Não

**13.2 Se sim, esse apoio é em?**

- LGP
- Português Escrito

**14. A criança recebe algum apoio para além da dos seus professores do ensino regular?**

- Sim
- Não

Se sim, por favor especifique (Ex: Apoio de professores, Professor de apoio à aprendizagem) \_\_\_\_\_

**15. Baseado em informações dos resultados escolares, será que os resultados académicos ficam abaixo ou acima do nível médio da sua turma?**

- Abaixo
- Acima
- Na média da turma
- Não se aplica (NA)

**16. Até que ponto é que comunica com os pais da criança no que diz respeito ao uso, por parte da criança, do Implante Coclear?**

- Muito pouco
- Um pouco
- Razoavelmente
- Muito

**17. Até que ponto é que está consciente das expetativas dos pais no que diz respeito ao progresso e desenvolvimento da criança com o Implante Coclear?**

- Muito pouco
- Um pouco
- Razoavelmente
- Muito

**18. Até que ponto comunica com outros profissionais, tal como, audiologistas e terapeutas da fala, em relação ao uso do implante coclear pela criança?**

- Muito pouco
- Um pouco
- Razoavelmente
- Muito

**19. Quantas hora por semana passa com a criança?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- Mais de 4

**20. Quando visita a criança, em que contexto trabalha mais frequentemente com ela?**

- Sala de aula normal
- Sala de retiro
- Num cenário especial
- Outro \_\_\_\_\_

## Secção 2

Esta secção questiona-o acerca das suas percepções em relação ao progresso da criança no seu desenvolvimento com o Implante Coclear. De acordo com as observações da criança responda em que medida concorda ou discorda com cada uma destas afirmações.

Tente referir a sua concordância no maior número possível de itens. No entanto, se achar que um item não é relevante porque a criança ainda é muito nova (ex: para usar o telefone, para a matemática), por favor seleccione na caixa NA (Não Aplicável)

Capacidades de comunicação	1 Discordo Fortemente	2 Discordo	3 Nem Concordo/ Nem discordo	4 Concordo	5 NA
C1. Com o implante coclear a criança consegue usar o telefone como outra criança da sua idade.					
C2. Com o implante Coclear, a criança consegue facilmente detetar os sons mais baixos, como outra criança da sua idade.					
C3. Com o implante Coclear a criança consegue perceber o discurso sem ter que contar com a leitura de lábios, como outra criança da mesma idade.					
C4. Com o implante Coclear o discurso da criança é inteligível para professores e amigos de escola, como outra criança da mesma idade.					
C5. Com o implante Coclear o discurso da criança é inteligível mesmo para as pessoas que não o conhecem.					
C6. Com o implante Coclear a criança é capaz de seguir uma conversa falada com um grupo de pessoas, como outra criança da sua idade.					
C7. Com o implante Coclear, a criança não tem que olhar para a cara da pessoa que fala, como outra criança da sua idade.					
C8. Com o implante Coclear, a criança não necessita de usar linguagem gestual, como outra criança da sua idade.					
C9. Com o implante Coclear, a criança comunica facilmente com a sua família, como outra criança da sua idade.					
C10. Com o implante Coclear, posso comunicar tão facilmente com uma criança surda como com uma criança que ouve.					
C11. Com o implante Coclear, a criança é capaz de expressar o seu querer, as suas necessidades e sentimentos, como outra criança da sua idade.					

## Crianças com Implante Coclear: Percepções dos professores

Capacidades sociais e participação	1 Discordo Fortemente	2 Discordo	3 Nem Concordo/ Nem discordo	4 Concordo	5 NA
S1. Com o implante Coclear, a criança facilmente faz amizade, como as crianças da sua idade.					
S2. Com o implante Coclear, a criança participa, ativamente em jogos e peças, como as outras crianças da sua idade.					
S3. Com o implante Coclear, a criança é aceita pelos seus pares de sala de aula, como as crianças da sua idade.					
S4. Com o implante Coclear, posso comunicar tão facilmente com uma criança surda como com uma criança que ouve.					
S5. Com o implante Coclear, as capacidades sociais da criança são apropriadas a sua idade.					
S6. Com o implante Coclear, a criança é capaz de iniciar a interação social e jogar, como as crianças da sua idade.					
S7. Com o implante Coclear, o comportamento da criança é adequado à sua idade.					

Resultados Acadêmicos	1 Discordo Fortemente	2 Discordo	3 Nem Concordo/ Nem discordo	4 Concordo	5 NA
A1. Com o implante Coclear, a criança participa facilmente numa turma normal, como as crianças da sua idade.					
A2. Com o implante Coclear, o progresso académico da criança é apropriado à sua idade					
A3. Com o implante Coclear, a criança atingiu altos níveis na leitura e na escrita, como as crianças da sua idade.					
A4. Com o implante Coclear, a criança atinge altos níveis a matemática, como as crianças da sua idade.					
A5. Com o implante Coclear, a criança está pelo menos a atingir os níveis esperados para a sua idade.					

Vida Futura	1 Discordo Fortemente	2 Discordo	3 Nem Concordo/ Nem discordo	4 Concordo	NA
F1. Com o implante Coclear, a criança funciona como uma criança que ouve normalmente.					
F2. Com o implante Coclear, a criança é tão independente como qualquer outra criança com a sua idade.					
F3. Com o implante Coclear, a criança desenvolveu uma identidade como uma pessoa que ouve.					
F4. Com o implante Coclear, a criança desenvolveu uma personalidade como uma criança que ouve.					
F5. Com o implante Coclear, a criança partilha confortavelmente ambas as identidades, a de surda e a de uma criança que ouve.					
F6. Com o implante Coclear, a criança tem uma atitude positiva em relação ao uso do implante Coclear.					

## Crianças com Implante Coclear: Percepções dos professores

F7.Com o implante Coclear, a criança tem uma atitude positiva em relação à linguagem gestual.					
---	--	--	--	--	--

### Secção 3

Esta secção questiona-o acerca das suas percepções da participação social, pessoal e académica na vida escolar da criança. Gostaríamos que tivesse em conta a criança em comparação com outros alunos da mesma idade que não têm uma perda de audição.

**Por favor seleccione o nível que descreve a criança mais pormenorizadamente. Assinale com x.**

1.Níveis de Integração (presença física numa sala de aulas normal)	
<b>Total</b> – O aluno está inserido numa turma, de acordo com a sua faixa etária, durante todo o dia de aulas; por vezes os seus padrões de atividade podem variar dos padrões dos seus pares.	
<b>Seletivo</b> – O aluno está inserido numa turma, de acordo com a sua faixa etária, durante uma parte do dia mas também recebe serviços educacionais em outros locais, tal numa unidade de educação especial ou na comunidade.	
<b>Nenhum</b> - O aluno não está numa sala de aula do ensino regular.	

2.Níveis de participação Académica	
<b>Competitivos</b> - Os padrões académicos são semelhantes aos dos outros alunos numa escola normal; apesar do total da carga horária poder ser ajustada, os níveis académicos são avaliados usando os mesmos padrões e métodos àqueles usados pelos seus pares.	
<b>Ativo</b> – Os padrões Académicos não são os mesmos daqueles aplicados aos seus pares, e a carga horária pode ser reduzida e modificada. O currículo normal é seguido mas a avaliação académica é individualizada de acordo com as capacidades do aluno em cada disciplina.	
<b>Envolvidos</b> – Os padrões Académicos são mínimos apesar do aluno estar envolvido num currículo normal tanto quanto possível. O progresso é avaliado de acordo com a participação do indivíduo em vez de acordo com os padrões académicos.	
<b>Nenhuns</b> – nenhuns padrões Académicos são esperados e nenhuma avaliação é efetuada.	

3.Níveis de Independência	
<b>Completa</b> - O aluno é capaz de participar sem assistência.	
<b>Independente mas com apoio</b> – O aluno é independente uma vez confrontado com tomadas de posição, amplificação e condições acústicas.	
<b>Assistido</b> – O aluno é capaz de ser envolvido numa atividade com apoio estruturado na Comunicação, por exemplo ajuda na comunicação com intérprete ou co- professor.	

4.Níveis de Participação Social	
<b>Competitiva</b> - O aluno está ativamente envolvido nas dinâmicas sociais do grupo, exorta influência dentro do grupo, e determina o seu envolvimento nas atividades sociais.	
<b>Activa</b> – O aluno está ativamente envolvido no grupo e determina as suas atividades, mas não exorta muitas vezes influência no grupo.	
<b>Envolvido</b> – O aluno é mais passivo e limitado na sua participação e determina o seu próprio envolvimento em atividades de grupo, mas tem pouca influência direta sobre o grupo.	
<b>Nenhum</b> – O aluno não está envolvido nas atividades sociais ou interações com os seus pares.	

Muito obrigada pelo tempo dispensado