

Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti



MCE PAULA FRASSINETTI
MESTRADO EM CIÊNCIAS
DA EDUCAÇÃO
EDUCAÇÃO ESPECIAL

A Frequência Bilingue Precoce e as Competências Comunicativas Oraís de Crianças Surdas dos 0 aos 3 Anos

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti para
obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação - Especialização em Educação
Especial

Ana Paula Coelho Gouveia Quartarone

Orientador: Doutor Carlos Manuel Peixoto Afonso

Porto

Setembro de 2018

AGRADECIMENTOS

Apesar dos vaticínios de um ano penoso e solitário, que iriam envolver a concretização deste trabalho, os mesmo não se concretizaram, e não foi por mero acaso, ou porque o trabalho não se me apresentasse desafiador e por vezes difícil de concretizar. Esta “leveza” de execução, transpondo obstáculos e desafios, se deve àqueles a quem passo a dirigir os meus mais sinceros agradecimentos:

Ao meu maior instigador e companheiro, o meu marido, que esteve sempre ao meu lado em mais um desafio, numa fase da vida em que por vezes tive de inverter prioridades e necessidades, e em que o tempo foi escasso e teve de ser gerido até ao segundo, acompanhando-me sempre nas noitadas, não de diversão, mas de trabalho, por vezes interminável;

Ao professor Carlos Afonso, orientador irrepreensível, paciente, incentivador e sempre presente, que me guiou no rumo certo com objetividade e pragmatismo, sem o qual, indubitavelmente, não teria conseguido concluir este projeto;

Às profissionais entrevistadas, que fazem parte da equipa da FBP, e que gentilmente partilharam, com muita paixão e dedicação, saberes e experiências, sem os quais este trabalho não se teria realizado;

À Sílvia, amiga e parceira de orientação, que elevou e enriqueceu todos os momentos de partilha, presenciais e não só;

À Joana, amiga, consultora e assessora, agradeço as conversa, as dicas, os livros, os e-mails, e principalmente o ter-me convencido a fazer uma “determinada” pós-graduação;

À Sara, que com muita generosidade e profissionalismo estabeleceu, como intérprete, a ponte de comunicação fundamental entre mim e a professora de LGP, “dando gestos à minha voz”;

A todos os que aqui não estão mencionados, mas que direta ou indiretamente, colaboraram para que esta empreitada chegasse ao fim, o meu eterno obrigada.

RESUMO

Através deste estudo pretende-se abordar, e partilhar, questões pertinentes que nos possam permitir um melhor entendimento de como funcionam os programas de frequência bilingue precoce, e de que forma estas intervenções se refletem na aquisição e no desenvolvimento da comunicação em geral, e da comunicação verbal oral em particular, das crianças surdas dos 0 aos 3 anos. A nossa investigação delimitou a pesquisa a um único programa de uma instituição de ensino, mais especificamente de uma EREBAS (Escola de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos) do grande Porto, aos elementos da equipa que o compõem, a todas as dinâmicas implícitas e áreas de intervenção, num modelo bilingue que intervém na área da surdez numa perspetiva socioantropológica. Com este objetivo, desenvolveu-se um trabalho de abordagem qualitativa, para nós a mais indicada em função do nosso objeto de estudo, recorrendo à técnica da entrevista, aos três elementos que compõem a equipa multidisciplinar da FBP. Através da análise dos dados obtidos compreendeu-se as bases deste modelo educativo bilingue, de cariz socioantropológico, flexível e dinâmico, e as implicações nas opções linguísticas, bilinguismo simultâneo. Os resultados apontam que a FBP surge como uma resposta, singular e específica, para colmatar uma lacuna na oferta educativa do serviço público, no apoio destas crianças. Este programa é exequível porque é operacionalizado por uma equipa multi e transdisciplinar, com profissionais com vasta experiência. Concluímos ainda que o uso cada vez mais precoce das tecnologias de apoio e respostas atempadas e especializadas, possibilitam à criança um acesso mais precoce ao português oral, permitem a aquisição e produção de fala mais de acordo com o previsto nas etapas normais do desenvolvimento, sendo notório um desfasamento menor entre a idade de aquisição e as respetivas etapas de desenvolvimento da comunicação verbal oral.

Palavras-chave: comunicação; comunicação verbal oral; surdez; intervenção precoce; Frequência Bilingue Precoce.

ABSTRACT

This dissertation addresses relevant issues on early attendance of bilingual programs (whose Portuguese acronym is FBP), providing a better understanding of how this experience is reflected in the acquisition and development of communication in general, particularly of verbal oral communication, by deaf children until they are 3 years old. This research is focused on a specific FBP program, the one developed in the EREBAS (Reference School for the Bilingual Education of Deaf Students) of Greater Oporto (Portugal), on the people who works on that team, on their dynamics and intervention in the context of a bilingual model that operates on deafness on a social and anthropological perspective. With this goal in mind, ours was a work of qualitative approach, which we found as the most appropriate to our object of study, choosing to interview the three FBP multidisciplinary team members. By analysing the data we gathered, we were able to understand the structural elements of this bilingual educational model, socioanthropologically oriented, flexible and dynamic, and its implications on language options, simultaneous bilingualism. Results indicate that FBP is a singular and specific response to support these children, filling a gap perceived inside the Portuguese public educational system. This program is feasible because it is operated by a multi- and transdisciplinary team, with widely experienced professional people. We reached the conclusion that the growingly earlier use of supportive technologies and timely responses provide children to an advanced access to Portuguese oral language, allowing the acquisition and speech production more in line with the provisions of what are considered to be the normal stages of development, clearly allowing to reduce the gap between the age of acquisition and each development stage of verbal communications.

Keywords: communication; verbal oral communication; deafness; early intervention; early attendance of bilingual programs (FBP).

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
CAPÍTULO 1 - A COMUNICAÇÃO HUMANA	13
1.1. Conceito	13
1.2. A Comunicação Oral dos 0 aos 3 anos.....	17
1.2.1 Fases da Comunicação dos 0 aos 3 anos - Fase Vocal e Verbal.....	21
CAPÍTULO 2 - SURDEZ	26
2.1 Visão Clínica.....	29
2.1.1 Classificação da Perda Auditiva.....	30
2.2 Visão Socioantropológica.....	32
2.3 Dificuldades de Comunicação Oral das Crianças Surdas dos 0 aos 3 anos	35
CAPÍTULO 3 – RESPOSTAS EDUCATIVAS	40
3.1 Enquadramento Legal.....	40
3.2 Oralismo	44
3.3 Bilinguismo.....	46
CAPÍTULO 4 – FREQUÊNCIA BILINGUE PRECOCE	51
4.1 Intervenção Precoce, História, Modelos e Práticas.....	51
4.2 A Intervenção Precoce em Portugal, Modelos e Práticas.....	58
4.3 Frequência Bilingue Precoce, uma Resposta Educativa	63
PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA.....	71
CAPÍTULO 1 – CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	72
1.1 Definição do Problema.....	72
1.2 Questões de Investigação.....	76
CAPÍTULO 2 - OPÇÕES METODOLÓGICAS	79
2.1 Escolha do Método.....	79
2.2 Escolha da Técnica	81
2.3 Caracterização do Contexto (FBP)	84
2.4 Procedimentos de Recolha de Dados.....	89
2.5 Características dos Sujeitos.....	93
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	95
3.1 Definição das Categorias Analíticas.....	95
3.2- Análise Categorical dos Discursos	96
3.2.1 Fundamentos Teóricos do Modelo	96

3.2.2 Opções Linguísticas.....	102
3.2.3 Encaminhamento / Entrada das Crianças na FBP.....	115
3.2.4 Acolhimento da Família e Processo de Avaliação da Criança.....	118
3.2.5 Processo de Intervenção / Acompanhamento.....	127
3.2.6 Avaliação e Evolução da Intervenção	143
3.3 Síntese Interpretativa	147
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	163

ANEXOS

- Anexo 1 – Sinopse da Entrevista Exploratória
- Anexo 2 – Guião da Entrevista Semiestruturada
- Anexo 3 – Consentimento Informado
- Anexo 4 – Entrevista ao sujeito A
- Anexo 5 – Entrevista ao sujeito B
- Anexo 6 – Entrevista ao sujeito C
- Anexo 7 – Tratamento das entrevistas

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS e ACRÓNIMOS

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association

DEC – Division for Early Childhood

DEC – Division for Early Childhood

DSOIP – Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica

EE – Educação Especial

ELI – Equipas Locais de Intervenção

EOAS – Emissões Otoacústicas

EREBAS – Escola de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos

FBP – Frequência Bilingue Precoce

ICF – Intervenção Centrada na Família

IP – Intervenção Precoce

L1 – Língua Primeira

L2 – Língua Segunda

LGP – Língua Gestual Portuguesa

MAE – Meato Acústico Externo

NEE – Necessidades Educativas Especiais

PIFBP – Plano de Intervenção da Frequência Bilingue Precoce

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

WFD – Federação Mundial de Surdos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Classificação da Perda Auditiva (Silman & Silverman)	31
Tabela 2 - Classificação da Perda (Stach).....	31
Tabela 3 - Categorias e Subcategorias	95

INTRODUÇÃO

“O meu coração não está surdo a nada neste mundo duplo”

Emmanuelle Laborit”

Ao longo dos últimos anos, profissionais como nós, terapeutas da fala, a desempenhar funções quer na área da saúde, quer na área da educação, a acompanhar alunos surdos desde a sua idade mais precoce até à adolescência, temos constatado a necessidade premente de desenvolver estudos mais aprofundados na área da comunicação e suas perturbações, principalmente as que se relacionam com a surdez em crianças, dos 0 aos 3 anos.

Passamos grande parte do tempo a intervir com crianças que não têm uma forma de comunicar efetiva e/ou eficiente, e, com algumas verdades adquiridas, mas questionando sempre, de forma crítica e positiva, procuramos pesquisar a construção de modelos e métodos de intervenção. Assim sendo, um dos principais objetivos deste trabalho o de recolher elementos de informação e de análise, atuais e acessíveis, de práticas no âmbito da intervenção precoce, com crianças surdas dos 0 aos 3 anos, num modelo educativo bilingue, conceptualizado na legislação portuguesa, e perceber de que forma contribuem para a aquisição e desenvolvimento das competências comunicativas orais destas crianças.

Pretendemos, então, abordar de forma clara e objetiva esta problemática, para uma melhor compreensão da mesma, combinando o nosso conhecimento, balizado em vários parâmetros adquiridos ao longo da nossa experiência profissional, com o que está a ser desenvolvido no terreno por profissionais das áreas da educação e da saúde, professores de educação especial e terapeutas da fala, através dos seus conhecimentos sobre esta temática, e da experiência prática que foram acumulando ao longo do tempo.

Faremos um ponto da situação desde o início da implementação de um programa de Frequência Bilingue Precoce (FBP) num agrupamento específico

de Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos (EREBAS), abordando, por um lado, os conhecimentos e práticas atuais e, por outro, tentando perceber as contribuições que a FBP tem trazido ao nível da aquisição e desenvolvimento da comunicação verbal oral das crianças surdas dos 0 aos 3 anos.

Ao longo do nosso estudo conseguimos perceber elementos que nos levam a inferir que há, sem qualquer dúvida, um antes e um depois da implementação dos programas de frequência bilingue precoce a partir do Decreto-Lei nº. 3/2008, de 7 de janeiro, com crianças surdas dos 0 aos 3 anos, que se reflete positivamente a nível comunicacional, com um percurso de desenvolvimento mais harmonioso em todas as áreas, principalmente a nível social e académico, e poderemos mesmo falar do surgimento de um grupo de crianças a quem poderemos denominar de “Geração FBP” à qual devemos ficar atentos e expectantes.

Através da seleção cuidadosa e de leituras exploratórias de textos que apresentam abordagens diversificadas do fenómeno a estudar, iremos expor a perspectiva que nos parece mais pertinente para abordar o nosso objeto de investigação. Com o objetivo de desenvolver questões pertinentes e reflexivas, as leituras foram escolhidas em função de critérios bem precisos, com elementos de análise e de interpretação, relacionadas com a pergunta de partida, *“Qual a importância da Frequência Bilingue Precoce (FBP), de crianças surdas dos 0 aos 3 anos, na aquisição e desenvolvimento das competências comunicativas orais?”*.

Este trabalho encontra-se dividido, em termos organizativos, em duas partes principais, enquadramento teórico e estrutura empírica respetivamente.

A primeira parte apresenta o enquadramento teórico, realizado através de pesquisa e revisão bibliográfica, dividida em três capítulos: no primeiro abordamos a comunicação humana, conceptualizando-a nos seus aspetos mais pertinentes, com maior enfoque na comunicação verbal oral das crianças dos 0 aos 3 anos, fazendo uma retrospectiva das fases da comunicação, fase vocal e verbal, nesta faixa etária. No segundo capítulo englobam-se as questões da surdez, na sua dimensão clínica e socioantropológica, assim como

as dificuldades de comunicação resultantes. No terceiro capítulo falamos sobre as respostas educativas, enquadramento legal, bilinguismo e oralismo, como suporte à educação de crianças surdas. Como nota, em relação a este capítulo, gostaríamos de referir que durante a realização desta tese de mestrado, na sua fase final, o Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro, que enquadra a Educação Especial em Portugal, foi revogado pelo Decreto-Lei nº. 54/2018 de 6 de julho. No quarto capítulo abordamos especificamente a Frequência Bilingue Precoce (FBP), através, inicialmente, de uma retrospectiva histórica sobre a Intervenção Precoce, posteriormente sobre a Intervenção Precoce e práticas em Portugal, e numa fase final deste capítulo incidiremos sobre a FBP como resposta educativa.

A segunda parte desta investigação expõe a sua estrutura empírica de forma a explicitar o percurso traçado e percorrido pelos investigadores, durante o seu trabalho de campo. No primeiro capítulo damos a conhecer o nosso objeto de estudo, definindo a problemática e as questões de investigação. No segundo capítulo iremos detalhar as opções metodológicas, a escolha do método e da técnica, a caracterização do contexto sobre o qual incide o nosso objeto de estudo, os procedimentos de recolha de dados e as características dos sujeitos que participaram nesta investigação. No terceiro capítulo faremos a apresentação e discussão dos resultados, através das categorias analíticas e da análise categorial do discurso dos participantes, e terminaremos com a síntese interpretativa e as reflexões finais resultantes desta pesquisa.

Acreditamos ter um papel importante e interventivo, como profissionais da área da comunicação, perante a complexidade do tema a investigar, assim pretendemos que este trabalho vá construindo, gradualmente, um conhecimento sobre a temática, de forma a suscitar reflexões, debates, críticas, novas propostas e novos olhares, pois num mundo em constante mudança cada vez mais temos de rever a nossa formação, o nosso conhecimento e os nossos pressupostos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - A COMUNICAÇÃO HUMANA

1.1. Conceito

“Para ensinar alguém a falar, temos primeiro que aprender a ouvi-la”

Jaime Luiz Zorzi

Comunicamos quando nascemos, ao longo da vida, e através das memórias e marcas que deixamos no outro. A comunicação é inerente ao ser humano, é uma necessidade vital e indissociável à sua condição humana e à sua sobrevivência, satisfazendo tanto as necessidades físicas quanto as de ordem emocional, recebendo, compreendendo, transformando e produzindo informação.

A comunicação é um processo ativo entre dois ou mais intervenientes, em que a troca de informação envolve a codificação e a decodificação de uma mensagem. Há várias formas de comunicação no mundo animal com as mais variadas funções e propósitos. O ser humano é comunicador por natureza, comunica pessoalmente e à distância, em situações formais, informais e espontaneamente. Comunica oralmente através da fala, por escrito, por gestos e mesmo quando está em silêncio. A condição de ser social e gregário impele para o ato de comunicar, *“por mais que tentemos não podemos deixar de comunicar, ação ou imobilidade, palavras, gestos ou silêncio todos contêm uma mensagem que é percebida pelos pares da comunidade em que vivemos”* (Sim-Sim, 1998, pp.21-22).

A comunicação humana é uma necessidade de troca de emoções, de sentimentos, e de conhecimentos. Pensar, criar, aprender, instigar, todas estas são capacidades do ser humano e estão sempre presentes no processo comunicacional através de elementos motores, de expressão emocional e vocalizações. Esta forma de comunicar bastante complexa, mas “demasiado” natural e sem esforço, advém da prontidão biológica com que nascemos, tendo como um dos seus instrumentos mais eficazes a produção verbal oral, a fala, que a maioria dos indivíduos desenvolve, sendo esta uma forma de

comunicação que capacita os seres humanos a transmitir informações com especificidade e detalhe (Boone, 1994).

As teorias sobre a forma como surgiu e evoluiu a comunicação verbal oral são variadíssimas e extensas. Aqui destacamos a de Luria, citado por Fromkin & Rodman (1993, p.27), sustentada pela ideia de base de que a comunicação verbal oral teria surgido através da produção de sons ritmados, produzidos pelos homens durante trabalhos de grupo, assim refere que:

“Tudo nos leva a crer que a fala tem a sua origem em atividade produtiva e surgiu primeiro com a forma de moções curtas que representavam certas atividades no trabalho e gestos que permitiam aos homens apontar e comunicar. (...) Apenas bastante mais tarde, como nos mostra a paleontologia da fala, se desenvolveu a fala verbal. Só ao longo de um período historicamente muito longo se verificou a dissociação do som e do gesto”.

As formas como o ser humano comunica são subtis e complexas. Cada um de nós tem um conhecimento inerente de como a comunicação funciona, através de comportamentos verbais, da fala, da audição, da escrita e da leitura, e de comportamentos não-verbais implícitos na qualidade vocal, na entonação, no volume, no nível tonal, na velocidade da fala, entre outros.

O ato de comunicar exige a presença no espaço ou no tempo de um emissor, que produza um sinal, e de um recetor que o descodifique. Para que esta situação comunicacional seja efetiva os interlocutores devem dominar um código comum e utilizar o canal de comunicação apropriado. Qualquer sistema de sinais usado, como canal de comunicação através do qual a mensagem é transmitida, é um código (a língua natural, o sistema de escrita braille, e a língua gestual, etc.) (Sim-Sim, 1998).

A comunicação é um processo evolutivo e a criança, mesmo antes de ser capaz de produzir palavras, já comunica através de comportamentos que são interpretados pelo adulto, através da linguagem verbal. Apesar da linguagem verbal ser a forma de comunicação mais complexa não é única, Para Sim-Sim (1998) no ato de comunicar a comunicação verbal é a forma mais sofisticada de o realizar, considerando o sistema linguístico que a serve como sendo o mais complexo dos códigos, a comunicação verbal oral. A língua é um sistema de signos arbitrários e convencionados por um grupo social, com o propósito de constituir um código conhecido e reconhecido por todos. Esta

mesma autora refere que todas as línguas apresentam traços comuns, universais:

“(...)são complexas, capazes de exprimir qualquer ideia; todas são mutáveis no tempo, portanto, passíveis de evolução; todas são compostas por unidades discretas e reguladas por regras; em todas é possível expressar o passado, o presente, o futuro, a negação, a interrogação e a formulação de ordens; e em todas se constata a relação de arbitrariedade entre o som (e cadeias de som) e o(s) significado(s) respetivo(s)”. (Sim-Sim, 1998, pp.22-23).

Como já referido este processo é inerente ao ser humano, comunicador por excelência, e faz parte da sua condição de ser sociável em que a inevitabilidade da comunicação está sempre presente. Os processos de comunicação não se limitam à linguagem verbal, incluem uma ampla gama de atividades e grande parte dela é não verbal, como a postura corporal e gestos das mãos do falante que transmitem atitudes, relevo e emoção.

Quando uma mensagem específica é transmitida, quer seja falada, escrita ou por sinais, envolve um sistema de símbolos que transmite significado. Um falante deve conhecer o código, as regras de combinação dos sons em palavras e das palavras em frases. Utiliza tanto a estrutura das frases como o sentido das palavras para transmitir o conteúdo da mensagem. Deve reconhecer as regras do discurso social para utilizar eficazmente a língua do grupo a que pertence para comunicar (Boone, 1994).

A comunicação considerada normal é a que engloba os aspetos verbais e não verbais, tendo como pressuposto diversos sistemas biológicos íntegros. A comunicação é efetiva e eficiente quando as informações são transmitidas com precisão de um emissor para um recetor. Para isso, como já referido, alguns aspetos da comunicação, que nem sempre são intencionais, integram o ato de comunicar, tais como elementos não verbais, postura, expressão facial, qualidade vocal, e outros, que na sua maioria são culturalmente regulados (Boone, 1994).

Na comunicação, como já salientamos, a expressão das ideias não está restrita a modalidades auditivo-orais. As línguas gestuais, línguas naturais das comunidades surdas, são o exemplo de uma forma de comunicar que utiliza modos visuo-manuais, movimentos de braços e mãos, expressões faciais e localizações no espaço, diversidade de vocabulário e estrutura gramatical, que

quando apreendidas precocemente através de um banho linguístico, igual ao da criança ouvinte, apresenta uma sequência desenvolvimental normal como primeira língua, como língua materna (Boone, 1994).

A forma natural de comunicar, através da fala, do domínio do código de uma comunidade linguística, é realizada através da exposição e aquisição natural e espontânea da língua materna por parte da criança, sendo este um processo universal que não requer ensino. É a língua materna, na sua vertente oral ou gestual que é adquirida durante a infância. Em relação à fala a sua aquisição implica a apreensão das regras específicas do sistema, no que respeita à forma (fonologia), ao conteúdo (morfologia), ao uso da língua (sintaxe) e às regras de uso (pragmática) (Sim-Sim, 1998).

Todos nós, em algum momento e de alguma forma, já estivemos envolvidos numa situação na qual o ouvinte interpreta algo completamente diferente do que o falante pretendeu, a voz a postura do corpo ou a expressão facial podem comunicar uma coisa, enquanto as palavras dizem outra. Por vezes essa diferença de interpretação relaciona-se ao colorido emocional da mensagem do falante. Esta dificuldade pode estar relacionada com o facto de que o estado emocional do ouvinte está em grande variação em relação ao falante. Ocasionalmente a má comunicação ou má interpretação é facilmente corrigida e ultrapassada, mas para alguns indivíduos, no entanto, a falha na comunicação ocorre devido a dificuldades de articulação, voz, linguagem, fluência ou a uma perda auditiva (Boone, 1994).

A dificuldade de produção e do domínio da fala, pelos mais diversos motivos, que impede ou prejudica o ato de comunicar, é uma das formas mais frequentes de marginalização, em qualquer faixa etária, em qualquer grupo social. É com esta preocupação maior que abordamos as dificuldades de comunicação em crianças surdas dos 0 aos 3 anos, e refletimos sobre as suas consequências, já que para comunicar com o mundo e com o outro a criança precisa de crescer linguisticamente, ou seja adquirir a mestria das regras de estrutura e uso que regulamentam a língua do grupo primário de socialização que é a família. Esta possibilidade no caso das crianças surdas não ocorre, já que, em 95% dos casos, nascem em famílias ouvintes, sem a capacidade de,

naturalmente, adquirirem e interiorizarem a língua, através de um banho linguístico necessário e imprescindível, como ocorre com as crianças ouvintes.

1.2. A Comunicação Oral dos 0 aos 3 anos

“A comunicação infantil começa pela “pele”, comunicação corporal, até alcançar a primeira palavra significativa (...). E desta comunicação inicial pode depender toda a sua melodia com a própria vida, toda a sua harmonia com o mundo”.

Bloch, 2002

O bebê antes de emitir qualquer comunicação oral com significado, ou de proferir qualquer palavra ou mesmo de a compreender, já comunica, através do sorriso, dos gestos, da expressão facial, e de outras formas de interagir e chamar a atenção do seu interlocutor, do cuidador, sendo provavelmente o choro a sua ferramenta mais poderosa para, desde o início, comunicar de forma a satisfazer as suas necessidades mais básicas.

As crianças, à medida que vão crescendo, passam por vários estágios de desenvolvimento, e para a grande maioria a aquisição da língua materna surge de forma natural e espontânea, desenvolvendo assim, rapidamente, formas verbais e não verbais de comunicação, através de diferentes fases, para a conquista da gramática, da sintaxe e do abstrato. A aquisição e desenvolvimento da fala, que, para Sim-Sim (1998), nada mais é do que a produção de linguagem na variante fónica, realizada através do processo de articulação de sons, ocorre naturalmente, sem dificuldade, de forma surpreendente e fascinante, se refletirmos sobre a complexidade por trás de um ato que nos parece sempre tão simples e que é encarado como dado adquirido.

Como refere Rigolet (2006) o primeiro ano de vida de uma criança é fulcral e o seu desenvolvimento socio afetivo dependerá substancialmente da forma como irá desenvolver as suas competências comunicativas,

competências estas que serão os pilares para o seu desenvolvimento linguístico.

Independentemente das características específicas que a linguagem assume em cada comunidade linguística, a comunicação verbal é universal. Na sequência da universalidade da linguagem, na sua vertente oral, qualquer criança adquire a língua da comunidade a que pertence, basta para tal que ela seja exposta, isto é, que ouça falar à sua volta. A aquisição natural e espontânea de uma língua é uma capacidade da espécie humana, independentemente da raça e da cultura de cada grupo social, que nos permite vivenciar, partilhar e realizar aprendizagens individuais e sociais (Sim-Sim, 1998).

As crianças precisam de adquirir as regras de convívio social e comunicativo e estas são feitas principalmente através da aquisição e domínio de uma língua. A língua é adquirida por fases, de maior ou menor duração, sendo que a cada fase sucessiva se aproxima mais do padrão do adulto. Estas fases são muito semelhantes em qualquer criança no mundo e, por isso, são consideradas universais.

As primeiras semanas de vida de um bebé são preenchidas principalmente por eventos biológicos de necessidades básicas de alimentação, eliminação e sono, mas rapidamente será estimulado pelo adulto a evoluir nas interações e atitudes comunicativas. Através do choro, do som da voz, do sorriso intencional, da mudança de padrões vocais de volume altura e duração, o bebé estabelece diálogos intencionais e rapidamente os pais ou os cuidadores começam a vivenciar momentos ricos de interação comunicativa permitindo à criança assimilar com confiança a sua competência como interlocutor (Boone, 1994).

Assim inicialmente, após o nascimento, o bebé procura a voz humana e aprende rapidamente, por volta dos dois meses, a aliar a modalidade auditiva com a visual, de modo que o input da fala é acompanhado por informações visuais sobre movimentos dos órgãos fonoarticulatórios e expressões faciais. Durante a primeira infância o bebé pode demonstrar a capacidade de discriminar entre sílabas que iniciam com diferentes consoantes. Tal habilidade

é rapidamente ampliada para palavras polissilábicas. O desenvolvimento social do bebé está intimamente ligado a inputs de linguagem auditiva. Durante os primeiros meses generaliza a atenção e foca-a a outras pessoas, demonstrando uma grande capacidade de identificar as vozes de pessoas próximas, reage e volta-se em direção à voz de uma pessoa. Inicialmente a comunicação entre o bebé e os outros em torno dele consiste em mensagens não verbais da criança, bem como em mensagens verbais e não verbais dos pais ou cuidadores estabelecendo rapidamente um vínculo mais próximo com o bebé, quando ele responde com a sua própria vocalização às variadas emoções vocais dos cuidadores promovendo uma interação forte e duradoura (Boone, 1994).

Para Owens, citado por Sim-Sim (1998, p.191):

“(...) as regras de interação são disponibilizadas para o bebé pelo comunicador competente, quer ele seja um adulto ou uma criança mais velha. O bebé torna-se um parceiro comunicativo porque, desde o nascimento, o adulto interpreta, como tendo significado, as contribuições da criança na interação”.

Como já referido anteriormente, as primeiras formas de comunicação do bebé estão relacionadas a estados biológicos e emocionais, sendo, por isso de natureza mais reflexa. É comum que os pais e cuidadores interpretem estas primeiras respostas reflexas como mensagens intencionais de comunicação.

Embora o bebé nasça com um sistema auditivo pronto para funcionar, a maior parte da comunicação dos pais com o recém-nascido ocorre através de vocalização não verbal. Em geral, falamos muito com o recém-nascido, aparentemente com a compreensão de que o bebé “não nos compreende”. Segurar e tocar o bebé aliados à vocalização são comumente os modos principais de comunicação não-verbal. O principal canal comunicativo nas línguas do mundo torna-se crescentemente auditivo, à medida que o bebé amadurece (Boone, 1994).

A aparente facilidade com que adquirimos uma língua e o seu uso eficaz envolve a interação de múltiplas habilidades. Bloom, citado por Boone (1994), nota que as habilidades da linguagem verbal oral podem ser descritas em termos de forma, de conteúdo e de uso. Para este mesmo autor a forma inclui a fonologia, a sintaxe e a morfologia; o conteúdo inclui os significados ou a semântica das palavras e elocuições, e o uso inclui habilidades pragmáticas tais

como as regras do discurso social e o propósito do falante para a comunicação. As habilidades referidas, para uma comunicação efetiva e eficiente, têm o seu início no momento em que o bebê nasce e começa a interagir com o mundo e com os outros.

A maioria das pessoas utiliza a linguagem auditiva e a linguagem oral, embora esta se possa desenvolver em qualquer modalidade. A linguagem verbal oral depende do desenvolvimento dos sistemas sensorial, motor e cognitivo. A integridade desses sistemas representa a prontidão biológica do indivíduo para a linguagem falada, mas o bebê demora de nove a doze meses até que possa produzir as primeiras palavras faladas. As crianças ouvem os sons e as palavras da língua, ou línguas que irão adquirir, durante interações com os outros, ouvem sequências específicas de sons na presença de objetos ou de ações específicas. O amadurecimento físico das crianças permite-lhes passar de recetores de estimulação ambiental a participantes no seu ambiente. Elas são capazes de ir ao encontro de objetos e agarrá-los, engatinhar para explorar tudo ao seu redor. A tonicidade muscular vai-se desenvolvendo permitindo-lhes controlar os músculos faciais, a postura e a respiração para vocalizações. A laringe e as vias aéreas crescem, mudando a forma de como os sons ressoam e são modificados pelo trato vocal (Boone, 1994).

Estes sinais de amadurecimento físico são acompanhados paralelamente por ganhos cognitivos. Os bebês exploram e aprendem sobre o seu meio, lembram-se de pessoas, objetos e ações e começam a fazer associações e a relacionar com palavras que ouviram. Eles brincam com os sons experimentando diferentes combinações e entonações e aprendem aspetos não-verbais da comunicação. Por volta dos doze meses as habilidades motoras, sensoriais e cognitivas unem-se para a produção de sons que se aproximam de palavras reais. Quando isto ocorre na presença de outros falantes a reação é interpretar esta tentativa como fala dando-lhe um significado. Este apoio social fortalece as primeiras tentativas das crianças e encoraja o seu desenvolvimento adicional. Os progressos a partir desta fase são inúmeros e diversos nos vários níveis linguísticos, fonético-fonológico, léxico-semântico-estrutural e morfossintático (Boone, 1994).

Para que haja aquisição e desenvolvimento adequado, dos vários níveis linguísticos, as competências motoras, sensoriais e cognitivas que apoiam o desenvolvimento da linguagem verbal oral são essenciais para que se possam ir desenvolvendo de acordo com a faixa etária. Uma dificuldade de funcionamento nessas áreas devido a doença, traumatismo, hereditariedade e outros, pode levar a uma alteração da comunicação a vários níveis, com consequências de maior ou menor grau, no caso de crianças em idade precoce, em todas as áreas do desenvolvimento.

1.2.1 Fases da Comunicação dos 0 aos 3 anos - Fase Vocal e Verbal

“(...) desse ovo de ouro nasceu um homem, Prajapati (...). Um ano depois quis falar. Disse bhur e criou a terra. Disse bhuvar e criou a atmosfera. Disse suvar e criou o céu. É esta a razão por que as crianças querem falar ao fim de um ano (...). Quando Prajapati falou pela primeira vez, proferiu uma ou duas sílabas. É por isso que uma criança profere uma ou duas sílabas quando fala pela primeira vez”.

Mito Hindu.

É importante percebermos, não de forma exaustiva, mas com algum detalhe, a forma como a criança se apodera e domina a fala, o código do grupo ao qual pertence, para melhor compreendermos a importância dos programas de frequência bilingue precoce em crianças surdas dos 0 aos 3 anos, nos quais adquire, aprende e domina a sua língua natural, a LGP, e de forma simultânea, ou sucessiva, é exposta a uma segunda língua.

A criança aprende a falar através do modelo da fala do outro, aprende a falar ouvindo falar, mas compreende muito antes de falar, todo o acompanhamento da palavra, tudo o que vem apostado a ela, faz com que a criança compreenda, independente da própria palavra, apesar do hiato de aproximadamente seis meses entre a compreensão de significados e a produção verbal oral. A influência do meio vai-se fazendo sentir cada vez mais e a criança irá precisar cada vez mais de estimulação externa para desenvolver

ao máximo as suas potencialidades (Rigolet, 2000), pois como afirma Zorzi (1993, p.27) *“a linguagem deve ser concebida no contexto da interação social, não simplesmente como meio de transmissão de informações, mas como das várias pessoas, veículo de trocas, de relações, como meio de representação e comunicação”*.

É importante percebermos o modo como evolui a comunicação, que inicialmente se organiza de forma não-verbal até chegar a formas verbais e linguísticas. Este entendimento é de fundamental importância pois assim podemos compreender as alterações da linguagem e de que forma podem atingir o desenvolvimento infantil (Zorzi, 2002).

No primeiro ano de vida o desenvolvimento linguístico é bastante universal, as crianças, independentemente da língua falada nos contextos onde estão inseridas, atingem as mesmas competências ao mesmo tempo, isto é, num prazo relativamente curto, comunicando principalmente através de mudanças de vocalização acompanhadas por expressões faciais e gestos, vocalizações não verbais, a que o cuidador dá significado, interpretando-as. Assim, através do modelo da fala do outro o bebê começa a desenvolver padrões prosódicos semelhantes. Para Boone (1994), nesta fase, a criança demonstra competência e desempenho na sua língua, que perduram até à chegada das primeiras palavras, tal evento em geral é anunciado pelos linguistas como o verdadeiro início do período linguístico do desenvolvimento.

Aos três meses os bebês usam os mesmos padrões de vocalização, comunicam através de mudanças vocais, principalmente nas dimensões de altura e duração (Boone, 1994). Segundo Zorzi (2002) nesta fase os comportamentos comunicativos são comportamentos reativos, são reações determinadas por uma organização nervosa reflexa, reagindo mais a fatores externos do que agindo sobre eles, já que o bebê ainda não tem capacidade biológica que possibilite ações voluntárias.

Por volta do sexto mês o bebê começa a balbuciar. Os sons produzidos neste período parecem incluir os sons da fala humana. As crianças surdas também balbuciam de forma muito semelhante às outras crianças. Nesta fase a entonação produzida pelo bebê começa a ter alguma similitude com os

contornos de entonação das frases produzidas pelos adultos, é mais ativo e já consegue organizar comportamentos de forma a explorar o ambiente que o rodeia (Fromkin,1993).

Com nove meses o bebê ainda não fala, mas o som geral das elocuições começa a soar como a língua que é falada em torno dele. Ouvimos na criança de nove meses a prosódia da língua materna, padrões de vocalização da elocução que apresentam velocidade, inflexão e ritmo distintivos. A partir dos nove meses começa a intencionalidade comunicativa, usam a voz para provocar algum tipo de ação (Boone, 1994).

Com dez meses surgem padrões de vocalizações mais complicados, padrões que se assemelham mais aos da língua materna, mas também transmitem algum sentido na ênfase e na entonação com que são produzidos e apresentam um aumento marcante de comportamentos comunicativos intencionais. Respostas como o choro começam a ser substituídas por apontar ou estender-se em direção às coisas, o que muitas vezes é complementado com vocalizações prosódicas, o bebê procura intencionalmente meios e formas de comunicar algo ao outro procurando a interação com o adulto (Zorzi, 2002).

Com doze meses, apesar de demonstrar uma clara intenção de comunicar, os bebês ainda não têm a capacidade de produzir algo inteligível, ainda se encontram na fase pré-linguística do desenvolvimento. Apesar de bebês de doze meses poderem ser considerados pré-linguísticos, no sentido em que podem ainda não ter pronunciado as primeiras palavras, os bebês que não apresentam qualquer comprometimento, nesta idade demonstram uma extraordinária compreensão da palavra falada (Boone, 1994).

O aparecimento das primeiras palavras articuladas sinaliza o início do período linguístico. O segmento ou palavra assume um significado mais exato do que a vocalização de jargão afetivo. A elocução já não é dependente da expressão da emoção por inflexão e ênfase vocais (Boone, 1994). As crianças aprenderam que o som se relaciona com os significados e produzem as suas primeiras palavras, e as primeiras palavras frases, as holófrases. Estas frases de uma só palavra têm três funções: estão relacionadas com a atividade da criança, transmitem emoções e têm a função de denominação (Fromkin,1993).

Para Rigolet (2006, p.22) do ponto de vista linguístico o segundo ano de uma criança deve ser dividido em duas fases diferenciadas:

“(...) dos 12 aos 18 meses em que uma única frase produzida em contexto funcional adquire vários significados segundo as variantes da sua utilização, holófrases constituídas principalmente por onomatopeias e bissilábicos; dos 18 aos 20 meses em que a criança produz pequenos enunciados, na sua maioria formados por substantivos, alguns verbos, raros advérbios e adjetivos, sem elementos de ligação na sua maioria”.

Nesta fase há uma grande e variada expansão lexical que incide em temas do quotidiano, e a criança começa a vivenciar a fase da função simbólica através do jogo simbólico, começa a perceber que determinado objeto tem uma função própria.

Dos 20 aos 22 meses o bebé começa a ter a perceção de que é compreendido e começa a fazer a ligação de duas palavras, ao que se segue um aumento rápido do enunciado de duas ou três palavras. Perto dos 24 meses já adquiriu a estrutura frásica do adulto, sujeito, verbo e complemento direto (Rigolet, 2006).

A criança aumenta a capacidade de comunicar, começa a usar a linguagem para descrever as ações que realiza ou que observa. Esta capacidade da linguagem representar não só o momento presente, mas começar a fazer referência ao passado e ao futuro tende a aumentar progressivamente (Zorzi, 2002).

Dos dois aos três anos de idade, a criança torna-se cada vez mais fluente linguisticamente, aprende e diz novas palavras a um ritmo de cinco a quinze por dia. O adulto também aqui tem um papel importante de reforço e estímulo ao nível semântico-estrutural, reforçando as áreas de aquisição em que a criança é espontaneamente melhor e estimulando as áreas de desenvolvimento mais lento. A criança adquire maior competência articulatória, mas ainda apresenta dificuldade na produção de certos fonemas e na articulação de palavras polissilábicas mais complexas (Rigolet, 2006).

Para Bloch (2002, p.6) *“são tantos os elementos a serem ativados e combinados, sincronizados e equilibrados para a emissão de uma única palavra que se chega à conclusão lógica de que se fala por milagre”.*

Para a criança ouvinte a representação verbal, as palavras, são as ferramentas para a aquisição e o desenvolvimento da linguagem, a forma de representação de tudo o que a rodeia. A forma de representação do mundo pode ser realizada de diversas formas, no caso da criança surda esta representação é feita através da língua gestual (Sim-Sim, 1998).

As dificuldades de comunicação excluem a criança do mundo, no qual comunicar é praticamente sinónimo de viver, e podem ter consequências devastadoras, afetam pessoas de qualquer idade e situações de vida as mais diversas. Para uma criança em idade precoce estas dificuldades afetam a interação com as pessoas que dela cuidam e perturbam ou impedem o processo de socialização natural.

Num mundo maioritariamente de ouvintes a LGP, língua dominada por um número muito restrito de pessoas surdas, familiares, amigos e pessoas que circulam no meio da comunidade surda, por si só não é suficiente para dar resposta a todas as situações de comunicação (sociais, educativas, profissionais, psicoemocionais,...), sendo necessário que, na maioria das vezes, a pessoa surda domine a forma de comunicação dos ouvintes, seja ela na vertente escrita e/ou oral.

É no seguimento destas reflexões, sobre a complexidade do processo comunicativo e o impacto gerado pela dificuldade, ou ausência, da produção verbal oral por parte da criança surda dos 0 aos 3 anos, que pretendemos através deste trabalho pesquisar, refletir, analisar e perceber de que forma o domínio precoce da LGP, facultado pelos programas de FBP, possibilita uma melhor aquisição e domínio da língua oral, neste caso a língua portuguesa, indo ao encontro da condição bilingue e bicultural em que a criança surda nasce e orbita, diminuindo, e sempre que possível transpondo as barreiras comunicativas.

CAPÍTULO 2 - SURDEZ

“O que interessa a surdez do ouvido se a mente ouve? Aquela que é a surdez, a surdez incurável, é a da mente.”

Vítor Hugo.

Acreditamos que é através do conhecimento do passado que melhor poderemos estudar, entender, reivindicar mudanças e ter esperança de que efetivamente, ao longo da história, a humanidade caminha para uma sociedade mais justa e mais inclusiva. É assim, partindo deste pressuposto que faremos uma rápida, mas não menos importante, resenha sobre o “olhar que acompanhou” a surdez ao longo da história.

Face ao olhar dos homens e ao olhar da lei, durante séculos, as pessoas com surdez foram encaradas e denominadas de variadíssimas formas, de anormais, inadaptados, deficientes e limitados. Perante a lei foram e continuam a ser enquadradas como pessoas deficientes, mesmo em questões educacionais, estando abrangidas pela educação especial ainda nos dias de hoje.

Na antiguidade a surdez era considerada uma doença, e como tal incapacitava o surdo de ser um cidadão pleno de direitos. Para os Egípcios os surdos eram um canal entre eles e os deuses, as mensagens eram transmitidas ao Faraó que por sua vez as transmitiam ao povo. Os Gregos, por sua vez, cultivavam a perfeição física e intelectual, e por essa razão concluíam que os surdos não tinham os requisitos necessários que permitissem receber educação, a ausência de audição e da fala fazia com que a linguagem não se desenvolvesse e eram vistos como imperfeitos. A sociedade romana seguia os mesmos princípios da grega, os surdos eram seres imperfeitos, sem quaisquer direitos, não podiam ter posses nem celebrar contratos (Carvalho, 2007).

Durante a Idade Média considerou-se que a falta da palavra impedia o indivíduo de alcançar a salvação da alma, como tal a causa da surdez era atribuída ao poder divino, os surdos eram seres inferiores e não podiam ser educados. Os direitos dos surdos continuaram interditados até ao século XVI com todas as consequências nefastas advindas que se refletiam em todas as áreas da vida (Carvalho, 2007).

Após este período de trevas as comunidades surdas e as línguas gestuais conhecem um período áureo de reconhecimento, respeito e aceitação em alguns países do mundo. Nos finais do século XIX, sobretudo a partir do Congresso de Milão, de 1880, um grupo de ouvintes decide impor a oralidade como única possibilidade de ensino e excluiu a Língua Gestual do ensino de surdos. O lugar dos surdos na sociedade, no mundo, e as línguas gestuais sofrem um violento revés, são ostracizados e na clandestinidade a sua língua materna continua a ser ensinada de geração em geração. Em 1987 é criada a Federação Nacional de Surdos de França com o objetivo de melhorar a educação de Surdos e o reconhecimento da Língua gestual (Carvalho, 2007).

Em Portugal, em 1995, cria-se a Comissão para o Reconhecimento da LGP, fazendo parte dela a Associação Portuguesa de Surdos, a Associação de Pais para a Educação de Crianças Deficientes Auditivas, a Federação Portuguesa das Associações de Surdos, a Associação Portuguesa de Professores e Técnicos de Reabilitação de Crianças e Jovens Surdos e a Associação de Intérpretes de LGP. Em conjunto tentam mais uma vez reforçar as reivindicações, legitimar a comunidade e a cultura surda, assim como a sua língua, a LGP (Nunes, 1998). Em 1997 a Língua Gestual Portuguesa é reconhecida na Constituição da República Portuguesa, incluída no art.º 74º.

Portugal, assim como outros países, tenta ir ao encontro dos ideais de inclusão social, cultural e educacional, mas continuamos a encontrar a maioria dos surdos sem terem o direito de se apropriarem da sua língua materna o mais precocemente possível. Para Skutnabb-Kangas (1994), citado por Quadros (1997), segundo os direitos humanos linguísticos, todos os seres humanos têm direito de identificarem-se com uma língua materna(s) e de serem aceites e respeitados por isso; todos têm o direito de aprender a língua materna(s) completamente, nas suas formas oral, quando fisiologicamente possível, e escrita, pressupondo que a minoria linguística seja educada na sua língua materna; todos têm o direito de usar a sua língua materna em todas as situações oficiais, inclusive na escola; qualquer mudança que ocorra na língua materna deve ser voluntária e nunca imposta.

Os surdos continuam marginalizados e sujeitos a um determinismo e conformismo inaceitável, na maioria das vezes por incapacidade do sistema e dos órgãos públicos, em detetar a surdez e agir precocemente desde os primeiros meses de vida de uma criança. Os recursos e meios devem ser ativados com o objetivo de diminuir, e sempre que possível colmatar, todos os obstáculos comunicativos que possam advir de uma surdez e que interferem em todas as áreas do desenvolvimento, com consequências negativas que se podem repercutir por toda a vida.

A segregação, à qual foram sujeitos de forma implacável, foi sofrendo avanços e retrocessos, diminuindo ou aumentando ao longo dos séculos, através de lutas constantes de reivindicações sociais, cívicas, legislativas e educativas.

Mais recentemente vislumbra-se um novo e promissor futuro para a aceitação e legitimidade das comunidades surdas e das línguas gestuais, através da criação de Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos (EREBAS), do reconhecimento das línguas gestuais, da criação de instituições de defesa para a organização e legitimidade das comunidades surdas, tendo como principais objetivos a promoção do estatuto das Línguas Gestuais Nacionais, assim como a educação de surdos, o acesso à informação, a reivindicação dos Direitos Humanos das pessoas surdas nos países em vias de desenvolvimento. Alguns aspetos, principalmente o da divulgação e esclarecimento sobre estas línguas, como sendo línguas próprias e legítimas, ainda estão muito aquém do pretendido. O domínio pleno de uma língua, neste caso a língua gestual, é uma premência e exigência do ser humano assim que nasce, comunicador por excelência. É fundamental a apropriação imediata da língua natural por parte da criança surda, para que nenhuma das etapas do seu desenvolvimento possa ser prejudicada, desenvolvendo-se como ser bilingue e bicultural, só assim lhe será possível comunicar com os outros, expressar-se, compreender e ser compreendido.

2.1 Visão Clínica

“A audição é o sentido que mais nos coloca dentro do mundo. Através da voz se consolida de forma cada vez maior e melhor o relacionamento mãe-filho. A linguagem é apreendida, basicamente, pelo que o meio fornece para ser ouvido”.

Mangabeira Albernaz

Uma das perspectivas que foi evoluindo ao longo do tempo foi a clínica, médico-terapêutica, segundo a qual o surdo é todo aquele que é portador de uma deficiência auditiva em decorrência de uma lesão do aparelho auditivo, que diminui ou impede a capacidade de ouvir (Correia, 2008).

Sabemos que a deficiência auditiva provoca dificuldades na detecção e percepção de sons, o que implica em sérias consequências para o indivíduo, principalmente se este problema ocorrer na primeira infância, comprometendo o desenvolvimento da criança como um todo, abrangendo os aspectos linguísticos, cognitivos, sociais e culturais (Silva, 2003).

Numa perspectiva médica, o conceito de surdez refere-se essencialmente a uma medição objetiva da perda auditiva, à idade do início da hipoacusia, ao tipo de curva audiométrica, ao lapso de tempo entre o diagnóstico e o início da reabilitação (Bess, 1998).

A audição é o meio através do qual o indivíduo entra em contacto com o mundo sonoro e com as estruturas da língua que possibilitam o desenvolvimento de um código estruturado, próprio da espécie humana, que tem como meio principal de comunicação a língua oral (Silva, 2003).

O ouvido é o principal órgão da audição e é constituído por três partes, o ouvido externo, o médio e o interno. O ouvido externo é formado pelo pavilhão auricular e pelo meato acústico externo (MAE). O ouvido médio é composto pela cadeia tímpano-ossicular, membrana timpânica, pela bigorna, pelo estribo e pelo martelo. O ouvido interno engloba a cóclea, e o órgão do equilíbrio (canais semi-circulares, sáculo e utrículo). As causas da perda auditiva são

variadas e nem sempre diagnosticadas. A surdez pode ser de origem genética, hereditária, congênita e adquirida (Afonso, 2008).

2.1.1 Classificação da Perda Auditiva

O sistema auditivo humano, em toda a sua complexidade, é vulnerável a doenças, traumas, alterações genéticas, condições ambientais externas e envelhecimento. Estas intercorrências dão origem a patologias auditivas, e respectivas manifestações audiológicas, podendo afetar todos os níveis do sistema auditivo, resultando em perdas auditivas de vários tipos e graus (Bess, 1998).

CLASSIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA QUANTO AO TIPO

A perda auditiva condutiva é o comprometimento da orelha externa e/ou média. As alterações podem ocorrer no meato acústico externo, membrana timpânica, cadeia ossicular, janelas oval e redonda e tuba auditiva. Os resultados audiométricos encontrados vão apresentar via aérea alterada e via óssea normal (*gap* entre elas), o índice de reconhecimento da fala é de 100% (Silva, 2003).

A perda auditiva neurosensorial é o comprometimento da cóclea e/ou do nervo auditivo. O diagnóstico é difícil pois as causas são variadas. Os resultados audiométricos encontrados vão apresentar via aérea e óssea alterada de forma quase idêntica (sem *gap*). O índice de reconhecimento da fala está alterado e o grau de comprometimento vai variar de acordo com a perda auditiva (Silva, 2003).

Na perda auditiva mista o comprometimento é condutivo e neurosensorial. Os resultados audiométricos vão apresentar alterações, nas vias óssea e aérea, com *gap* entre si. O índice de reconhecimento da fala vai apresentar-se alterado, mas melhor que nas perdas auditivas neurosensoriais (Silva, 2003).

CLASSIFICAÇÃO DA PERDA AUDITIVA QUANTO AO GRAU

Esta classificação é realizada através da média dos limiares das frequências de 500, 1000 e 2000Hz, média tritonal, os resultados devem ser

comparados com os dados da tabela 1, segundo Silman & Silverman (1991), e a tabela 2 segundo a classificação de Stach (1998) (Silva, 2003):

Tabela 1- Classificação da Perda Auditiva (Silman & Silverman)

Normal	até 25dB
Leve	de 26 a 40dB
Moderada	de 41 a 55dB
Moderadamente severa	de 56 a 70dB
Severa	de 71 a 90dB
Profunda	maior que 91dB

Tabela 2 - Classificação da Perda (Stach)

Normal	até 10dB
Mínima	de 10 a 25dB
Leve	de 25 a 40dB
Moderada	de 40 a 55dB
Moderadamente severa	de 55 a 70dB
Severa	de 70 a 90dB
Profunda	maior que 90dB

Autores como Correia (2008) dividem os problemas de audição em duas subcategorias: os surdos e os hipoacúsicos. Os primeiros terão de recorrer à comunicação alternativa, à língua gestual ou outra, já que a sua perda auditiva é de 90 decibéis ou superior, e os resíduos auditivos não permitem a percepção dos sons mesmo com tecnologia de apoio. Os segundos, os indivíduos com perda auditiva entre os 26 e os 89 decibéis são, para este autor, os hipoacúsicos e os que se beneficiam de aparelhos de amplificação sonora.

A visão clínica preconiza a reabilitação, e a procura da cura, desta patologia sensorial, a surdez, e resume-se no aparelhamento protésico, na colocação de implantes cocleares, na terapia da fala e no treino auditivo, na procura da competência oral, imprescindível, segundo esta visão, ao desenvolvimento das capacidades cognitivas (Coelho, 2010).

Segundo Yoshinaga-Itano (1998), citado por Silva (2003), o período que abrange o nascimento até aos seis meses de idade é o mais eficaz na estimulação cerebral e na formação das vias auditivas, portanto a deteção precoce da deficiência auditiva torna-se imprescindível para uma intervenção urgente de forma a potenciar ao máximo a linguagem expressiva e recetiva da criança.

É importante, neste modelo médico da surdez, que o diagnóstico audiológico seja efetuado o mais precocemente possível, de forma precisa e objetiva, para se dar início aos processos de habilitação e reabilitação da criança, minimizando possíveis comprometimentos linguísticos, académicos, sociais e comportamentais, através de uma abordagem de acompanhamento multidisciplinar, capaz de, por um lado, evitar alterações na linguagem, na fala e no desenvolvimento cognitivo, e por outro garantir a integração social dos indivíduos (Silva, 2003).

No paradigma médico-terapêutico, a surdez é encarada como uma deficiência, uma doença, que tem de ser curada, ou pelo menos tratada de forma a minimizar as suas consequências. A forma negativa como é vista suscita o preconceito, a discriminação e a segregação, impede cidadãos de o ser e de viverem de acordo com a sua própria identidade.

2.2 Visão Socioantropológica

“A língua é a chave para o coração de um povo, se perdemos a chave perdemos o povo.”

Eva Engholm

Em Portugal só no fim do século XX é que a visão médico-terapêutica da deficiência auditiva começa a ser ultrapassada, o surdo começa a ser aceite como uma pessoa pertencente a uma minoria linguística, fazendo parte de um grupo cultural minoritário (Coelho, 2005). Esta visão, onde as diferenças são respeitadas e toleradas, vai ao encontro dos direitos humanos, recomendações

da ONU, como as Regras de Padrões e a Declaração de Salamanca, além de afirmar o ser humano como uma pessoa igual, mas diferente.

A perspectiva clínica, de que a surdez era sinónimo de deficiência auditiva, com toda a carga negativa e determinista que acarretava, começou a ser suplantada, diminuída, por uma perspectiva sociocultural, em que ser surdo significa fazer parte de uma comunidade linguística e cultural minoritária (Correia, 2008). Também para Afonso (2005) este paradigma “*olha para a surdez não como uma deficiência, mas como característica definidora de uma minoria cultural e linguística*”, promovendo a diferença de uma comunidade, através de uma afirmação positiva na construção da sua identidade.

Para Skliar (1998), citado por Coelho (2010, p.38), a surdez, num paradigma socioantropológico, tem como base “*o reconhecimento das interações normais e habituais dos surdos entre si, nas quais a língua gestual é o traço fundamental de identificação socio-cultural...*”, entendida a partir da sua diferença e do seu reconhecimento político.

É através da língua que acumulamos e transmitimos saberes às gerações futuras, ela é um produto de uma determinada cultura, neste caso a cultura da comunidade surda, com características únicas, identidade própria de uma minoria linguística (Coelho, 2005).

O surdo desenvolve uma identidade própria e compósita, através do contacto que estabelece com outros surdos, na construção de significados, na troca de informações intelectuais, artísticas, éticas, estéticas, sociais, técnicas, etc.

Numa visão sociocultural, a surdez é uma característica natural do ser humano faz parte do eu da pessoa, como qualquer outra característica que nos diferencie ou agregue (Skliar, 1999). Autores como Vygotsky, citado por Rego (1999, p.57) sublima a importância das interações sociais em detrimento de outros fatores, quando diz que “*a maturação biológica é um fator secundário no desenvolvimento das formas complexas do comportamento humano, [como a comunicação e a linguagem], pois essas dependem da interação da criança e da sua cultura*”.

Ao se aceitar a diferença, a sociedade reconhece os surdos como indivíduos, com igualdade de comunicação linguística e competência na participação das tarefas sociais, em equidade de circunstâncias com os demais grupos, bilingue e bicultural. Para Silva (2003) desta forma a integração da comunidade surda na ouvinte é possível, e a possibilidade de participar de duas culturas é de uma riqueza incontestável para ambas as partes. O surdo deve participar e ter os mesmos direitos do mundo dos ouvintes, a única diferença é a de fazer parte de uma minoria linguística.

A reafirmação como grupo minoritário tem sido uma empreitada difícil através da história, pois a maioria da sociedade ainda representa os surdos como deficientes, fazendo com que se sintam subjugados pela cultura dos ouvintes, a cultura dominante, já que a grande maioria dos surdos são filhos de pais ouvintes que depositam grandes expectativas logo à nascença.

Se uma criança surda não for corretamente, e precocemente diagnosticada, se não lhe for dada a oportunidade para adquirir e desenvolver uma língua, no caso a língua gestual, crescerá com um défice linguístico que comprometerá todo o seu desenvolvimento abrangendo os aspetos linguísticos, cognitivos, sociais e culturais.

A legislação em Portugal não deixa margem de dúvida, respalda e assegura todos os direitos da comunidade surda, sociais, trabalhistas, culturais, linguísticos e educativos. Reconhecer o surdo como cidadão bilingue e bicultural é inquestionável, tanto em termos de afirmação legislativa como científica, esta visão socioantropológica é a que reúne, atualmente, mais consensos e aquela com que nos identificamos.

Será com base nesta perspetiva que iremos apoiar as questões da surdez, e a intervenção precoce com as crianças surdas dos 0 aos 3 anos, indo ao encontro da nossa visão holística do individuo e da nossa atuação profissional na área da comunicação.

2.3 Dificuldades de Comunicação Oral das Crianças Surdas dos 0 aos 3 anos

“Palavras sem pensamento não vão ao céu”.

Shakespeare

Ao abordamos problemas de comunicação reportamo-nos, essencialmente, aos problemas resultantes da aquisição e desenvolvimento da fala e da repercussão que possam ter na aquisição e desenvolvimento da linguagem. Segundo a American Speech-Language-Hearing Association / ASHA, 1982:

“(...) as dificuldades ligadas à voz à articulação dos sons e à fluência são referentes à fala e os da linguagem entendem-se como sendo as perturbações ou o desenvolvimento atípico da compreensão e/ ou do uso do sistema simbólico falado, escrito ou qualquer outro, podem-se referir à forma, ao conteúdo e à função comunicativa da linguagem”. Correia (2008, p.50)

Quando a acuidade auditiva está diminuída ou ausente deparamo-nos com obstáculos, às vezes intransponíveis, de comunicação. Dificuldade em adquirir e ou reproduzir os sons da fala que não se conseguem ouvir são a causa frequente de problemas de comunicação desenvolvimental, da articulação e da produção verbal oral que se refletem, em maior ou menor grau, na aquisição e desenvolvimento da linguagem (Bloch, 2002).

Segundo a ASHA (1983) a linguagem é *“um sistema complexo e dinâmico de símbolos convencionados, usado em modalidades variadas para [o homem] comunicar e pensar”* (Sim-Sim, 2006, p.79). A linguagem é a principal ferramenta na construção do pensamento, não sendo meramente um meio de comunicação, é essencial para o normal desenvolvimento cognitivo, estando intimamente relacionada à cultura e à comunidade em que a criança está inserida. É através da linguagem que trocamos ideias e emoções, transmitimos e adquirimos experiências essenciais para a construção de significados, é com ela que planeamos e regulamos a ação humana. A linguagem é o que permite a tomada de consciência do mundo que nos rodeia, é a ferramenta fundamental da comunicação e da construção das relações sociais.

Para Vygotsky (1998) a linguagem é tudo o que envolve significado, que tem valor semiótico, não é apenas uma forma de comunicação, mas também é uma função reguladora do pensamento, sendo a fala a produção linguística do falante no discurso com o outro. Segundo este mesmo autor é através da linguagem que se constitui o pensamento e o próprio sujeito, assim como a forma como este apreende e percebe o mundo, num processo incessante do meio social para o indivíduo.

A linguagem, o diálogo e a cultura são os fatores primordiais para uma comunicação efetiva e para o pleno desenvolvimento da criança, para que isto ocorra os falantes de uma comunidade têm de ter uma língua em comum. Para Bakhtin, citado por Goldfeld (2002) a língua é criada e produzida no contexto social dialógico, é o instrumento que permite ao indivíduo atuar, interagir e receber a ideologia da sua comunidade. A fala, as condições de comunicação e as estruturas sociais estão também ligadas entre si.

Sendo a linguagem a principal ferramenta na construção do pensamento e sabendo que o pensamento verbal e conceptual não é inato, mas sim uma construção a partir de um processo histórico cultural e da interação entre os indivíduos, podemos afirmar que a criança surda que não adquire uma língua vai ter um comprometimento nas habilidades cognitivas e na forma de estruturar o pensamento, na forma como vai aprender a pensar. Portanto as consequências oriundas da surdez devem ser, sempre que possível, colmatadas superando-se as dificuldades e barreiras da comunicação, permitindo que a criança surda atinja todas as áreas do desenvolvimento através da aquisição e desenvolvimento da língua materna, a língua gestual (Goldfeld, 2002).

É necessário, portanto, numa perspetiva sociocultural, que a intervenção e a introdução da língua gestual se façam o mais precocemente possível, ou seja, assim que diagnosticada a surdez, permitindo que a criança tenha um percurso no seu desenvolvimento cognitivo e social normal (Skliar, 1999).

Estudos demonstram que as crianças surdas que adquirem e desenvolvem a língua gestual, assim como as ouvintes, adquirem e interiorizam a linguagem de uma forma natural, respeitando a mesma ordem de

aquisição e todos os seus estágios, como tal deve ser exposta a ela o mais precocemente possível, através do contacto com adultos que sejam fluentes em língua gestual (Coelho, 2005). A língua gestual é uma língua manuo-motora, tem como canal privilegiado de acesso a via visual, com léxico e organização próprios, é a língua materna e natural da comunidade surda, as suas etapas de desenvolvimento são semelhantes ao desenvolvimento da linguagem oral (Amaral, 1994).

A criança surda tem capacidade intelectual igual à da criança ouvinte e de adquirir e estruturar uma língua precocemente. As dificuldades comunicativas e da capacidade de mediação interna, devido ao atraso do desenvolvimento da linguagem, seja oral ou gestual, podem ser superadas quando a criança entra em contacto com a sua língua natural precocemente, internalizando rapidamente os seus princípios e regras (Sim-Sim, 2005).

As crianças aprendem a conhecer, e a formular conceitos, através da aquisição de uma língua. Com ela, o desenvolvimento da linguagem é possível e esta flui com as trocas verbais entre elas e os outros indivíduos, através do domínio que tem da situação linguística do grupo. A apreensão e mestria de uma língua específica requer, todavia, a imersão nessa mesma língua, englobando a exposição passiva e ativa, que se ocorrer na fase adequada de desenvolvimento fará com que a criança se torne um falante competente, via exposição sem que para tal seja necessário um mecanismo formal de ensino (Sim-Sim, 1998).

Sabemos que a maioria das crianças surdas não está sujeita a este banho linguístico de forma eficaz nem atempada. A grande maioria é filha de pais ouvintes, nasce e cresce em condições demasiado heterogéneas para que possamos ter um único olhar perante a forma como percecionamos o seu estar no mundo. As crianças são linguisticamente estrangeiras na própria terra, e por vezes linguisticamente “órfãs” dentro da própria família. Nestes casos as situações comunicativas geram lacunas muitas vezes intransponíveis na construção de conceitos e em questões concetuais, e em casos mais extremos, podem ocasionar atrasos graves de linguagem, com ou sem comprometimento cognitivo, pela dificuldade extrema de acesso ao mundo, aos outros e a si

mesmo. A criança surda, filha de pais ouvintes, não consegue realizar uma comunicação eficaz, devido à dificuldade de adquirir e dominar uma língua oral. Por compensação constrói sistemas de linguagem alternativos com os quais vê e interpreta o mundo, comprometendo o seu desenvolvimento a nível psicológico, socioafetivo, psicomotor e cognitivo.

As dificuldades de comunicação começam inicialmente no grupo familiar, pais e parentes mais próximos que, de alguma forma, tentam minimizar as quebras de comunicação, através da interpretação arbitrária que a família atribui ao código, mais ou menos competente, que a criança intuitivamente descobre e usa para expressar as suas necessidades mais básicas e imediatas, principalmente através do gesto e de expressões corporais. À medida que a criança cresce as questões relacionadas com as dificuldades de comunicação, por não dominar a língua do grupo a que pertence, vão-se adensando de tal forma que se vão refletir em todas as áreas do desenvolvimento e da vida. Socialmente sente-se estigmatizada e aculturada. A sua construção como indivíduo é conflituosa e insegura, a sua relação com os outros será sempre uma incógnita, uma incerteza, já que a criança surda orbita num mundo que não é o seu.

As dificuldades de comunicação da criança com a família, e com o seu mundo envolvente são devidas, principalmente, ao atraso do seu desenvolvimento linguístico e das suas capacidades comunicativas. Para Sim-Sim (2005), este atraso ocorre principalmente pela dificuldade de acesso a um sistema linguístico, em consequência dos diagnósticos tardios e pela falta de intervenção precoce que possa colmatar estas dificuldades e as consequências nefastas que se repercutem no percurso de vida da criança surda. Esta criança, assim como a criança ouvinte, em contacto precoce com a língua gestual, segue as fases de aquisição e desenvolvimento como as de qualquer outra língua. A língua gestual, como os estudos indicam, é uma língua visuo-espacial rica com um sistema linguístico independente das línguas orais, (Afonso, 2010). Sendo uma língua completamente desenvolvida e estruturada, que utiliza os gestos feitos pelas mãos, corpo e expressão facial como forma de representar morfemas ou palavras, vai permitir e facilitar, sempre que

possível, a aquisição de outra língua não materna, no caso a língua portuguesa oralizada, (Fromkin, 1993).

A comunicação humana é, sobretudo, uma interação auditiva oral, que se manifesta assim que o bebê nasce, que se desenvolve e aperfeiçoa ao longo da vida.

Efetivamente uma das questões mais pertinentes com que nos deparamos, na nossa intervenção profissional com crianças surdas, é a dificuldade de aquisição e desenvolvimento da comunicação oral já que a criança surda não adquire a língua oral como a criança ouvinte. Contudo, esta possibilidade comunicativa, sempre que possível, não lhe deve ser negada.

CAPÍTULO 3 – RESPOSTAS EDUCATIVAS

3.1 Enquadramento Legal

A política educativa deverá ter como pressuposto a igualdade de oportunidades do sucesso educativo para todos, criando condições de acesso ao currículo assumindo um paradigma educacional que perspetive a criação de bases sólidas e perenes, que possam permitir, igualitariamente e equitativamente, o acesso à educação garantido pela Constituição da República, (VII revisão constitucional de 2005), inclusive das crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE), permitindo-lhes tornarem-se cidadãos de pleno direito, ativos e atuantes na vida social e económica da comunidade em que estão inseridos.

Os pressupostos anteriormente assinalados tiveram a sua origem, reflexão e evolução ao longo da história. Fazendo uma retrospectiva cronológica, já a Declaração Universal dos Direitos da Criança, UNICEF 20 de novembro de 1959, no seu princípio V, afirma que a *“criança física ou mentalmente deficiente, ou aquela que sofre de algum impedimento social deve receber gratuitamente o tratamento, a educação e os cuidados especiais que requeira o seu caso particular”*. Estas crianças podem, também, necessitar de apoio físico ou psiquiátrico para atingirem resultados de forma equitativa em relação às outras crianças. Quando estes apoios ocorrem elas sentem-se mais estimuladas, integradas e participativas na sociedade.

Em Portugal estes princípios fundamentais, de igualdade, de equidade e de acesso universal à educação por todos os portugueses, estão consolidados e garantidos na Constituição da República Portuguesa (VII revisão constitucional de 2005). Nos seus artigos 13.º (princípios de igualdade), 71.º (cidadãos portadores de deficiência), 73.º (educação, cultura e ciência) e 74.º (ensino) que consagra importantes direitos e deveres aos cidadãos portadores de deficiência, e também se compromete a promover a democratização da educação.

A Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86) nos seus artigos 20º e 21º define, organiza e estrutura a educação especial em modelos de

integração plena, parcial e de integração mínima, no âmbito da recuperação e integração socioeducativas, através da inclusão de atividades dirigidas aos educandos, famílias, educadores e à comunidade.

Em 7 de junho de 1994 realiza-se a Conferência Mundial sobre necessidades educativas especiais em Salamanca. Nesta conferência foi adotada a Declaração de Salamanca que se baseou no princípio da inclusão, “escola para todos”, sendo o maior impulso dado, até à data, à pedagogia centrada nas crianças.

De acordo com a Declaração de Salamanca, a expressão “Necessidades Educativas Especiais” abrange todas as crianças ou jovens cujas necessidades se relacionam com deficiência, ou dificuldades escolares, e conseqüentemente, têm necessidades educativas em algum momento da sua escolaridade, e proclamou princípios pelos quais se devem orientar os diferentes governos e organizações:

“Cada criança tem o direito fundamental à educação e deve ter oportunidade de conseguir e manter um nível aceitável de aprendizagem (...). Cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprias (...). Os sistemas de educação devem ser planeados e os programas educativos devem ser implementados, tendo em vista a vasta diversidade destas características e necessidades (...) As crianças e jovens com necessidades educativas especiais, devem ter acesso às escolas regulares que a elas se devem adequar, através de uma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro destas necessidades”.

Portugal assina esta declaração, em junho desse mesmo ano, com o objetivo de desenvolver e implementar uma abordagem da educação inclusiva, promotora de um atendimento a todas as crianças, sobretudo as que têm necessidades educativas especiais, permitindo-lhes que possam progredir de acordo com uma estratégia global de educação.

Mais tarde o Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, vem promover a escola inclusiva, criar a cooperação e parcerias entre as instituições de ensino público e outras instituições e serviços seguindo um modelo de avaliação biopsicossocial, através de um perfil de funcionalidade. Este modelo de avaliação, baseado por referência à CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), é adotado por Portugal, através do trabalho e da articulação de equipas pluridisciplinares, contribuindo para a diferenciação dos perfis de

funcionalidade dos alunos elegíveis, e não elegíveis, para os serviços de educação especial.

Este decreto vem consolidar a ideia de educação inclusiva, como sendo aquela que visa a equidade educativa, sendo que por esta se entende a garantia de igualdade, quer no acesso ao ensino e ao currículo, quer nos resultados, pressupondo a individualização e personalização das estratégias educativas. O espaço escolar e os recursos passam a ter um papel educativo e social sem precedentes, criando as condições necessárias de acesso ao currículo, e de adequação de ambientes e espaços educativos, às especificidades de cada aluno, desencadeando ações que permitam a precocidade na identificação e intervenção de crianças e adolescentes. O sistema educativo deve proporcionar, e permitir, que as escolas se organizem de forma a irem ao encontro das necessidades de crianças e adolescentes, no sentido de procurar as melhores respostas que permitam um percurso escolar de sucesso a todos, e em particular dos alunos com risco de sucesso escolar (Correia, 2008).

Assim, em relação a crianças e jovens surdos, este mesmo decreto-lei assume categoricamente uma educação bilingue e institui Escolas de Referência para a Educação de Alunos Surdos (EREBAS), com responsabilidades educativas e sociais, e um forte investimento na educação bilingue, possibilitando o acesso à LGP como primeira língua, e à Língua Portuguesa, modalidade escrita, como segunda língua, e sempre que possível na modalidade oral. Estes espaços educativos além de apostarem na educação bilingue que possibilite acesso ao currículo, devem adequar os recursos físicos e humanos à especificidade de cada aluno (DGIDC, 2009).

Estas medidas pretendem garantir a igualdade, equidade e qualidade educativa da Educação Especial (EE), elevando os níveis de exigência e de competência por parte dos docentes, no âmbito da diferenciação pedagógica, realizando adequações que permitam responder à especificidade de todos os alunos, ou recorrer às medidas educativas previstas no Decreto-Lei n.º 3/2008, devidamente explicitadas num Programa Educativo Individual (PEI), que permitam o cumprimento dos objetivos definidos nos programas curriculares.

No que respeita à Intervenção Precoce (IP) esta organizou-se a partir do Decreto-Lei n.º 281/2009 sendo criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), de forma a assegurar o direito à participação e à inclusão social, intervindo precocemente junto de crianças com alterações, ou em risco de apresentar alterações, nas estruturas ou funções do corpo, através do acionamento das equipas específicas, das intervenções e da universalidade do acesso aos serviços, assim como assegurar um sistema de interação entre as famílias e as instituições.

Em 2014 o Conselho Nacional de Educação elaborou a Recomendação n.º 1/2014 das Políticas Públicas de Educação Especial, fez a análise e a sistematização da evolução das práticas existentes da educação especial, e do atendimento a alunos com NEE em Portugal, nos termos do Decreto-Lei n.º 3/2008. Chama a atenção para os critérios de elegibilidade de alunos para medidas que respondam às NEE, que excluem um número significativo de crianças e adolescentes que manifestam necessidades educativas especiais, mas para os quais não há respostas educativas ajustadas. Estes alunos acabam por não ter uma intervenção atempada e especializada, e como tal as dificuldades que poderiam ser temporárias consolidam-se e convertem-se em permanentes. O quadro gera uma “lacuna” legislativa, a exigência das dificuldades permanentes tem deixado muitas crianças com perturbação da aprendizagem específica sem apoios, fora da educação especial, já que quando intervencionados precocemente as dificuldades são minimizadas. Nem a todos são dadas condições desejadas para cumprir os currículos, como denunciou o Conselho Nacional de Educação “A atitude voluntarista do legislador não encontra respaldo na capacidade de mobilização equitativa de recursos”, não há assim, garantias de equidade.

A legislação trouxe maior clareza e contribuiu para uma melhor qualidade de respostas educativas de ensino e de uma escola mais inclusiva, corresponsabilizando cada vez mais o docente (educador) titular de turma, e o diretor de turma, no processo de avaliação e de intervenção. Através de programas implementados pelo país foi possível consolidar boas práticas correntes e intervir precocemente, através de programas de frequência bilingue

precoce para crianças surdas dos 0 aos 6 anos. Estas medidas educativas tendem a afastar-se de uma prática pedagógica que vem do passado, tentando abranger e cuidar de um grupo cada vez maior de alunos com NEE.

Tal como já referimos na Introdução, a pesquisa deste trabalho foi desenvolvida na vigência do Decreto-lei nº 3/2008, que viria a ser revogado pelo Decreto-lei 54/2018 de 6 de julho.

3.2 Oralismo

A linguagem auditivo-oral é o principal meio de comunicação humana, assim sendo qualquer tipo de perda auditiva pode comprometer o processo de comunicação, o desenvolvimento cognitivo e social do indivíduo.

Vários métodos de ensino foram sendo utilizados com os alunos surdos até aos dias de hoje. Dos modelos gestualistas aos oralistas, até ao modelo bilingue, muitas foram as abordagens, que se foram moldando dependendo das representações sociais e políticas em relação à surdez, considerada como deficiência ou como marcador linguístico de uma determinada comunidade.

O congresso de Milão foi determinante para a adoção do método oralista na educação dos surdos, tendo Alexandre Graham Bell como o seu defensor mais relevante (Afonso, 2008). O oralismo preconiza a reabilitação e a integração da criança surda na comunidade ouvinte, vê a surdez como uma deficiência que deve ser diminuída, através da estimulação e treino auditivo e tem como objetivo o desenvolvimento da oralidade, do código linguístico da comunidade dominante (Goldfeld, 2002). Reforçada pelos avanços da medicina, de pesquisas sobre a reabilitação das afasias e de trabalhos de reabilitação terapêutica na área da foniatria, esta determinação foi, à época, ao encontro de interesses políticos, ideológicos, sociais e culturais tendo sido decisiva para a implementação do oralismo na educação de surdos (Lacerda, 2000).

Várias metodologias de oralização ainda são utilizadas, atualmente, como a verbo-tonal, a audiofonatória, a aural, entre outras. Todas se baseiam em teorias distintas e, na sua essência, em práticas diferentes, mas têm em

comum o facto de aceitarem como única opção de via comunicativa a língua oral, proibindo o uso da língua de sinais e qualquer outra forma de gestualização (Goldfeld, 2002).

Segundo autores como Ross, citado por Katz (1999), a maioria das crianças surdas possui resíduos auditivos, a partir dos quais, através do modelo auditivo-verbal, podem ser treinadas. Este mesmo autor alerta para o facto de este método ser recomendado, após o diagnóstico e a intervenção precoce, até aos três ou quatro anos de idade, e também para o facto de não ser possível, em idades precoces, predizer a funcionalidade dessa audição residual. No processo de reabilitação os resíduos auditivos são aproveitados para se dar início, o mais precoce possível, à estimulação auditiva, e com base nas vibrações corporais, da leitura labial e de outras pistas e estratégias, a criança deverá aprender a compreender a fala do outro e numa etapa seguinte começará a oralizar (Goldfeld, 2002).

As intervenções terapêuticas vão no sentido de permitir que a criança domine a língua gradativamente, mas a evolução deste processo moroso depende das características individuais da criança, perda auditiva, época em que a perda auditiva ocorreu, da participação da família, dos resíduos auditivos, etc. Embora se preconize que a aquisição da língua oral, mesmo no caso das crianças surdas, deva ocorrer de forma natural e contextualizada ela ocorrerá sempre de forma artificial e sistemática, tanto em contexto de terapia quanto em contexto familiar (Goldfeld, 2002).

Os profissionais que trabalham com o modelo oralista acreditam que a criança surda deve ter uma intervenção precoce de forma a impedir o aparecimento de uma língua gestual que possa ultrapassar as dificuldades de comunicação, já que *“a maioria não reconhece que a língua de sinais é realmente uma língua e a considera prejudicial para o aprendizado da língua oral, seu maior objetivo”* (Goldfeld, 2002, p.37).

Este caminho até à “normalidade” pode durar até 12 anos, crianças surdas que passaram por estes processos precocemente conseguiram aprender a língua de forma satisfatória, mas apresentam dificuldades no

desenvolvimento cognitivo, social e emocional, e em contexto acadêmico com evidentes dificuldades na aquisição da língua escrita.

3.3 Bilinguismo

A criança surda não consegue adquirir a língua oral naturalmente através do diálogo e da interação com o outro, para que isso ocorra precisa de um longo processo de habilitação/ reabilitação, com todas as consequências cognitivas, sociais e emocionais implícitas ao longo de seu percurso de vida, pois, como afirma Marchesi (1995, p.220) “*durante os primeiros anos da vida da criança, o único código linguístico que a criança surda profunda pode adquirir para desempenhar estas funções adequadamente é a língua dos sinais*”.

Com o objetivo de colmatar lacunas, dos métodos educativos oralistas propostos, surge uma nova filosofia educacional, o bilinguismo que se apresenta como base de ensino e de aprendizagem para as crianças surdas, tendo a LGP como língua materna e a língua portuguesa escrita, e se possível falada, como língua segunda. A LGP como as outras línguas é uma língua independente, completamente desenvolvida, com morfologia, sintaxe e semântica própria.

Segundo os direitos humanos linguísticos, todos os seres humanos têm direito de identificarem-se com uma língua materna(s) e de serem aceites e respeitados por isso; todos têm o direito de aprender a língua materna(s) completamente, nas suas formas oral, quando fisiologicamente possível, e escrita, pressupondo que a minoria linguística seja educada na sua língua materna; todos têm o direito de usar a sua língua materna em todas as situações oficiais, inclusive na escola; qualquer mudança que ocorra na língua materna deve ser voluntária e nunca imposta (Quadros, 1997).

A educação bilingue para surdos é objetivamente e inquestionavelmente assumida a partir do Decreto-Lei n.º 3/2008. O mesmo determina medidas concretas de qualidade de ensino, a concentração de surdos em turmas apenas de alunos surdos, em escolas de referência, a LGP como disciplina

curricular, a Língua Portuguesa como segunda língua e o conhecimento da LGP por parte dos docentes. No seu Capítulo V, Artigo 23.º, n.º 11 prevê que:

“Os agrupamentos de escolas que integram os jardins de infância de referência para a educação bilingue de crianças surdas deve articular as respostas educativas com os serviços de educação precoce, no apoio e informação das escolhas e opções das suas famílias e na disponibilização de recursos técnicos especializados, nomeadamente de docentes surdos de LGP, bem como na frequência precoce de jardim de infância”.

Em Portugal, a Constituição da República garante o pleno direito da Língua Gestual Portuguesa (LGP), legitimando-a como sendo a língua da comunidade surda, tendo a Língua Portuguesa como segunda língua.

Considera-se bilingue o sujeito que é fluente no uso de duas línguas, seja porque esteve exposto a ambas desde o nascimento, seja porque a partir de um certo momento, de um modo geral em idade escolar, teve que funcionar noutra língua, que não a língua materna. Para Coelho (2005, p.48):

“O bilinguismo, no sentido restrito, é uma proposta apresentada por escolas que se propõem tornar acessíveis à criança duas línguas no contexto escolar, essa tem sido a proposta mais adequada para o ensino de crianças surdas. Num conceito mais geral atravessa a fronteira linguística e inclui o desenvolvimento da pessoa surda dentro da escola e fora dela, numa perspetiva socioantropológica, é um caminho de reflexão e análise da educação dos surdos”.

Também para Silva (2001) o bilinguismo tem o pressuposto básico de que o surdo deve ser bilingue e adquirir como língua materna a língua de sinais, e como segunda língua a língua do seu país. Para esta autora um dos principais conceitos intrínseco ao bilinguismo é o de que os surdos formam uma comunidade com cultura e língua própria.

Este conceito do bilinguismo, como parte do processo educacional, determinado por esta visão socioantropológica da surdez, prevê, como já referido, duas línguas, a LGP, como língua materna e com a qual se deverá comunicar fluentemente, e a língua oficial do país, no caso a língua portuguesa escrita, e sempre que possível falada, sabendo-se que *“a estimulação da língua oral em crianças que já dominam as funções comunicativa e cognitiva da linguagem pode garantir também a sua integração na comunidade ouvinte”* (Goldfeld, 2002, p.116).

A exposição a duas línguas, e os seus resultados, têm sido objeto de muitos estudos, quer no campo do desenvolvimento cognitivo, quer do desenvolvimento da linguagem. Crianças bilingues apresentam vantagens

cognitivas assinaláveis principalmente de meta processamento da informação cognitiva e linguística. Comparativamente à criança monolíngue a criança bilingue revela uma maior capacidade para atribuir diferentes rótulos à mesma realidade, e em aprender a jogar com palavras sem sentido, apresenta maior acuidade em descobrir relações semânticas entre palavras e em detetar e corrigir erros sintáticos (Sim-Sim, 1998).

A língua materna deve ser adquirida precocemente através do convívio da criança surda com outros surdos mais velhos, que dominem a língua de sinais, concomitantemente a família também deve aprender LGP para que a criança possa comunicar em todos os contextos (Goldfeld, 2002). É através desse banho linguístico precoce, e também pelo processo de identificação com a sua comunidade de surdos, que a criança surda irá desenvolver todas as competências linguísticas, cognitivas, sociais e emocionais, pois como afirma Skliar (1997), citado por Coelho (2010, p.58):

“(...) se não se organiza adequadamente o acesso das crianças à Língua de Sinais, o seu contacto será tardio e o seu uso restringido a práticas comunicativas parciais, com as consequências negativas que isto implica para o desenvolvimento cognitivo, e, sobretudo, para o acesso à informação e ao mundo do trabalho”.

Para Goldfeld (2002, p.165) *“a educação baseada no bilinguismo parte do diálogo, da conversação, como ocorre com crianças ouvintes, possibilitando a internalização da linguagem e desenvolvimento das funções mentais superiores”*. Reconhece-se, desta forma, o facto de a criança surda ser interlocutora natural de uma língua adaptada à sua capacidade de expressão, visuo-espacial, respeitando as suas aptidões e competências comunicativas.

O bilinguismo educativo permite às crianças surdas a aprendizagem de duas línguas no contexto escolar, e esta tem sido apontada como a proposta que mais se adequa ao ensino destas crianças. Quando ela é ensinada na língua a que tem pleno acesso, a sua educação é melhor sucedida e são mais elevadas as suas aspirações pessoais e sociais pois *“o bilinguismo para surdos atravessa, por isso, a fronteira linguística e inclui o desenvolvimento da pessoa surda dentro e fora da escola, numa perspetiva socioantropológica”* (DGIDC, 2009, p.16).

O espaço mais indicado para que todo este processo aconteça é nas EREBAS, e deve ter como objetivo maior propiciar uma resposta educativa

bilingue onde a LGP se desenvolve como primeira língua, possibilitando que com ela a criança aprenda a conhecer-se, a conhecer os outros e o mundo, proporcionando um serviço educativo capaz de dar respostas adequadas e atempadas, trabalhando em estreita articulação com as redes de intervenção precoce e com as estruturas públicas de saúde (DGIDC, 2009). Este é, também, o contexto ideal para que as crianças possam ter contacto com a sua cultura e a sua história, de forma a desenvolver todas as suas capacidades intelectuais, cognitivas e linguísticas (Lacerda, 2000).

Segundo Goldfeld (2002) são duas as perspetivas educacionais que definem a filosofia bilingue, uma afirma que a criança deve adquirir a língua de sinais e a modalidade oral da língua do país, a outra refere que deve, posteriormente, ser alfabetizada nessa mesma língua. Outra perspetiva, defendida por Sanches, citado por Goldfeld (2002), é a de que o surdo deve adquirir a língua gestual, e a língua oficial do país apenas na modalidade escrita.

Apesar da falta de consensos sobre as abordagens linguistas, também Kozlowski, citado por Lacerda (2000), indo ao encontro do exposto anteriormente, refere vários modelos para a implementação de programas bilingues, alguns baseiam-se no período em que as línguas são introduzidas, outros a modalidade da segunda língua. Assim temos o modelo sucessivo em que, imediatamente após o diagnóstico da surdez, a criança inicia o seu contacto apenas com a língua de sinais, só após o domínio desta é que será introduzida posteriormente a segunda língua. No modelo simultâneo as duas línguas, a língua de sinais (L1) e a língua oral (L2), são introduzidas paralelamente em momentos linguísticos diferentes. Para esta mesma autora outra classificação a considerar é aquela que refere a modalidade da segunda língua (L2), língua da comunidade ouvinte que poderá ser introduzida na sua vertente oral ou escrita (Lacerda, 2000).

Numa visão mais alargada, segundo Fernandes (2003, p.54), devemos olhar o bilinguismo: *“nunca dissociado de um projeto educacional – que envolve a comunidade de surdos e inclui não só os educadores, mas os*

familiares quer sejam surdos ou ouvintes, que se estende ao meio social (...) não se confunde portanto, com bilinguismo na escola”.

O bilinguismo promove o uso de uma língua adquirida naturalmente pelos surdos e, através da exposição a esta língua e um banho linguístico precoce, a criança desenvolve-se linguisticamente e cognitivamente sem dificuldades ou retardos, tornando-se bilingue e bicultural (Goldfeld, 2002), pois como também afirma Lacerda et.al. (2000, p.30) *“o bilinguismo não se refere apenas à utilização da língua de sinais, mas pressupõe respeito pela diferença, pela cultura e pela comunidade surda.”*

O bilinguismo e a educação bilingue têm como objetivo fundamental que a criança surda, na idade adulta, venha a ser um cidadão autónomo e participativo no mundo global, já que a comunidade surda está inserida numa comunidade maior, a dos ouvintes, que tem como característica o uso da linguagem oral e escrita da qual o surdo não se deve alienar e sim se incluir. Para que isto se torne numa realidade cada vez mais presente a surdez deve ser diagnosticada o mais precoce possível, a criança e a família deverão ser encaminhadas para programas de frequência bilingue precoce, pois é consensual que o desenvolvimento cognitivo, afetivo, sociocultural e educacional, das crianças surdas, não está na dependência da audição, mas sim da apropriação da língua materna, da LGP.

CAPÍTULO 4 – FREQUÊNCIA BILINGUE PRECOCE

4.1 Intervenção Precoce, História, Modelos e Práticas

A Intervenção Precoce (IP) é uma abordagem multidisciplinar, um conjunto de serviços e apoios, e uma medida de apoio integrado à criança em risco, com atraso de desenvolvimento, ou com Necessidades Educativas Especiais (NEE), e sua família, através, principalmente, de intervenções preventivas (primária, secundária e terciária) e habilitativas no âmbito da educação, da saúde e da ação social (Bairrão, 2006). Dunst (1985), citado por Ruivo & Almeida (2002, p.10), define IP como:

“(...) uma forma de apoio prestada pelos membros de redes sociais de suporte formal e informal, dirigida às famílias de crianças em idades precoces (de um modo geral do nascimento aos 3 anos de idade) e que vai ter um impacto directo e indirecto sobre o funcionamento dos pais, da família e da criança”.

A IP, em termos teóricos, encontra-se enquadrada numa prática que deve ir ao encontro do modelo ecossistémico de Bronfenbrenner, em que a criança deve ser compreendida enquanto elemento pertencente a uma família, e esta como a unidade de intervenção dos programas e como principal contexto de desenvolvimento da criança, e a família entendida como parte integrante de uma sociedade, inserida numa determinada comunidade (Almeida, 2000).

As intervenções, através de serviços e apoios devem ser facultados em contextos naturais numa visão ecossistémica. Os níveis de prevenção primária, secundária e terciária, de acordo com Bairrão (2006) visam respetivamente: impedir a ocorrência de dificuldades promovendo a saúde; minimizar, melhorar e até sanar as dificuldades; intervir para remediar e evitar o agravamento dos quadros das crianças com NEE.

De acordo com esta abordagem, a prevenção em IP não pode, apenas, ter em conta as condições de saúde da criança, mas deve, também, atender ao seu ambiente social. Nos princípios que constituem as bases conceptuais da

IP, emergem dois aspetos que conferem um carácter específico ao trabalho a realizar na educação de uma criança: a idade precoce da criança e o carácter complexo e multidimensional da tarefa. A combinação destes dois fatores requer esforço conjunto dos diferentes profissionais envolvidos. *“Apenas uma eficiente combinação de ações e de intervenções poderá ajudar a garantir um bom resultado de qualquer intervenção dirigida às crianças”* (European Agency for Development in Special Needs Education, 2005).

Segundo Bailey & Wolery (1999), a IP é vista como o resultado de uma evolução histórica, científica e organizacional, que teve início nos anos 60, a partir dos programas pré-escolares de educação compensatória (Bairrão, 1994). O Decreto-lei 281/2009 vem defini-la como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, saúde e da ação social”. Este mesmo decreto define como condição de elegibilidade para serviços de IP o “risco de atraso grave de desenvolvimento” como sendo a verificação de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

Numa visão mais ampla, a IP tem como objetivo principal o bem-estar das crianças. A intervenção deverá ocorrer sempre que algo comprometa o desenvolvimento independentemente da causa genética, ambiental ou biológica. Tem como principal público-alvo crianças até aos 6 anos de idade, principalmente as crianças dos 0 aos 3 anos, com deficiência ou risco de atraso grave do desenvolvimento, nas fases pré, peri ou pós-natal. A IP também deve intervir nos despistes de fatores de risco advindos das condições socioeconómicas das famílias, que podem limitar o acesso a experiências, imprescindíveis à aprendizagem da criança (Tegethof, 2007).

Para Meisels & Shonkoff (2000) a intervenção precoce deve responder às necessidades das crianças e das famílias, dispor de um conjunto de serviços e recursos, com programas diversificados, e abrangentes, que promovam o bem-estar, criem atividades e oportunidades, incentivem a aprendizagem e o seu pleno desenvolvimento. As famílias devem ser incluídas

e ter um papel ativo neste processo, onde serão simultaneamente agente e alvo (Bairrão, 1994).

As medidas de intervenção, numa perspetiva ecossistémica, são centradas na família e na comunidade, e abrangem ações no âmbito da educação, da saúde e da ação social. A postura inicial da família, aquando do nascimento de uma criança deficiente, pode originar sentimentos de rejeição, ansiedade e de culpa. O choque que esta situação provoca leva a família a participar em todas as fases do processo, envolvendo-se nas tomadas de decisão e permitindo que os sentimentos se renovem por outros mais saudáveis. A capacitação da família para o envolvimento ativo em todo o processo deve ser desenvolvida no âmbito de uma intervenção por equipas pluridisciplinares de intervenção precoce, de maneira a que as famílias desenvolvam as competências específicas necessárias, já que elas são um elemento indispensável na qualidade e eficácia do serviço prestado. Portanto o profissional de saúde (que está em situação privilegiada para uma deteção precoce) deve tornar-se num meio privilegiado de prevenção de comportamentos, alertando a família para as problemáticas não descurando a intervenção de outros intervenientes, parceiros educativos e da ação social (Almeida, 2000).

Podemos afirmar, baseados em Almeida (2000), que atualmente, o conceito de IP vai muito além da preocupação restrita, que caracterizava os programas iniciais, que tinham como única preocupação o desenvolvimento cognitivo da criança. Hoje os programas de IP devem ser realizados através de um modelo de Intervenção Centrado na Família (ICF), num contexto ecológico alargado e inclusivo, abrangendo a comunidade, seguindo os princípios das boas práticas, quer na qualidade quer na formação dos profissionais, que fazem parte da equipa interdisciplinar, que de forma articulada prestam os serviços IP (Correia, 2008).

Também para Thurman (1997, p.3) a IP é: *“um conjunto de serviços desenvolvidos em parceria com a família, visando promover o seu bem-estar e o da criança, que pode ter o seu desenvolvimento ameaçado devido a factores*

biológicos ou ambientais”. Já Guralnick (2001), citado por Russell (2005), e a International Association for Early Intervention, consideram que:

“A Intervenção Precoce é melhor conceptualizada como um sistema designado para apoiar os padrões de interação da família que melhor promovem o desenvolvimento da criança e que otimizam o seu acesso e a sua utilização de serviços educativos e outros normalmente proporcionados às crianças da comunidade” (Tegethof 2007, p.68).

Apesar de haver uma evolução nos programas de IP, a sua eficácia depende diretamente da deteção precoce das problemáticas e da sua sinalização para serviços de acompanhamento que, infelizmente, continuam a ser realizados tardiamente no nosso país, principalmente quando deparamos com casos de crianças com deficiência auditiva. Isto acontece porque não há implementação de um rastreio auditivo universal, Emissões Otoacústicas (EOAS), nas instituições de saúde, aquando do nascimento da criança. Outro fator é a não aceitação da identificação da surdez por parte dos pais, mesmo quando há indícios evidentes, que são descartados como defesa, não encarando assim o deficit do seu filho. A falta de parceria entre os vários técnicos das diferentes áreas, que atendem as crianças com esta problemática, pode induzir também os pais a situações de conflito e de impasse na tomada de decisões.

Os primeiros programas de Intervenção Precoce (IP) surgiram nos anos 60, do século XX, nos Estados Unidos da América, num esforço de melhorar a saúde e o bem-estar, mantinham muitas semelhanças com os programas de intervenção terapêutico e médico, tendo a criança como foco de atuação. Nestes programas a sociedade é responsável e provedora de cuidados e proteção, garantindo respostas eficazes às crianças em idade precoce com necessidades educativas especiais (Meisels, 1990). Como tal, a importância da participação da sociedade em geral e de serviços de IP de forma específica, principalmente a nível da prevenção primária, são inegáveis, na minimização e até reversão de situações de deficiência (Almeida, 2000).

A evolução dos modelos em IP tem como base razões histórico-sociais, principalmente no campo da psicologia do desenvolvimento.

Inicialmente, com base numa perspetiva maturacionista, defendida por Gesell (1940), acreditava-se que o desenvolvimento dependia da maturação

progressiva do sistema nervoso central, apesar de não se negar a influência dos fatores ambientais (Almeida, 2000). Esta abordagem considerava que o indivíduo nascia com um Quociente Intelectual (Q.I), que era essencialmente determinado pelos genes, inalterável para o resto da sua vida, o que fazia com que não houvesse a preocupação de investir num ambiente estimulador. É uma visão determinista e limitativa, não cria expectativas de progressão e alteração dos estados atuais, reduzindo a criança às suas limitações presentes sem promover motivação para que se criem as condições necessárias com perspetivas de ultrapassar as dificuldades da criança. No entanto, embora sem negar as influências dos fatores genéticos e biológicos, sabemos que estas influências não são determinísticas, pois é através de um processo interativo com as pessoas e com o meio, que a criança se vai desenvolvendo apoderando-se dos símbolos e instrumentos da sua cultura de origem, sendo, pois, necessário enquadrar o desenvolvimento culturalmente e historicamente (Tegethof 2007).

A teoria sobre a *gênese da inteligência da criança*, de Piaget, vem demonstrar que é na interação dialética criança-meio que a inteligência se desenvolve. A inteligência é uma construção, e como tal, o meio tem uma acentuada influência no seu desenvolvimento, devendo estar dotado de características que propiciem esse desenvolvimento (Almeida, 2000). De acordo com esta perspetiva, é legítimo afirmar que a inserção de crianças surdas em turmas constituídas pelos seus pares sem incapacidade, e de igual faixa etária, é condição necessária, mas não suficiente para que adquiram as competências e experiências necessárias para o seu desenvolvimento global. Para além desta condição de base, as crianças surdas necessitam, tal como as crianças ouvintes, de um meio de comunicação com os outros e com o mundo ao desenvolverem uma língua própria, a Língua Gestual, esta comunicação torna-se uma realidade.

Com Hunt (1961) e Bloom (1964) o papel do meio torna-se cada vez mais importante no desenvolvimento da criança, principalmente em idades precoces, nos períodos em que é considerado que há uma maior plasticidade do sistema nervoso central, os *períodos sensíveis do desenvolvimento*. É com

base nestes pressupostos que nos Estados Unidos aparecem programas que são a base dos ainda atuais,” *programas de educação compensatória, de caráter deficitário e remediativo centrados na criança*” (Almeida, 2000, p.32). Para estes autores, o sucesso escolar é negativamente influenciado por condições de desvantagem socioeconômica. Assim, no período anterior ao ingresso da criança na escola, tentava-se minimizar os problemas e dificuldades que ocorriam como consequência da falta de estimulação, através de programas que tinham a criança como principal objetivo, e que lhes proporcionavam estimulação precoce e intensiva para que esta chegasse ao nível dos seus pares. Estas crianças em desvantagem deveriam ser identificadas o mais precocemente possível, de forma a possibilitar intervenções no sentido de minimizar, ou até mesmo de evitar, atrasos no desenvolvimento e consequentes insucessos futuros. Esta perspectiva foi questionada, principalmente pela falta de continuidade dos programas, que não garantiam resultados a longo prazo (Almeida, 2000).

Na década de 60 há um aumento de programas destinados a promover o desenvolvimento de crianças em idades precoces, abrangendo também, paulatinamente, crianças com necessidades educativas especiais. De acordo com a abordagem terapêutica, o modelo médico, a criança deficiente é encarada como uma constante fonte de problemas para a família, um problema crônico, sendo que esta recorre a terapias, ao longo de todo o processo de desenvolvimento o que constitui uma sobrecarga para a família. Começa então a reconhecer-se que a família também precisaria de um acompanhamento permanente para que pudesse tornar-se um colaborador privilegiado em todo o processo de intervenção (Almeida, 2000).

Os anos 70 têm como principal referência o Modelo Portage que era um programa que usava técnicas de ensino direto e preciso. Este modelo mais tarde vai-se aproximar das perspectivas ecológicas e sistêmicas. Os programas focam-se nas crianças em situação de risco estabelecido ou biológico, com uma abordagem comportamental e mudança de enfoque, contam com o envolvimento direto da família e as intervenções são realizadas em contextos naturais, fator primordial para o desenvolvimento das aprendizagens. Os

serviços e a atuação dos técnicos são realizados diretamente nos pais que, por sua vez, passam esses saberes à criança, para a aquisição de novas competências (Almeida, 2000).

Nos Estados Unidos da América (EUA) foi publicado, e implementado, em 1975, o PL 94-142 que reconhece o direito da criança, com necessidades educativas especiais, a partir dos 6 anos, à educação pública, numa formatação adequada e num meio natural sem limites. Este projeto de lei também realça a importância dos serviços destinados a crianças dos 3 aos 6 anos, através de programas individualizados, e reforça o papel da família e do meio, aspetos já anteriormente citados (Almeida, 2004).

Na década de 80 os programas individualizam-se, o previsto anteriormente nos programas de formação de pais (e.g., Programa Portage), não podia ser aplicado a todas as situações, nem todos os pais se sentiam habilitados para desenvolver tarefas de ensino. Os técnicos e serviços passaram a trabalhar diretamente, ou indiretamente, com a criança e com a família, com a intenção de envolverem os pais, apesar desta colaboração nem sempre ocorrer. Pretendia-se uma abordagem interativa onde os profissionais e a família trabalhariam em conjunto com a criança. O enfoque do processo de avaliação-intervenção teria de priorizar os desejos e motivações da família, não havendo uma imposição prévia. O sistema familiar é visto como um todo no processo de intervenção apesar das falhas existentes, principalmente nos esclarecimentos dados para que haja uma decisão consciente por parte dos responsáveis da criança (Almeida, 2004).

Em 1986 é publicada, nos EUA, a PL 99-457 que recomenda a aplicação das mesmas medidas educativas à população dos 0 aos 3 anos. Reforça ainda a coordenação inter-serviços e mais uma vez o papel da família (Almeida, 2000).

Nos anos 90 a abordagem dos programas é centrada na família, com base em abordagens ecológicas e sistémicas. Nesta altura os programas são centrados na criança, mas atendem também à família, *“com as suas características próprias, integrando um sistema social alargado com o qual vai interagir de forma eficaz”*, (Almeida, 2000, p.35). Os diferentes intervenientes

dos programas, criança, família, comunidade, técnicos e serviços, partilham informações e exercem ações de reciprocidade, assim, as informações são passada à família capacitando-a, proporcionando-lhe recursos, numa situação dinâmica transacional permanente, sendo que o desenvolvimento favorável da criança vai resultar das trocas recíprocas entre ela e os diferentes contextos de vida. O técnico deve incentivar e concretizar as relações naturais entre pais e a criança, informar sobre os aspetos fundamentais nas áreas da educação e do desenvolvimento.

As intervenções devem ser pensadas em função da família no seu ambiente natural. A criança vai provocar, com as suas ações, alterações nos componentes familiares que, por sua vez, vão agir sobre ela. As ações vão-se alterando qualitativamente à medida que a criança cresce e a intervenção vai acontecer na família como um todo. Por sua vez a família faz parte de um sistema social bastante amplo, com trocas e mudanças constantes. Como tal a criança vai desenvolver-se na interação de diferentes pares, que por sua vez é influenciada pelos sistemas em diferentes níveis (Almeida, 2004).

4.2 A Intervenção Precoce em Portugal, Modelos e Práticas

Em Portugal, tal como noutros países, a Educação Especial (EE) e a Intervenção Precoce (IP) desenvolvem-se ao longo da história por influência das mudanças ocorridas nos domínios políticos, económicos, sociais e culturais.

Nos anos 60, do século XX, surge em Portugal, paralelamente à evolução do conceito de educação de infância, a preocupação com determinadas necessidades especiais das crianças. O Instituto de Assistência a Menores do Ministério da Saúde e Assistência cria o Serviço de Orientação Domiciliária, com o objetivo de apoiar pais de crianças cegas dos 0 aos 6 anos. Serrano (2007) considera que este serviço foi um importante contributo,

classificando-se como uma entidade mediadora para o programa de IP em Portugal.

O conceito de intervenção precoce foi sofrendo alterações ao longo dos anos. Em 1985, decorrente da preocupação de se encontrar um modelo de programa de intervenção precoce de qualidade, a Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP) interessou-se pelo Modelo Portage. Este modelo norte-americano foi então adaptado e aplicado em Portugal que evoluiu na direção de uma abordagem ecológica e sistémica. Era um modelo bastante flexível, *“de ensino estruturado que recorria a técnicas educativas especiais em idade precoce ensino direto e ensino preciso, destinado a crianças com necessidades”* (Almeida, 2000, p.41), de base domiciliária com envolvimento direto dos pais. Este modelo também trouxe uma nova metodologia de intervenção permitindo o planeamento de um programa individualizado de ensino, assim como estratégias necessárias para o desenvolvimento da criança. Os pais são chamados a colaborar, tendo como base o ensino de competências funcionais com utilidade prática para o quotidiano. Este modelo centra-se na promoção do desenvolvimento das crianças com a colaboração dos pais. A aplicação deste modelo em Portugal, resultou numa atitude bastante positiva e de satisfação por parte da maioria dos técnicos e pais (Almeida, 2000). Apesar de algumas discrepâncias foi este o modelo em que a IP se baseou em Portugal: é um modelo prático, flexível, aplicável nas mais diversas problemáticas.

Na década de 80 os programas individualizam-se e o previsto anteriormente nos programas de formação de pais, não podia ser aplicado a todas as situações, pois nem todos os pais se sentiam habilitados para desenvolver tarefas de ensino. Os técnicos e serviços passaram a trabalhar diretamente, ou indiretamente, com a criança e com a família, com a intenção de envolverem os pais, apesar desta colaboração nem sempre ocorrer. O sistema familiar é visto como um todo no processo de intervenção, apesar das falhas existentes, principalmente nos esclarecimentos dados para que haja uma decisão consciente por parte dos responsáveis pela criança (Almeida, 2004).

A legislação, ao longo do tempo foi ditando e formatando programas e o modelo de IP. Nos termos do Despacho n.º 26/MSSS/95, de 28 de dezembro, e regulamentado pelo Despacho n.º 3269/2000, de 17 de janeiro pela Segurança Social, o programa “Ser criança” visa um apoio financeiro tendo vários objetivos, sendo um deles motivar instituições privadas a criarem também programas, cujo público-alvo sejam crianças em idade precoce. Por consequência começam a surgir vários projetos neste âmbito ao nível público e privado, tais como o “PROGRIDE” (2004) e “Programa dos Contratos Locais de Desenvolvimento Social” (2007). A portaria 1102/97 vem definir a IP como a ação, ou ações dirigidas às crianças entre os 0 e os 6 anos, com deficiência ou em situação de alto risco, assim como às suas famílias, garantindo condições de educação, para os alunos que frequentam as associações e cooperativas de ensino especial (Almeida, 2000).

É a partir do despacho conjunto n.º 891/99 que foram introduzidas mudanças significativas, principalmente nas questões conceptuais que orientam os objetivos e as práticas da Intervenção Precoce. A grande mudança ocorreu principalmente na forma de atuação, que anteriormente tinha a criança e as suas dificuldades como "alvo" principal, passando-se para uma intervenção mais holística, que passou a considerar a criança no seu contexto familiar, a família como uma unidade funcional da comunidade, a comunidade como meio facilitador, como uma fonte de conhecimento de dificuldades e de possíveis recursos. O modelo de organização passou a ser integrado, as responsabilidades das atuações dos diversos sectores devem ser compartilhadas em equipa multidisciplinar. A equipa deve ser constituída por profissionais de diversas formações. As crianças passam por um processo de referenciação, essa sinalização pode ser feita por pessoas próximas à criança ou por terceiros, porque a comunidade envolvente não se deve eximir das responsabilidades no despoletar de toda a dinâmica necessária ao seu encaminhamento. As equipas de intervenção precoce direta fazem a seleção através de critérios delineados previamente. Os programas realizados por equipas técnicas recolhem dados, que devem incluir: diagnóstico global da situação da criança; identificação dos recursos da criança e da família;

designação dos apoios a prestar, identificação da data de início da execução do plano; periodicidade da avaliação. A partir da recolha desses dados elaboram o Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF) (Almeida, 2000). Embora se reconheça, como já atrás foi referido, nem sempre o processo ocorre atempadamente gerando frustrações por parte da família e também dos outros intervenientes.

Destas diretrizes resultaram alterações, a família passa a ter uma atuação mais participativa em todo o percurso da intervenção, há uma aproximação maior entre esta e os profissionais. Surgem novas dinâmicas no trabalho de equipa, há uma distribuição dos recursos existentes de forma mais "rentável" com o objetivo de se obter "uma coordenação mais eficaz nos diversos níveis de atuação". Apesar dos avanços, Bairrão considera ainda as ações limitadas, sem a abrangência necessária, já que na sua concretização os programas não abrangem todas as crianças com NEE, nomeadamente aquelas associadas ao risco social (Bairrão, 2006).

O estudo de Bairrão e Almeida (2000), citado por Sim-Sim (2005), critica alguns aspetos previstos na legislação (Decreto-Lei n.º 891/99), principalmente em relação à sua eficácia, apesar de admitirem a consistência e inovação de alguns destes aspetos. Reconhecem a existência de alguns programas de intervenção precoce consistentes e inovadores e admitem *“que a Intervenção Precoce, tal como ela é praticada em países com uma longa tradição neste campo, não existe entre nós”*.

Nos programas e ações da IP são utilizados diversos recursos de esclarecimento, orientação da população e mudanças ambientais baseados em legislação específica. Estes recursos devem ser aplicados com clareza e abrangência considerando as especificidades da população, com isso aumentando a consciência individual sobre os riscos para a saúde, associados a determinados comportamentos e reduzindo-os gradativamente (Coelho, 2005).

O Decreto-Lei n.º 3/2008 vem definir claramente os apoios especializados para alunos com necessidades educativas especiais de carácter permanente, em todos os níveis de ensino, desde a educação pré-escolar até

ao final do ensino secundário, de todas as escolas, públicas e privadas. Este decreto promove a adequação dos processos educativos às NEE dos alunos com limitações significativas aos vários níveis: atividade e participação em um ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social. No seu artigo 27º a IP é contemplada, com o objetivo de promover nas escolas de agrupamentos de referência, a colocação de docentes desta área. Por conseguinte, cabe à IP assegurar a prestação de serviços ao nível do Ministério da Educação, articulando simultaneamente com a segurança social, os serviços de saúde e reforçar as equipas técnicas que têm financiamento da segurança social.

Em 2009, o Decreto-Lei n.º 281/2009 entra em vigor devido à revogação do Despacho Conjunto nº 891/99. É assim criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), que vem balizar as práticas da IP, com a demanda de garantir e promover condições de desenvolvimento das crianças, independentemente das suas funções ou estruturas do corpo que possam limitar o crescimento pessoal, social ou a participação, bem como para crianças que possam ser consideradas com risco grave de atraso de desenvolvimento. O SNIPI é direcionado a crianças desde os 0 aos 6 anos, e funciona numa atuação conjunta e organizada dos vários ministérios (Trabalho, Solidariedade Social, Saúde e Educação), com a participação e envolvimento da comunidade e da família. Com a implementação desse decreto-lei o Plano de Intervenção Individual (PII) começa a designar-se por Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), embora continue a ser regido pelos mesmos princípios.

Como já foi citado a IP prioriza a intervenção integrada dos serviços (educação, saúde e da ação social) e instituições, que nela participam de forma descentralizada, tendo como base a intervenção comunitária, recorrendo a dinâmicas locais de forma a contextualizar o quadro da criança num âmbito familiar e social, inserida num programa individual com a sua família em ambientes do seu quotidiano. Deve ser vista como uma intervenção facilitadora

do desenvolvimento global da criança, de forma a minimizar problemas recorrentes das deficiências, ou do risco de atraso do desenvolvimento, e prevenir sequelas. Assim otimizam-se as condições de interação criança/família e reforçam-se as suas capacidades e competências na dinâmica familiar (Felgueiras, 1997).

Para Bairrão (1994), os pais e a comunidade não podem ser meros espectadores na educação e desenvolvimento das crianças, devem envolver-se o mais possível para que os programas de IP sejam eficazes. Segundo este autor, alguns pais de crianças com deficiências têm recursos pessoais e motivações para assumir responsabilidades na tomada de decisões relativas ao cuidado e educação, outros podem precisar de um período maior de dependência da orientação profissional e outros podem ainda resistir à autonomia por períodos indefinidos de tempo.

Ainda há poucos estudos sistemáticos sobre a intervenção precoce no nosso país, no entanto os existentes apresentam um quadro de práticas que não são abrangentes, uma articulação entre os serviços ainda pouco capaz, uma prática não consensual (centradas na família versus centradas nas crianças, monodisciplinares versus transdisciplinares) e formação contínua dos recursos humanos deficitária (Sim-Sim, 2005).

Em Portugal continuamos a verificar dificuldades na operacionalização dos programas de IP, embora se observe um domínio cada vez maior em relação aos conceitos teóricos que respaldam a prática da IP e da ICF, assim como um crescente no envolvimento e participação dos técnicos e das famílias (Tegehethof, 2007).

4.3 Frequência Bilingue Precoce, uma Resposta Educativa

A apreensão de uma ou várias línguas é produto do meio em que nos desenvolvemos. A criança apropria-se da língua do grupo de socialização onde se encontra inserida, com todas as especificidades que refletem as diferenças

que marcam a origem geográfica ou social desse grupo. Se for, porém, exposta a mais de uma língua ou a variedades de línguas, passará a dominá-las, criando situações de bilinguismo e de plasticidade linguística, quando descuradas são fator de obstáculo ao sucesso escolar e conseqüentemente social (Sim-Sim, 1998).

Quando conhecemos uma língua, sabemos falar e somos compreendidos por todos os que conhecem essa língua. Isto significa que temos a capacidade de produzir sons portadores de certos significados e de compreender ou interpretar os sons produzidos pelos outros. Um dos maiores efeitos da surdez é a dificuldade de comunicação e a de aprender uma língua falada. Para quem não ouve uma língua é extremamente difícil aprender a falar naturalmente. O discurso normal depende em grande medida da recepção constante de informação auditiva. Por isso a criança surda não aprenderá a falar, sem uma preparação intensiva em escolas ou programas específicos, e principalmente sem o domínio prévio e precoce da sua língua natural, a língua gestual (Fromkin, 1993).

Pais ouvintes com filhos surdos com dificuldades de comunicação acabam por ter um contacto mais empobrecido com as crianças. Têm problemas em compreender os seus interesses e necessidades e, muitas vezes, sentem-se confusos, frustrados e perdidos. Estas crianças correm um sério risco de se verem excluídas do processo de desenvolvimento natural que tem lugar normalmente em qualquer grupo social. Muito do que as crianças aprendem durante a infância é adquirido através da interação com os adultos e com os pares. As crianças surdas têm menos oportunidades de vivenciarem situações de aprendizagem se não houver esclarecimentos, orientações, e decisões tomadas precocemente, através de respostas sociais e educativas adequadas, acabando, ao longo da vida, por perder o controlo sobre o seu próprio destino.

A criança surda nasce, cresce e orbita num mundo que não é o seu, num mundo onde, na grande maioria das vezes, se encontra desajustada, sem saber os “porquês”? O como? O onde? Esta situação de exclusão, e muitas vezes de solidão, ocorre principalmente porque não há respostas imediatas,

globais e precoces, que possam ir ao encontro do seu problema maior que é a dificuldade de comunicação, gerada pela complexidade em adquirir e estruturar a sua língua materna, a LGP.

Na decorrência de protocolos estabelecidos por vários hospitais, a detecção da perda auditiva é realizada de forma cada vez mais prematura, agilizando procedimentos e encaminhamentos com o propósito de ajudar os pais a compreenderem melhor as implicações da perda auditiva do seu filho. Desta forma não só se estabelecem os procedimentos referentes ao controlo auditivo e ao uso de próteses, mas também se iniciam programas específicos (Cardona, 2013).

Indo ao encontro das necessidades da criança surda e da família tentamos perceber as respostas específicas existentes, a partir da construção de modelos de intervenção educativos bilingues que estão, de certa forma, concetualizados e respaldados pela legislação, que preconiza o apoio precoce e diferenciado.

A maioria das crianças surdas nasce em famílias ouvintes que encaram a surdez como uma deficiência, dificultando o banho linguístico precoce e necessário que possibilite à criança o domínio da LGP (Afonso, 2010). Os pais não estão preparados para receber uma criança surda, por desinformação e falta de orientação acreditam que o melhor caminho para o seu filho surdo é a reabilitação, através da protetização, colocação de implantes e a oralidade, já que o mundo em que vivem é “um mundo de ouvintes”. Neste sentido cabe às instituições de ensino e aos membros das equipas multidisciplinares o papel fundamental na sensibilização, informação e orientação às famílias, para que estas possam tomar decisões mais seguras e esclarecidas em relação ao futuro do seu filho através de programas de intervenção precoce. Esta etapa educativa, dos 0 aos 3 anos, tem como foco principal as necessidades básicas biológicas, psicossociais, emocionais, afetivas, intelectuais e lúdicas das crianças, e dentro do âmbito educativo é uma etapa que se baseia na colaboração com os pais, como primeiros responsáveis da educação dos filhos, com o objetivo de criar concomitantemente condições ideais para o desenvolvimento e aprendizagem da criança (Cardona, 2013).

A intervenção precoce deve ser promotora de desenvolvimento e atuar, no caso das crianças surdas, como fator preponderante na diminuição do impacto do déficit auditivo, permitindo o seu desenvolvimento e a aquisição das capacidades cognitivas, comunicativas e sociais. Para que os programas de IP tenham resultados positivos o diagnóstico da surdez deve ser realizado rapidamente. Quando isso é possível torna-se necessário implementar medidas cabíveis para a diminuição do impacto dos problemas subsequentes, sendo a frequência bilingue precoce apresentada como uma resposta educativa possível no caminho para a inclusão, educativa e social, ajudando a ultrapassar as barreiras impostas principalmente pelas dificuldades de comunicação.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 3/2008 a intervenção precoce em todas as crianças surdas, deve ocorrer a partir dos três anos de idade aquando do ingresso para o jardim-de-infância, em ambiente bilingue, portanto os profissionais envolvidos devem ser competentes em LGP, proporcionando um banho linguístico que permita o desenvolvimento pleno da linguagem e a aquisição da LGP como primeira língua. No capítulo V, Artigo 23.º, n.º 11, prevê que:

“(...) os agrupamentos de escolas para a educação bilingue de crianças surdas devem articular as respostas educativas com os serviços de intervenção precoce, no apoio e informação das escolhas e opções de suas famílias e na disponibilização de recursos técnicos especializados, nomeadamente de docentes de LGP, bem como na frequência precoce do jardim de infância”.

Esta orientação deixa uma lacuna de 3 anos, queremos com isto dizer que o banho linguístico e o caminho para uma educação bilingue devem iniciar os seus primeiros passos aquando do diagnóstico da surdez, que pode ser antes dos três anos de idade.

De acordo com as premissas atrás elencadas os programas baseados na intervenção bilingue precoce, já praticados em algumas regiões do país, vão ao encontro das necessidades comunicativas, e outras, das crianças surdas dos 0 aos 3 anos, filhas de pais ouvintes, diminuindo, e quando possível colmatando, as dificuldades comunicativas, sociais e culturais advindas das limitações de domínio de uma língua, nesta fase tão precoce e crucial da vida.

Esta resposta educativa inclusiva aplica-se a todas as crianças surdas até aos três anos de idade, independentemente do grau de surdez, permitindo

atuar numa das mais devastadoras conseqüências da surdez, as dificuldades de comunicação, que se refletem em todas as áreas do desenvolvimento. Esta resposta deve ser individualizada e adaptada às especificidades e necessidades de cada criança, que, dadas as suas características desenvolvimentais, deve ser realizada em espaços, e através de programas, que possam incluir diferentes contextos, juntamente com a família, através de uma atuação direta em contexto de escolas para a educação bilingue de alunos surdos (EREBAS), em articulação com outros serviços (saúde, educação e segurança social).

Segundo Bailey, citado por Correia (2008, p.146), a Division for Early Childhood (DEC) do Council for Exceptional Children afirma que:

“A inclusão como um valor apoia o direito de todas as crianças, independentemente das suas capacidades, a participar ativamente nos contextos naturais das suas comunidades. Um contexto natural é aquele no qual a criança passa o seu tempo, tenha ou não NEE. Tais contextos incluem, mas não se limitam à casa, à família, grupos de amigos, creches, amas, programas...”

A inclusão plena da criança surda pressupõe que o ambiente seja despidido de repressão em relação à sua condição de surdo, onde possa conviver e expressar-se livremente através de situações comunicativas e de aprendizagem estimulantes. É nestes contextos que pais e crianças podem ter contacto com realidades semelhantes à sua, numa troca constante de experiências e saberes. As escolas devem estar preparadas e ter equipas multidisciplinares que, através de uma intervenção articulada e sistémica entre todos os elementos que acompanham a criança, possam proporcionar apoio educativo especializado na área da surdez, pois, como afirma Afonso (2005) é importante que as *“respostas educativas assentem em recursos humanos que disponham formação nesta área”*. Desta equipa devem fazer parte o docente de educação especial, o terapeuta da fala e o docente de LGP, e como peça basilar a família. Esta, sob a orientação dos profissionais, deve colaborar sempre na estimulação dos seus filhos.

Segundo Correia (2008) as famílias têm um papel fundamental, e insubstituível, no desenvolvimento e vida da criança, como tal é a ela que deve ser atribuído o papel mais relevante como fator de sucesso em qualquer programa de intervenção, e em particular nos programas de FPB. Este mesmo

autor cita vários modelos teóricos “sistémicos da família” que explicam a importância e relevância do envolvimento parental, enfatizando que a intervenção não se deva centrar exclusivamente na criança englobando-a no seu contexto familiar e ambiental.

Nos programas de FBP os cuidadores passam a ser parte ativa da equipa tornando-se mais intervenientes, mais capacitados e organizados de forma a poderem tomar decisões importantes respeitantes à criança, na escolha do tipo de intervenção e na procura de resultados positivos, que se traduzem no pleno desenvolvimento da criança. São peças imprescindíveis na planificação, execução e avaliação dos programas, em todas as sessões de terapia e nos apoios, na implementação e generalização de todas as indicações e estratégias que são passadas, de forma a darem continuidade ao trabalho em outros contextos, fora do espaço escolar.

São os pais, os cuidadores que passam mais tempo com a criança, que sabem quais são as suas preferências e aptidões, portanto seria impensável que não fossem chamados a decidir e intervir em todas as propostas educacionais dos seus filhos. O reconhecimento da relevância do envolvimento parental, em Portugal, está consignado no articulado do Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro que refere que *“os pais ou encarregados de educação têm o direito e o dever de participar ativamente (...) em tudo o que se relacione com a educação especial a prestar ao seu filho...”* (Correia, 2008, p.158).

Nestes programas os pais, ou cuidadores, devem ter voz e ser ouvidos acerca dos seus filhos, as suas decisões e opiniões devem sempre ser levadas em consideração, devem manter um diálogo constante com todos os membros da equipa multidisciplinar, e indubitavelmente devem ter um envolvimento e participação ativa em todo o processo de intervenção. Por sua vez, o trabalho das equipas deve ser realizado de forma articulada através da partilha de saberes, promovendo ajustes, sempre que necessário, em relação às necessidades e realidades das famílias e da criança, na tentativa de se ultrapassarem todas as dificuldades presentes, e todas as que vão surgindo ao longo do processo de intervenção, promovendo relações de confiança e empatia com a criança e a família. Os profissionais devem promover a

construção de uma relação sólida e segura, que permita a implementação de estratégias que ajudem a criança e a família a diminuir, e se possível colmatar, as suas necessidades. Devem ser competentes em LGP, proporcionando um banho linguístico à criança que permita a aquisição da LGP como primeira língua, o desenvolvimento pleno da linguagem e a oralidade sempre que possível. O bilinguismo na surdez deve abranger, também, a família e os profissionais que acompanham a criança, que deve ser vista numa perspetiva holística e não apenas na questão comunicativa e da linguagem.

O docente de educação especial, especializado em surdez, deve criar situações para que a criança viva experiências que estimulem o desenvolvimento cognitivo, motor, relacional, de interação, com incidência, nesta faixa etária, na comunicação. O docente surdo tem uma grande responsabilidade em todo o processo pois, na grande maioria dos casos, é ele que dá início ao desenvolvimento linguístico da criança, é o modelo adulto que usa a LGP introduzindo a língua da forma mais natural possível, contribuindo também para a formação da identidade da criança, como seu igual. O terapeuta da fala intervém na promoção de várias competências comunicativas, linguagem e fala, quer através da audição quer através da leitura de fala, estimulando as capacidades auditivas residuais, assim como vias sensoriais alternativas, fundamentais para a leitura labial (Afonso, 2008).

Faz também parte das competências dos elementos que compõem as equipas a participação na elaboração e concretização do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) de crianças acompanhadas ou sinalizadas por uma Equipa Local de Intervenção (ELI), esta articulação próxima permite que pais e crianças surdas tenham um contacto cada vez mais precoce com os programas de FBP. Devem também estabelecer parcerias e articular com creches e as equipas médicas que acompanham a criança, nomeadamente otorrinolaringologistas, audiologistas e pediatras do desenvolvimento.

Os profissionais devem estar preparados para conhecer, e reconhecer, as barreiras que podem encontrar, ao longo do trabalho que é efetuado com as famílias, e no estabelecimento de relações com os pais e cuidadores, principalmente no campo afetivo, às várias reações perante a informação de

que os seus filhos são crianças surdas, e que necessitam de intervenção especializada e diferenciada (Correia, 2008).

Aos pais e familiares deve ser facultada formação em LGP, permitindo à família uma comunicação mais efetiva com a criança na promoção do seu desenvolvimento global, com enfoque muito acentuado na aquisição linguística.

A frequência bilingue precoce, nas EREBAS, procura diminuir o gap entre a deteção precoce da surdez e o início do contacto com a língua gestual, através de apoios especializados, proporcionando um contacto e aprendizagem precoce da LGP, assim como, sempre que possível, o desenvolvimento da oralidade. A aquisição de uma língua estruturada na primeira infância é fundamental na aquisição e desenvolvimento da linguagem e em todos os processos de aprendizagem e interações comunicativas da criança. Indo ao encontro destes pressupostos a FBP preconiza a inclusão de crianças surdas numa comunidade linguística e social de referência, numa proposta educativa bilingue e bicultural.

PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 1 – CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

1.1 Definição do Problema

Após pesquisa bibliográfica, aprofundamento de conceitos através das leituras, e a realização das entrevistas, entramos numa etapa investigativa de definição das grandes orientações da investigação e definição da problemática, relacionada com a pergunta de partida, que será exposta no decorrer desta explanação. Faremos uma retrospectiva dos diferentes aspetos do problema que foram demonstrados, após a realização da comparação dos diferentes textos, de maneira mais metódica e aprofundada, e assim *“fazer o balanço de diferentes problemáticas possíveis, em elucidar os seus pressupostos, em compará-los e em refletir nas suas implicações metodológicas.”* (Quivy & Campenhoudt, 2017, p.90).

A comunicação humana nas suas mais variadas formas, inerente e indissociável ao ser humano, social e gregário, para que se torne efetiva depende de uma grande diversidade de fatores, como a linguagem e a fala, e de uma língua partilhada por um determinado grupo cultural, e é através deste código linguístico comum que se adquire e se transmite conhecimentos.

A comunicação é vital à sobrevivência, é uma necessidade de troca de emoções, sentimentos e de saberes, de forma a satisfazer necessidades de ordem física e emocional. A linguagem, o diálogo e a cultura são os fatores primordiais para uma comunicação efetiva e para o pleno desenvolvimento da criança, e para que isto ocorra os falantes de uma comunidade têm de ter uma língua em comum. A língua é criada e produzida no contexto social dialógico, é o instrumento que permite ao indivíduo atuar, interagir e receber a ideologia da sua comunidade.

O bebé antes de emitir qualquer comunicação oral com significado, ou de proferir qualquer palavra, ou mesmo de a compreender, já comunica, através do sorriso, dos gestos, da expressão facial, estas interações comunicativas estão inicialmente relacionadas a estados biológicos e

emocionais. As crianças, à medida que vão crescendo, passam por vários estágios de desenvolvimento, e para a grande maioria a aquisição da língua materna surge de forma natural e espontânea, desenvolvendo assim, rapidamente, formas verbais e não verbais de comunicação, através de diferentes fases, para a conquista da gramática, da sintaxe e do abstrato.

A forma de representação do mundo pode ser realizada de diversas formas. A criança ouvinte usa a representação verbal, as palavras, como ferramentas para a aquisição e o desenvolvimento da linguagem, e assim, representar tudo o que a rodeia, no caso da criança surda esta representação é feita através da língua gestual.

As dificuldades de comunicação devido a limitações de produção e do domínio da fala, pelos mais diversos motivos, são uma das formas mais frequentes de marginalização, em qualquer faixa etária, em qualquer grupo social. Estas dificuldades são mais penalizadoras quando ocorrem em crianças surdas profundas em idade precoce, principalmente na fase pré-lingual, afetando a forma como irão desenvolver as suas competências comunicativas, excluindo-a do mundo, no qual comunicar é praticamente sinónimo de viver. É necessário, portanto, numa perspetiva sociocultural, que a intervenção e a introdução da língua materna, a língua gestual portuguesa, ocorra o mais precocemente possível, ou seja, assim que diagnosticada a surdez e ultrapassada a visão clínica da mesma, através de programas de intervenção precoce.

A intervenção precoce deve ser promotora de desenvolvimento e atuar, no caso das crianças surdas, como fator preponderante na diminuição do impacto do deficit auditivo, permitindo o seu desenvolvimento e a aquisição das competências cognitivas, comunicativas e sociais devendo, numa visão ecossistémica envolver a família e a comunidade. A FBP, como resposta educativa inclusiva, aplica-se a todas as crianças surdas até aos três anos de idade, independentemente do grau de surdez, permitindo atuar numa das mais devastadoras consequências da surdez, as dificuldades de comunicação, que se refletem em todas as áreas do desenvolvimento. Esta resposta deve ser individualizada e adaptada às especificidades e necessidades de cada criança

e da família, que, dadas as suas características desenvolvimentais, deve ser realizada em espaços específicos, e através de programas que possam incluir diferentes contextos, juntamente com a família, através de uma atuação direta em contexto de escolas para a educação bilingue de crianças surdas, em articulação com outros serviços (saúde, educação e segurança social).

A frequência bilingue precoce nas EREBAS preconiza a inclusão de crianças surdas numa comunidade linguística e social de referência, já que a maioria não está sujeita a este banho linguístico de forma eficaz, nem atempada, pois na generalidade são filhas de pais ouvintes. Numa proposta educativa bilingue e bicultural, este programa procura diminuir o gap entre a deteção precoce da surdez e o início do contacto com a língua gestual, através de apoios especializados da Educação Especial, mais especificamente na área da surdez, proporcionando um contacto e aprendizagem precoce da LGP, assim como, sempre que possível o desenvolvimento da comunicação verbal oral, tendo sempre o envolvimento parental como fator imprescindível.

Reconhecer o surdo como cidadão bilingue e bicultural é inquestionável, tanto em termos de afirmação legislativa como científica, esta visão socioantropológica é a que reúne mais consensos e aquela com que nos identificamos.

Atendendo a estas questões, e tendo como objetivo maior compreender o processo interventivo nos programas de Frequência Bilingue Precoce numa instituição de ensino público, numa EREBAS, para uma aquisição precoce e otimizada da comunicação e da linguagem, procuramos constituir com estas linhas de orientação, os fundamentos teóricos da problemática, na tentativa de se responder à seguinte pergunta de partida:

Qual a importância da Frequência Bilingue Precoce (FBP), de crianças surdas dos 0 aos 3 anos, na aquisição e desenvolvimento das competências comunicativas orais?

É a partir dela que iremos expor, da forma mais exata possível, todo o conhecimento sobre os temas que nos propomos investigar e refletir. Como

afirma Quivy (1998) a pergunta de partida procura enunciar o projeto de investigação e servirá de primeiro fio condutor, devendo ser clara, operacional, provocar diferentes respostas, exequível e pertinente, romper com preconceitos e ideias estabelecidas. Para este mesmo autor a pergunta de partida deve ser precisa, elaborada de forma concisa e sem ambiguidades, para que possa ser facilmente compreendida, mas não deve ser restritiva ao ponto de limitar a investigação e de atingir o seu objetivo, e diz que *“uma boa pergunta de partida não procurará julgar, mas sim compreender, a própria investigação deve abordar o real em termos de análise, e não de julgamento”* (Quivy & Campenhoudt, 1998, p.35), sendo este o nosso propósito.

Pretendemos abordar e trazer elementos que nos permitam partilhar questões pertinentes, que contribuam para um melhor entendimento de como funcionam estes programas de intervenção, fazendo um ponto da situação desde o início da implementação do Programa de Frequência Bilingue Precoce, num agrupamento específico de Escolas de Referência para a Educação Bilingue de Alunos Surdos (EREBAS), abordando por um lado os modelos, dinâmicas e práticas atuais, e por outro tentando perceber as contribuições que a FBP tem trazido ao nível da aquisição e do desenvolvimento da comunicação, com maior enfoque na comunicação verbal oral, das crianças surdas desta faixa etária, e na superação de barreiras comunicativas entre a criança a família e o mundo.

Assim, iremos elaborar a nossa *problemática “em função da dinâmica própria do trabalho de investigação, apoiando-se nesse confronto crítico das diversas perspetivas que se afiguram possíveis.”* (Quivy & Campenhoudt, 2017, p.90). Nesse sentido o nosso estudo tem como objetivo perceber de que forma estes programas de intervenção precoce atuam, e aprofundar o nosso conhecimento na área da comunicação humana e seus distúrbios. Recolher elementos, atuais e compreensíveis, com informações relevantes sobre práticas no âmbito da intervenção precoce, com crianças surdas dos 0 aos 3 anos, num modelo educativo bilingue, conceptualizado na legislação portuguesa. Através dos dados recolhidos, facultados por elementos especializados de uma equipa de intervenção da Frequência Bilingue Precoce,

de uma EREBAS, temos também como objetivo perceber de que forma intervenções específicas contribuem para a aquisição e desenvolvimento das competências comunicativas orais destas crianças. Pretendemos perceber como os profissionais, que compõem as equipas de FBP, articulam e constroem modelos de intervenção, nas várias dimensões comunicacionais e linguísticas, numa perspetiva reflexiva sobre os mesmos, para desta forma melhor compreendermos o contributo da introdução precoce da LGP na aquisição e desenvolvimento da comunicação verbal.

Como afirma Quivy & Campenhoudt (1998, p.44) *“toda a investigação coerente possui uma pergunta que lhe assegura unidade”*, assim, procuramos, através desta pergunta de partida, que será o nosso fio condutor, delimitar e focar o nosso tema de investigação, pois é ele que nos move e nos impulsiona na procura do saber, e que dará origem a outras, tão pertinentes quanto esta.

1.2 Questões de Investigação

Este trabalho de investigação é constituído tendo por base a comunicação, a linguagem e a intervenção precoce, na vertente dos programas educativos de ensino bilingue, mais especificamente a Frequência Bilingue Precoce, como fator de aquisição e desenvolvimento da comunicação verbal oral de crianças surdas dos 0 aos 3 anos.

Abordamos a comunicação verbal oral na sua essência e relevância, refletimos sobre várias abordagens em relação à surdez, enquanto deficiência, numa visão clínica, e enquanto marcador cultural e linguístico de uma comunidade, numa visão socioantropológica. Reiteramos a importância de uma intervenção precoce e atempada, através de programas que objetivam a diminuição e superação das dificuldades de comunicação, com o insubstituível envolvimento parental em articulação direta com as equipas multidisciplinares da educação especial, especializadas na área da surdez, e a importância destas na articulação com as diversas instituições, da saúde e da educação, que acompanham as crianças.

É indo ao encontro destas reflexões e percebendo as diferentes variáveis, e a heterogeneidade, em que nascem e crescem as crianças surdas, que nos questionamos sobre a forma como percebemos o seu estar no mundo, sobre a complexidade do processo comunicativo e o impacto gerado pela dificuldade, ou ausência, da produção verbal oral.

E assim chegamos a várias questões sobre a FBP, a sua conceção, forma de funcionamento e relevância, que surgem e norteiam a nossa investigação e sobre as quais pretendemos obter respostas.

Sabendo dos vários olhares sobre estes temas pretendemos perceber os indicadores que contribuem para determinadas práticas e resultados, assim, procuramos através desta investigação dar resposta às seguintes principais questões que surgem e norteiam a nossa investigação, cujos objetivos foram anteriormente explanados:

- Quais os pressupostos teóricos nos quais se baseia o modelo da FBP?
- De que forma este modelo está organizado, é construído e posto em prática?
- Como se constroem respostas individualizadas, mas seguindo os mesmos pressupostos filosóficos, teóricos, práticos, legais e burocráticos?
- Quais as opções linguísticas e como se gere a aquisição nas duas línguas (LGP e Língua Portuguesa oralizada), de forma sucessiva ou simultânea?
- Qual a importância do papel da família neste modelo?
- Como se articulam os profissionais que fazem parte da equipa da FBP com os vários intervenientes, família e profissionais da área da educação e da saúde?
- De que forma, e quais as consequências que este modelo implica na aquisição e desenvolvimento das competências verbais orais das crianças?
- Qual a importância da FBP?

Acreditamos serem estas perguntas simples, claras e objetivas, que têm subjacentes, como convém, uma sólida reflexão teórica das abordagens e problemáticas anteriormente abordadas. Estão também em sintonia com o nosso objeto de estudo, “o contributo dos programas de FBP na aquisição da comunicação verbal oral de crianças surdas dos 0 aos 3 anos”, abordando-o através da investigação e reflexão sobre os programas de intervenção precoce, especificamente o de uma determinada EREBAS, através do entendimento de

como surgiu, se desenvolveu e respectivos resultados, indo também ao encontro das nossas motivações e interesses.

CAPÍTULO 2 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 Escolha do Método

Com base na pesquisa bibliografia realizada, e após elaboração de conceitos teóricos, a partir dessa exploração, que vão ao encontro do objeto de estudo dos investigadores, conseguiu-se definir a metodologia que melhor irá respaldar as nossas reflexões e questionamentos, que no nosso entender estão na base do fenómeno a ser estudado, numa abordagem mais profunda e mais centrada dando voz a sujeitos concretos.

A investigação empírica permite o enriquecimento do conhecimento na área da investigação escolhida, através da limitação do tema, da pergunta de partida, e da formulação de hipóteses e/ou questões específicas. A escolha e o planeamento do método, e a recolha de dados a serem utilizados na investigação, são imprescindíveis para posterior análise dos resultados obtidos.

Através desta investigação, após pesquisa bibliográfica e a construção de um quadro teórico prévio, pretendemos aprofundar e interpretar mais acertadamente os fenómenos com que nos interpelamos, e para tal optamos por uma metodologia de suporte qualitativo, indo esta ao encontro dos objetivos propostos neste trabalho, através de técnicas de investigação que nos permitam perceber como é que os profissionais que compõem as equipas de intervenção bilingue precoce constroem modelos de intervenção, nas várias dimensões comunicacionais e linguísticas, numa perspetiva reflexiva sobre os mesmos para, desta forma, melhor compreendermos o contributo da introdução precoce da LGP, em crianças surdas dos 0 aos 3 anos, na aquisição e desenvolvimento da comunicação verbal oral.

A nossa aproximação à realidade vai ser feita com base num processo de investigação empírica, a nível de procedimento metodológico, que foca a importância da planificação da investigação (Hill, 2002). Como investigadores teremos de nos estruturar, concreta e eficazmente, na organização e análise dos dados recolhidos e na construção de respetivas conclusões, assim como no trabalho de campo. A escolha e o planeamento do método, e a recolha de

dados a serem utilizados na investigação, são imprescindíveis para posterior análise dos resultados obtidos.

Os métodos qualitativos permitem que o investigador estude fenómenos sociais com uma preocupação de veracidade, de compreensão e de rigor metodológico, após a construção cuidadosa e criteriosa de um quadro teórico de referência (Quivy, 1998). O investigador é o elemento principal do processo, indo aos contextos, recolhendo dados e complementando informações, alcançando uma maior compreensão dos fenómenos a serem estudados, como afirmam Bogdan & Biklen (1994, p.47) *“Na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal”*.

Segundo Poulin (2007), citado por Guerra (2008, p.11), o método qualitativo constitui-se como uma perspectiva de investigação baseada em *“concepções filosóficas e epistemológicas acerca da natureza do mundo, das nossas relações com ele e da forma como o podemos ver”*, resultando em reflexões e análises dos resultados mais contextualizadas e enriquecedoras. Os dados obtidos, através dos métodos qualitativos, são traduzidos em texto escrito, sendo a análise posterior realizada de forma indutiva, tendo como foco principal o processo e não os resultados alcançados (Bogdan, 1994).

Indo ao encontro destes paradigmas optamos por esta abordagem metodológica, de suporte qualitativo, que vai ao encontro dos objetivos propostos neste trabalho, que enquadra práticas de pesquisa através das quais daremos mais enfoque ao significado dos fenómenos do que à sua frequência, pois como afirma Jean-Pierre Deslauriers, citado por Guerra (2008), a expressão “métodos qualitativos” designa uma variedade de técnicas interpretativas que têm por fim descrever, descodificar, traduzir fenómenos sociais que se produzem mais ou menos naturalmente.

A pretensão dos investigadores não é a comprovação de verdades absolutas, mas sim refletir sobre o discurso dos sujeitos em relação ao tema a investigar assim, uma das técnicas que melhor se enquadra na metodologia qualitativa é a entrevista, pois esta ajuda o investigador a ter contacto com a realidade vivida pelos atores sociais (Quivy, 1998).

2.2 Escolha da Técnica

Como investigadores teremos de nos estruturar, concreta e eficazmente, na recolha, organização e análise dos dados obtidos e na construção das respetivas conclusões, assim como no trabalho de campo, para isso o uso de técnicas que possam ir ao encontro destes pressupostos são essenciais.

Na construção do nosso plano de pesquisa os critérios para a escolha das técnicas de investigação mais adequadas, que pudessem ir ao encontro do nosso objeto de estudo e da nossa abordagem metodológica, a entrevista exploratória e a entrevista semiestruturada, foram inseridas objetivando uma coerência global dos procedimentos.

Como afirma Quivy (1998) a entrevista diferencia-se dos restantes métodos pela forma como se desenvolvem os processos de comunicação e interação, entre o entrevistador e o entrevistado, permitindo obter informações mais diversificadas e passíveis de maior reflexão, com maior aproximação à realidade dos factos. Compete ao investigador usar este método como o primeiro na recolha de informações:

“(...) no sentido mais rico da expressão, o espírito teórico do investigador deve, no entanto, permanecer continuamente atento, de modo que as suas próprias intervenções tragam elementos de análise tão fecundo quanto possível. o conteúdo da entrevista será objeto de uma análise de conteúdo sistemática, destinada a testar as hipóteses de trabalho” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p.193).

Esta é uma técnica de recolha de dados amplamente usada, apesar da complexidade que envolve, já que permite a obtenção de informações ricas e diversificadas, exigindo uma investigação e conhecimento prévio aprofundado das teorias existentes a respeito do objeto de estudo. A aplicação desta técnica exige, por parte do investigador, critérios indissociáveis a esta escolha, o conhecimento dos temas a abordar, como já referido anteriormente, a gestão de comportamentos e atitudes, que possam interferir nas respostas dos entrevistados, e a escolha ponderada dos entrevistados (Pardal, 2011).

A entrevista permite que o investigador construa de forma empírica, a partir da recolha de dados expositivos do discurso dos entrevistados, conceções sobre a forma como os sujeitos percebem determinados fenómenos (Bogdan, 1994). Nas entrevistas os sujeitos são os informadores privilegiados,

eles são os detentores do saber e, segundo Guerra (2008, p.18) numa metodologia indutiva, como no caso das entrevistas:

“(...) a verbalização franca por parte do entrevistado (considerado o informador privilegiado) é fundamental e, quanto menor for a intervenção do entrevistador, maior será a riqueza do material recolhido, dado que a lógica e a racionalidade do informante emergirá mais intacta e menos influenciada pelas perguntas”.

Independentemente das diferentes afirmações sobre esta técnica, a sua utilização permitir-nos-á objetivar e clarificar conceitos e significados, bem como criar compreensão sobre os mesmos. Numa primeira abordagem, através de uma entrevista exploratória, de aspeto mais informal, procedemos à recolha de dados relevantes iniciais de contextualização, posteriormente foi realizada a entrevista semiestruturada, permitindo de forma mais objetiva a comparação dos dados tratados, bem como o controlo e o enquadramento dos resultados obtidos.

As entrevistas exploratórias ajudam na elaboração da problemática de investigação e devem ser articuladas com a componente teórica, contribuindo para a descoberta das questões colocadas, abrindo ou corrigindo o campo de investigação das leituras, dando-lhe um enquadramento e respetiva pertinência quanto aos aspetos do fenómeno a estudar (Quivy, 1998).

Também Pardal & Lopes (2011, p.88) afirmam que esta é uma técnica que contribui para:

“(...) o afinamento do problema, para a construção do modelo de análise, definição de pistas de abordagem do objeto de estudo, e estruturação do corpo de hipóteses de trabalho, focando os elementos mais pertinentes para a definição do problema e para a limitação do campo de estudo”,

gerando pistas de reflexão que vão contribuir para a obtenção de elementos que vão ajudar na definição das questões de investigação, através de um modo comunicacional aberto e flexível por parte do entrevistado, que responderá a um número reduzido de perguntas. São apontados como limites, ao uso desta técnica, o facto de a flexibilidade da entrevista não se traduzir por uma completa espontaneidade do entrevistado, nem pela neutralidade total do entrevistador (Pardal, 2011).

Após a realização da entrevista exploratória a entrevista semiestruturada parece-nos ser a forma de recolha de dados mais adequada, através da elaboração de um guião como suporte, pouco estruturado, mas imprescindível,

com o fundamental do que se pretende obter de informação, de forma de conduzir a entrevista, devendo ser previamente experimentada, assim como as perguntas do guião. As questões e os conceitos podem não estar de forma textual no guião mas terão de estar implícitos e presentes no entrevistador (Quivy, 1998).

A entrevista semiestruturada permite a obtenção de informações comparáveis entre os sujeitos a serem inquiridos, que *“produzem uma riqueza de dados, recheados de palavras que revelam as perspetivas dos respondentes”* (Bogdan & Biklen, 1994, p.136). Esta técnica permite a análise do sentido que os sujeitos atribuem às suas práticas e às suas vivências, no sentido de exporem opiniões, reflexões e interpretações que fazem da sua própria experiência, dados estes muito relevantes e essenciais para a nossa investigação de cariz qualitativo (Quivy, 2017).

Vários autores referem a entrevista semiestruturada como sendo um dos principais instrumentos de pesquisa de natureza qualitativa, principalmente pelo facto de não ser hermética, permitindo grande liberdade de discurso ao entrevistado, quanto à forma e quanto ao conteúdo das respostas, das quais se deverá obter elementos compreensivos dos dados recolhidos (Amado, 2014).

A verbalização livre por parte do informador privilegiado é crucial, assim como a interferência mínima por parte do interlocutor, possibilitando maior riqueza do material recolhido, *“dado que a lógica e a racionalidade do informante emergirá mais intacta e menos influenciada pelas perguntas”* (Guerra, 2008, p.51).

Quanto à estrutura, esta é uma técnica que permite alguma informalidade por parte dos envolvidos, em que a comunicação se rege por um leque de perguntas restritas, mas amplas, com alguma flexibilidade, elaboradas previamente. Na entrevista semiestruturada a ordem estabelecida das perguntas não é rígida, deve ser maleável em função do discurso do entrevistado, possibilitando abertura e liberdade de expressão e interpretação sobre o tema, de acordo com as perceções, experiências e sobre o sentido que o sujeito dá às suas práticas. O entrevistador deverá, numa entrevista com este formato, conduzir, e reconduzir o diálogo ao encontro dos objetivos da

entrevista, sempre que o discurso se desvie dos propósitos da investigação, de forma a conseguir o aprofundamento da informação pretendida (Pardal, 2011).

A opção pela entrevista semiestruturada, nem completamente aberta nem limitada, e orientada por um grande número de perguntas precisas, vai ao encontro do pretendido, ou seja, a análise do sentido que os entrevistados dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêm confrontados, e à análise de um problema específico (Quivy, 1998).

Os dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas, realizadas a sujeitos privilegiados e especializados no domínio da investigação, foram vídeo-gravados e áudio-gravados, com a autorização das entrevistadas (anexo 3), sucedendo-se à respetiva análise de conteúdo. Na entrevista vídeo-gravada, como a entrevistadora não domina a LGP, língua de uma das entrevistadas, recorreu-se ao serviço de uma intérprete de LGP, sendo dela o papel central nesta entrevista. Este é o profissional capacitado para a realização desta função, a mediação entre o mundo surdo e o mundo dos ouvintes, segundo o decreto-Lei nº. 89/99:

“Consideram-se intérpretes de língua gestual portuguesa os profissionais que interpretam e traduzem a informação de língua gestual para língua oral ou escrita e vice-versa, por forma a assegurar a comunicação entre pessoas surdas e ouvintes”. (Santos, 2011, p.72)

No nosso entender, e de acordo com Costa (2015), a opção dos métodos que nos permite uma análise profunda dos dados recolhidos, coadunam-se com a investigação a que nos propomos, pois, o nosso objeto de estudo é formado por vários contextos, comportamentos e significações, e enquanto estratégia recorre a diversas técnicas de recolha e de análise de dados.

2.3 Caracterização do Contexto (FBP)

O trabalho de investigação foi realizado num contexto concreto de um modelo específico de Frequência Bilingue Precoce, que aposta e investe recursos físicos e humanos na intervenção de crianças surdas dos 0 aos 3 anos, indo ao encontro do nosso interesse investigativo, na recolha de

informações pertinentes, que nos ajudem a perceber de que forma esta intervenção contribui para a aquisição e desenvolvimento das competências comunicativas orais destas crianças.

Este é um modelo específico de um Agrupamento de Escolas da área do Porto que teve a sua origem em 2009, através de uma proposta inicial diferenciada, elaborada pelos elementos da Educação Especial que compunham a equipa e que, ao longo do tempo, foi sendo reformulada e ajustada de acordo com os desafios com que foram sendo confrontados, a partir da necessidade de dar resposta a uma população que tardiamente tinha contacto com a LGP e com os recursos disponibilizados pelas instituições de ensino.

Esta resposta educativa foi elaborada no contexto das EREBAS, respaldada pelo Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de janeiro, previsto no nº 11 do artigo 23º do Capítulo V, e pretendeu ir ao encontro da necessidade de despiste e acompanhamento precoce de crianças surdas. Tem na sua conceção diversos princípios basilares de funcionamento, tais como: uma resposta individualizada e ajustada a cada caso, através de uma intervenção direta; apoio educativo multidisciplinar especializado na área da surdez; intervenção articulada e sistematizada entre os elementos da equipa; presença e participação dos pais em todas as sessões, planificação e programação da intervenção; articulação com os serviços de IP; articulação com equipas médicas que acompanham as crianças; articulação com as creches; formação de LGP para pais e familiares da criança; promoção do desenvolvimento global e harmonioso da criança.

Para conseguirmos contextualizar melhor esta valência educativa foi realizada uma entrevista exploratória (anexo 1) com os membros da equipa em dezembro de 2017. Das opiniões expressas, e dos primeiros dados recolhidos, foi possível perceber como surgiu e se organizou, ao longo dos últimos anos.

A equipa pedagógica da altura percebeu que o modelo inicial que tinham construído, o pré-escolar, o 1º e o 2º ciclo, não contemplava crianças dos 0 aos 3 anos, ficando a intervenção cingida às equipas das ELIS. Esta constatação impulsionou a criação da FBP, que surgiu inicialmente numa das escolas do

Agrupamento, tendo como principais promotores os docentes da Educação Especial, que começaram a intervir.

Atualmente têm em atendimento 5 crianças, implantadas e protetizadas, uma filha de pais surdos e as restantes filhas de pais ouvintes, e aguardam a chegada de mais duas crianças. A forma como as crianças chegam ao serviço é principalmente através da parceria e divulgação do mesmo, que é realizada, há anos, junto de instituições de saúde e de educação, tais como: hospitais, centros de saúde, creches e outras. Há uma grande cooperação com os centros hospitalares e as crianças são encaminhadas em idade cada vez mais precoce, após implante, protetização e em alguns casos para avaliação, em parte em função de diagnósticos cada vez mais precoces e pela divulgação, cada vez mais ampla, dos serviços oferecidos por este agrupamento.

A equipa trabalha sempre em articulação e parceria num paradigma transdisciplinar, com educadores, clínicos, membros das ELIs, assistentes sociais e principalmente as famílias, que são fundamentais e imprescindíveis em todo o processo. Trabalha em contexto escolar e sempre em díade, a intervenção é realizada individualmente com a criança e os pais, três vezes por semana. Realizam atendimento domiciliar para perceberem melhor, e de forma mais dinâmica, as necessidades da criança e da família. O atendimento domiciliar nesta valência é recente, começou em função do surgimento de casos específicos que o justificavam, no caso de crianças muito pequenas que vivem longe, e situações em que os pais não se disponibilizam a ir ao agrupamento pelos mais diversos constrangimentos.

Também realizam atendimento em creches, observando a criança e orientando os cuidadores. Tentam ir ao encontro do meio em que a criança passa mais tempo, podendo assim observar outras dinâmicas e interações da mesma com outros adultos, e principalmente com os pares, assim podem também orientar de forma mais efetiva e eficaz pais e cuidadores, tentando suprir as necessidades das crianças e da família em várias vertentes e contextos. Sempre que necessário, e possível, acompanham as crianças a consultas da especialidade, nomeadamente otorrinolaringologia, deslocando-se muitas vezes a Coimbra, principalmente com as crianças implantadas, de

forma a poderem estar mais próximas e em sintonia com o processo de reabilitação, além de prestarem todo o apoio necessário às famílias.

Os membros da equipa também são um meio facilitador entre os pais e os serviços de saúde, esclarecendo, orientando e, se necessário, agilizando exames e marcações, já que este serviço de FBP tem protocolos com algumas instituições de saúde entre elas o Hospital Geral de Santo António, no Porto.

As crianças quando chegam ao serviço são avaliadas pela equipa multidisciplinar, com a colaboração da família, e é elaborado um documento de referenciação. São traçados objetivos que podem a qualquer momento ser revistos, alterados e atualizados, sempre que a equipa e os pais achem necessário, indo sempre ao encontro da necessidade da criança e das famílias.

Esta avaliação é realizada de forma contínua e dependendo da idade, do grau de surdez, do nível linguístico, da capacidade de comunicação, da tecnologia de apoio, do contexto e envolvimento parental, os objetivos são traçados e reavaliados periodicamente, ao longo do tempo.

O plano de intervenção é elaborado e os planos de sessão são realizados em grupo, pelos três elementos da equipa (docente de educação especial, docente de LGP, terapeuta da fala). Previamente, apesar de os pais terem conhecimento do modelo educativo do agrupamento, ensino bilingue, a equipa elucida sobre outros modelos de ensino em outras instituições, garantindo assim uma escolha mais esclarecida e objetiva por parte da família.

O maior constrangimento que as famílias colocam aos elementos da equipa é: “será que o meu filho aprendendo a LGP vai oralizar?”. Os pais de crianças implantadas, que têm como paradigma a oralidade para os seus filhos, são os que verbalizam mais dúvidas e receios. Este discurso e temor inicial é legítimo, mas vai sendo desconstruído pela equipa através de um trabalho de esclarecimento e de orientação, intervindo e demonstrando ao longo do tempo que a criança começa a comunicar através da LGP, porque é a sua forma natural de comunicação, e que, em simultâneo ou de forma sucessiva, é possível ir articulando sons de fala, se a sua capacidade de perceção e de resposta à estimulação auditiva estiver presente.

A opção pelo bilinguismo sucessivo ou simultâneo deverá sempre ser realizada em função da criança e da sua família. A equipa acredita que, na grande maioria dos casos, em que a oralidade é possível o bilinguismo simultâneo é a opção mais plausível, já que a maioria das crianças é oriunda de família de ouvintes e os pais não sabem LGP. A criança teria necessidade de um período demasiado longo até ter o domínio pleno da estrutura da LGP, perdendo fases e etapas de desenvolvimento e aquisição de linguagem, até iniciar a aprendizagem da comunicação verbal oral. Não havendo contra-indicação nem objeções por parte dos pais é introduzida a LGP e a língua portuguesa, na sua vertente oral, sempre que possível, em simultâneo.

Todos os elementos da equipa acreditam que o importante é mostrar aos pais que a comunicação é possível, que deve ser estimulada, que podem e devem usar todas as estratégias possíveis para comunicar e interagir com os seus filhos. Não há uma postura de ensino de uma língua em detrimento da outra, na realidade, sempre que possível há uma complementaridade, numa criança surda a LGP irá desenvolver-se mais rapidamente do que outra, mas todas vão passar por todas as fases de desenvolvimento da língua. O profissional deverá estar atento às etapas desse desenvolvimento, e deverá esclarecer e orientar os pais em todas essas fases, as dúvidas estão sempre presentes, principalmente quando estamos perante o ensino bilingue, em que uma língua poderá evidenciar-se mais que outra em determinado momento, sem que isso vá afetar a aprendizagem e desenvolvimento.

A equipa concorda que a introdução precoce da LGP é fundamental para que a criança desenvolva linguagem e comunicação, já que esta é a sua língua natural, percebendo os constrangimentos resultantes que a falta de modelos linguísticos, de adultos e pares surdos, possam acarretar, já que os pais são ouvintes, não dominam a LGP e vão precisar de muito tempo para que possam servir de modelo linguístico para o seu filho. Este modelo é fornecido pela professora de LGP que vai ensinando a língua à criança e à família.

Além da grande dedicação profissional a equipa tem uma grande capacidade de gestão, indo sempre ao encontro dos horários das crianças como, por exemplo, nas visitas às creches. Tentam sempre realizá-las nos

horários em que as crianças estão mais ativas e alertas, tentando não interferir nas rotinas do grupo. Em relação às famílias os horários também priorizam os dos cuidadores de forma a causar o menor constrangimento possível.

É unânime a importância que a equipa dá à especialização na área da surdez, por parte de qualquer profissional que atue nesta área. É uma condição indissociável, segundo esta equipa, já que há conhecimentos técnicos e teóricos muito específicos inerentes a cada profissional, necessários para poderem intervir, orientar, esclarecer de forma competente e deontológica, sem os quais este trabalho nunca seria possível.

À instituição cabe proporcionar um espaço e um ambiente cheio de estímulos, com factos interessantes e oportunidades comunicativas, de forma a que a criança se sinta segura, nas suas competências emergentes de comunicação, que vai adquirindo no espaço escolar, para as generalizar, transferir e aplicar nos mais diversos contextos. As crianças aprendem a conhecer e a formular conceitos através da aquisição de uma língua, com ela o desenvolvimento da linguagem é possível e esta flui com as trocas verbais entre elas e os outros indivíduos.

2.4 Procedimentos de Recolha de Dados

A investigação qualitativa, a qual nos propomos, não se traduz apenas na escolha e aplicação de técnicas para a recolha de informações, para ela contribui a nossa ampla experiência profissional, na temática abordada, e a visão holística dos sujeitos, na decisão da escolha da técnica no universo das mais diversificadas estratégias.

A metodologia adotada tem como princípio dar voz aos participantes, já que o objetivo da nossa pesquisa não é a generalização dos resultados, mas sim a compreensão dos elementos do fenómeno em questão, portanto, como afirma Amado (2014, p.207):

“A entrevista é um dos mais poderosos meios para se chegar ao entendimento dos seres humanos e para a obtenção de informações nos mais diversos campos (...). “Um meio potencial de transferência de uma pessoa (o informante) para outra (o entrevistador) de pura informação; é pois um método, por excelência, de recolha de informação”.

Com este estudo não pretendemos explicar exhaustivamente os métodos, as filosofias e os resultados, de um programa de intervenção precoce, queremos sim compreender e refletir melhor sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comunicativas orais adquiridas, ou não, pelas crianças surdas que passam pela FBP. Como tal optamos por um instrumento único para a recolha de dados, a entrevista, inicialmente exploratória e posteriormente semiestruturada, a partir de um guião estruturado, mas flexível, que serviu de fio condutor aos propósitos das questões de investigação, indo ao encontro do nosso objeto de estudo e permitindo flexibilidade de resposta aos entrevistados (Amado, 2014).

A entrevista semiestruturada é *“um dos principais instrumentos da pesquisa de natureza qualitativa, sobretudo pelo facto de não haver uma imposição rígida de questões, o que permite ao entrevistado decorrer sobre o tema proposto”*, segundo bibliografia citada por Amado (2014, p.209)

A primeira etapa deste procedimento foi realizada através de uma entrevista exploratória (anexo 1), no dia 18 de dezembro, numa escola de uma EREBAS, da cidade do Porto, aos três elementos da equipa da FBP, a docente de educação especial, docente de LGP e terapeuta da fala. Apesar da investigadora não dominar a LGP, nesta primeira abordagem não foram solicitados os serviços de um intérprete de língua gestual portuguesa, tendo a tradução sido acompanhada pelos demais elementos da equipa.

Esta etapa inicial teve como objetivo principal perceber o contexto, a organização e dinâmicas, da equipa que compõe e intervém no programa de FBP, o que nos permitiu, de forma mais adequada, elaborar o guião da entrevista a aplicar posteriormente, tendo sido muito útil para a caracterização do mesmo.

Com base nas informações obtidas foi possível construir um guião da entrevista semiestruturada (anexo 2), obedecendo às seguintes dimensões: **fundamentos teóricos do modelo**, de forma a perceber quais as bases que suportam a construção deste modelo, se é assumido como um modelo socioantropológico, se é hermético ou se há reformulação constante do mesmo; **pressupostos e opções linguísticas**, de que forma são realizadas as

opções linguísticas neste modelo bilingue, quem as determina, quais os critérios e possíveis constrangimentos, quem dimensiona o modelo educativo da criança, perceber o lugar que a oralidade ocupa neste modelo de intervenção; **processo de encaminhamento / entrada das crianças na instituição**, perceber o percurso, os tramites legais e clínicos, que a criança e a família percorrem desde o diagnóstico até ao acolhimento; **acolhimento da família e processo de avaliação da criança**, de que forma a família é acolhida e incluída na comunidade escolar e quais os processos e objetivos da avaliação; **processo de intervenção / acompanhamento**, perceber os contextos, os critérios e as prioridades da intervenção da FBP com a criança e com família; **avaliação da evolução da intervenção**, de que forma é realizada a avaliação da intervenção desta valência, quais os instrumentos usados, como e com quem é feita a articulação dos resultados e das avaliações; **resultados**, analisar quais as consequências objetivas, positivas, ou não, em relação às etapas de desenvolvimento e das competências comunicativas, mais especificamente da comunicação verbal oral, das crianças que passaram por esta valência, como percebem a importância da FBP como resposta educativa e como ultrapassagem das dificuldades comunicativas, e como contributo para a mudança dos modelos educativos para os alunos surdos.

A determinação das dimensões foi importante para situar a entrevista, na medida em que foram elas o fio condutor que possibilitaram a orientação da mesma na direção da pergunta de partida: “Qual a importância da Frequência Bilingue Precoce (FBP), de crianças surdas dos 0 aos 3 anos, na aquisição e desenvolvimento das competências comunicativas orais?”, e das questões de investigação: Qual a importância da FBP?; Quais os pressupostos teóricos nos quais se baseia o modelo?; De que forma este modelo está organizado?; De que forma é construído e posto em prática?; Como se constroem respostas individualizadas, mas seguindo os mesmos pressupostos filosóficos, teóricos, práticos, legais e burocráticos?; Qual a importância do papel da família neste modelo?; Como se articulam os profissionais que fazem parte da equipa da FBP com os vários intervenientes, família e profissionais da área da educação e da saúde?; Como se gere a aquisição nas duas línguas (LGP e Língua

Portuguesa oralizada), de forma sucessiva ou simultânea?; De que forma, e quais as consequências que este modelo implica na aquisição e desenvolvimento das competências verbais orais das crianças?; Qual a importância da FBP?

Assim, foram colocadas questões abertas, claras, neutras e singulares, evitando respostas dicotômicas (sim / não), com uma ideia principal como foco, com linguagem acessível e refletindo a experiência dos entrevistados, proporcionando um ambiente imparcial e de confiança (Amado, 2014).

Com estas entrevistas tivemos o propósito de obter o máximo de informações sobre tudo o que é relevante, e que possa ser um diferencial, neste modelo de intervenção precoce na área da surdez, já que pretendemos perceber de que forma, esta resposta educativa, reflete e contribui para o desenvolvimento de competências comunicativas verbais orais nas crianças surdas dos 0 aos 3 anos.

A primeira entrevista (anexo 4), de cerca de 1 hora e 45 minutos, foi agendada previamente, em data e hora definida pela entrevistada. A gravação foi realizada no dia 29 de março de 2018, na Instituição de Ensino em que a entrevistada exerce funções, após a leitura do consentimento informado e autorização prévia da gravação áudio. As perguntas foram realizadas respeitando a ordem do guião, apesar de nem todas terem sido colocadas, já que a entrevistada, ao longo do discurso, foi-se antecipando em relação a algumas questões. A colaboração foi total, a entrevistada envolveu-se no tema contribuindo com informações preciosas não se escusando a nenhuma questão. A transcrição foi realizada da forma mais fidedigna possível, tentando manter o discurso oral tal como foi produzido.

A segunda entrevista (anexo 5), foi agendada previamente, em data e hora definida pela mesma, e foi realizada na Instituição de Ensino em que a entrevistada exerce funções, no dia 2 de maio de 2018, a gravação da mesma, em áudio, foi autorizada pela entrevistada, após a leitura do consentimento informado, e teve a duração de aproximadamente de 1 hora e 5 minutos. A participação da entrevistada foi irrepreensível, não se abstendo de responder a nenhuma questão. A maioria das perguntas foram colocadas pela ordem do

guião, mas algumas questões não chegaram a ser colocadas objetivamente já que ao longo da entrevista foram sendo respondidas indiretamente. Na transcrição tentou-se respeitar, o máximo possível, o discurso oral tal como foi produzido, respeitando o discurso da entrevistada.

A terceira entrevista (anexo 6), foi agendada previamente, em datas e hora definidas pela entrevistada, e foi realizada em dois momentos. O local foi a Instituição de Ensino em que a entrevistada exerce funções. A primeira fase da entrevista foi realizada no dia 21 de junho de 2018, e teve a duração de aproximadamente 30 minutos. Nesta entrevista, vídeo-gravada, como o entrevistador não domina a LGP, língua desta entrevistada, como já referido anteriormente, recorreu-se ao serviço de um intérprete de LGP, sendo ele o profissional indicado para a realização desta função, a mediação entre o discurso da entrevistadora ouvinte e o discurso da entrevistada surda.

2.5 Características dos Sujeitos

Após a realização da entrevista exploratória foram agendadas as entrevistas semidiretivas individuais, às três profissionais que compõem a equipa da FBP, uma professora do ensino especial (sujeito A), uma terapeuta da fala (sujeito B) e uma professora de LGP (sujeito C), respetivamente, em datas e locais que foram ao encontro da disponibilidade e conveniência das entrevistadas. Duas entrevistas foram áudio-gravadas e uma foi vídeo-gravada, após exposição prévia dos objetivos e garantia do anonimato, de forma a estabelecer uma relação de respeito e confiança por parte de todos os envolvidos. Como afirma Lessard-Herbert e outros (1997), citados por Guerra, (2008), só através de procedimentos éticos e de respeito para com os sujeitos se podem obter elementos credíveis de forma a validar uma investigação.

Os sujeitos escolhidos foram selecionados em função do objeto de estudo da investigação, pela sua experiência profissional, o seu envolvimento próximo e contacto direto com a temática, tornando-se testemunhas e informadores privilegiados, com similitudes e especificidades próprias, na

obtenção de respostas para as nossas questões de investigação (Amado, 2014).

As entrevistadas trabalham no mesmo Agrupamento Escolar, pertencem à mesma equipa de trabalho, a Frequência Bilingue Precoce, mas exercem diferentes profissões numa perspetiva de equipa multidisciplinar, mas com atuação transdisciplinar.

A entrevistada A é educadora de infância, com especialização nas Problemáticas da Linguagem Infantil e na Língua Gestual Portuguesa e Educação de Surdos. Tem 14 anos de experiência profissional na área da surdez, e atualmente exerce o cargo numa EREBAS como docente de educação especial, grupo 920, a desempenhar funções na valência da FBP, da qual faz parte há 3 anos.

A entrevistada B é terapeuta da fala, com mestrado em Ciências da Fala e da Audição, e doutoramento em Multimédia em Educação. Tem 15 anos de experiência profissional na área da surdez, e 8 anos na intervenção precoce, especificamente na FBP intervém há 4 anos. Atualmente exerce o cargo numa EREBAS, intervindo numa turma bilingue do pré-escolar e com alunos do 2º e 3º ciclo.

A entrevistada C é professora de língua gestual portuguesa, com licenciatura em Lecionação de Língua Gestual Portuguesa, com 13 anos de experiência na área da surdez e 9 anos de experiência na FBP. Atualmente exerce a função de docente de LGP, numa EREBAS, dando apoio a crianças da FBP e a alunos do 1º ciclo. A idade das participantes é 48, 37 e 42 anos, respetivamente.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

3.1 Definição das Categorias Analíticas

A partir dos dados recolhidos das entrevistas procedeu-se à sua transcrição, o mais fidedigna possível, realizada pelo entrevistador, permitindo uma maior aproximação ao texto, criando, assim, como refere Queiroz, citado por Amado (2014, p.220):

“(…) uma nova experiência de pesquisa, um novo passo em que todo o processamento dela é retomado, com seus envolvimento e emoções, o que leva a aprofundar o significado de certos termos utilizados pelo informante, de certas passagens, de certas histórias que em determinado momento foram contadas, de certas mudanças na entonação da voz”.

A transcrição facilita a análise de conteúdo dos dados relevantes do discurso dos sujeitos, os de maior complexidade e profundidade, previamente definidos para a nossa pesquisa, os quais serão tratados metodicamente, de forma a cumprir o rigor metodológico, indo ao encontro da profundidade interpretativa dos dados (Quivy, 2015).

Após transcrição, leitura e análise, e através da comparação dos dados observados consideramos as seguintes categorias analíticas:

Tabela 3 - Categorias e Subcategorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Fundamentos Teóricos do Modelo	Intervenção Precoce
	FBP
Opções Linguísticas	Aquisição da LGP
	Aquisição da Língua Oral
	Bilinguismo
	Dificuldades / Constrangimentos
Encaminhamento / Entrada das Crianças na FBP	Processo
	Dificuldades / Constrangimentos
Acolhimento da Família e Processo de Avaliação da Criança	Reações e Envolvimento Parental
	Processo e Instrumentos de Avaliação
Processo de Intervenção / Acompanhamento	Intervenção
	Funcionamento da Equipa Disciplinar
Avaliação e Evolução da Intervenção	Reflexos e Contributos da FBP na Comunicação Verbal Oral

Após optarmos por uma metodologia de suporte qualitativo, que sustenta paradigmas indutivos, permitindo fronteiras interpretativas menos rígidas, mas de maiores riscos para o investigador, escolhemos a análise de conteúdo, enquanto método, como procedimento básico da análise de dados da nossa investigação. Como refere Amado (2014) este pode ser um método geral de investigação ou apenas um instrumento, porém, enquanto técnica deve seguir os mesmos critérios de qualquer outra forma de observação, sendo eles a objetividade, a fidelidade e a validade. Para Bogdane & Biklen (1994), citado por Amado (2014, p.305) *“enquanto método, a análise de conteúdo torna-se um procedimento básico da investigação qualitativa”*.

Assim, apesar de terem ocorrido algumas modificações ao longo dos tempos, em relação à conceção que se foi fazendo sobre a análise de conteúdo, este é, no nosso entender, o caminho mais lógico a seguir nesta fase da nossa pesquisa, pois como afirma Quivy (2017, p.195) *“O método das entrevistas está sempre associado a um método de análise de conteúdo”*.

Após a leitura atenta das transcrições das entrevistas iremos efetuar uma descrição detalhada e analítica das categorias, e respetivas subcategorias, elencadas através do discurso dos sujeitos, propondo uma reflexão interpretativa e compreensiva dos conteúdos mais pertinentes e relevantes, tendo como base os conhecimentos teóricos, explorados previamente, num sentido *“mais descritivo e qualitativo, numa primeira fase, para um sentido mais interpretativo, inferencial, em fases posteriores”* (Amado, 2014, p.302).

3.2- Análise Categorical dos Discursos

3.2.1 Fundamentos Teóricos do Modelo

Com o propósito de melhor compreendermos as bases de uma resposta precoce educativa específica, na área da surdez, nesta categoria, **Fundamentos Teóricos do Modelo**, foram consideradas duas subcategorias, uma quanto às conceções globais sobre a **Intervenção Precoce**, e a outra

sobre concepções específicas em relação à **Frequência Bilingue Precoce**, estando a segunda intrinsecamente relacionada com a primeira.

Quanto à **Intervenção Precoce**, as entrevistadas realçam essencialmente a relação que existe entre a necessidade de um diagnóstico precoce e o início da intervenção, sendo este um fator de sucesso da criança em todas as áreas do desenvolvimento, como refere a entrevistada B: *“...o diagnóstico precoce justifica-se por nós conseguirmos rapidamente dar à criança a possibilidade de se desenvolver no seu máximo potencial, (...) e conseguimos ajustar a forma de estimular o desenvolvimento...”*. A entrevistada A é categórica a este propósito e diz: *“Quanto mais precoce for a intervenção, seja em crianças surdas ou não, (...) mais rico poderá vir a ser o futuro”*, e acrescenta *“...o diagnóstico precoce da surdez é uma garantia de que vêm para cá”*. Em relação ao diagnóstico, e em função da heterogeneidade dos casos a entrevistada C refere que: *“...não é só médico mas também da ELI, (...) há bebés que quando nascem podem ter algum problema de saúde, os pais podem chamar a ELI para avaliação e daí descobrir-se a surdez”*.

Também, nesta mesma linha, as entrevistadas referem a importância do trabalho efetuado precocemente com os pais, que enfrentam barreiras comunicativas difíceis de transpor, como diz a entrevistada A: *“...não em termos da língua oral, da língua gestual, mas muito mais aquela comunicação mais abrangente...”*, que depois se reflete no desenvolvimento da criança surda. A este respeito a entrevistada B salienta que [a intervenção deve ocorrer]: *“...o mais cedo possível, porque 90% das crianças são filhas de pais ouvintes, (...) não sabem o que é ter um filho surdo, não sabem como comunicar (...), como promover o seu desenvolvimento”*.

Também foi referida a importância de, numa intervenção desta natureza em que todas as áreas do desenvolvimento são abordadas, tendo a língua como base, que a mesma se baseie em guias internacionais, a este respeito a entrevistada A diz:

“...baseamo-nos muito nas guidelines internacionais para a intervenção precoce. (...) ...parto sempre do que é esperado no protocolo do currículo Carolina do Norte, (...) nas várias áreas do

desenvolvimento, pessoal, social, cognitivo, comunicação, formação motora. Portanto eu vejo sempre a criança como um ser completo nas várias áreas do desenvolvimento...”.

Como nota final, mas de grande relevo, as entrevistadas apontam a importância do trabalho, nesta fase precoce, e nesta intervenção tão específica na área da surdez, ser realizado preferencialmente por equipas multidisciplinares especializadas, assim como a necessidade de encaminhamentos, sempre que necessários, para equipas, também elas com profissionais especializados. Assim, a entrevistada B afirma que: *“Se houver um diagnóstico precoce espera-se também que haja um encaminhamento precoce para equipas especializadas, tanto da parte da educação como da parte da audiologia, para colocação de ajudas auditivas o mais rapidamente possível (...)”*, a entrevistada C enfatiza a ideia quando diz que: *“há apoio específico para que a criança aprenda os conceitos, para que faça o seu desenvolvimento de forma plena”*. A entrevistada B termina esclarecendo que: *“o diagnóstico não tem só a ver com a necessidade clínica de reabilitação auditiva, acho que também tem a ver com a necessidade de estar a ter um acompanhamento com uma equipa especializada, nomeadamente da educação”*.

Em relação aos **Fundamentos Teóricos**, que estão na base da FBP, as entrevistadas referiram vários aspetos que caminham no sentido de uma resposta singular há muito necessária, pois como aponta a entrevistada C [para crianças surdas]: *“... no sistema público, não há atendimento dos 0 aos 3 anos...”*. A entrevistada A diz [que a FBP vem]: *“...colmatar uma lacuna através de uma resposta específica para a surdez, que afeta o desenvolvimento linguístico”*, e acrescenta: *“...baseia-se muito no trabalho parental, (...) e trabalho direto com as crianças numa perspetiva do desenvolvimento global e linguístico”*. Estas são, portanto, algumas das bases pilares deste modelo, o trabalho direto com as crianças surdas e o envolvimento parental.

Também como base incondicional, deste modelo de intervenção, as entrevistadas referem a precocidade da mesma. A entrevistada B diz: *“A FBP tem como base teórica que, quanto mais cedo as crianças tiverem a*

intervenção, após o diagnóstico, melhor é a probabilidade de sucesso, principalmente se for com equipas especializadas”.

A base que sustenta esta valência é inspirada noutros modelos já existentes, apesar de, como diz a entrevistada A: “...cada EREBAS tem um funcionamento muito próprio...”, sendo esta questão explicada pela entrevistada B: “...há uma base, (...) nós temos um projeto que está aprovado em pedagógico, em conselho pedagógico, e é com base nesse projeto que nós funcionamos...”. A entrevistada A acrescenta: “...somos um projeto dentro da EREBAS, dentro da escola de referência, mas a nossa escola, o nosso agrupamento não é escola de referência para a IP”.

Este modelo preconiza que a intervenção e a aquisição da língua se façam de forma natural, em contexto de FBP. Como refere a entrevistada C [a língua é dada pela]: “... professora de língua gestual para a comunicação, que dá o modelo surdo, para a base da língua gestual, para começarem a ter a língua gestual precocemente...”. Este modelo, oral ou gestual, deve ser replicado nos contextos de vida da criança, sobre esta questão a entrevistada B diz: “...tentamos que haja a aquisição natural das duas línguas, (...) através do contacto com modelos linguísticos que utilizem essa língua, (...) neste momento vamos a domicílios e a creches...”.

Como resposta educativa segue um modelo específico, que deverá ser aceite pela famílias, como refere a entrevistada A: “Os pais sabem que nós somos uma frequência bilingue precoce com um modelo bilingue, (...) e que quando vêm para aqui vão ter contacto com a língua gestual e vão estar expostos à língua gestual”, e acrescenta:

“...não há opção de vir para a FBP num modelo de integração, isto é, quando os pais aceitam vir para a nossa resposta já sabem que vêm para este modelo (...) que vão ser trabalhadas as duas línguas sempre, com pesos, ou não, diferentes. Vão ser trabalhadas as duas línguas, os pais já vão ter de aceitar isso à priori”.

Esta é uma resposta educativa baseada num modelo flexível, dinâmico e ajustado e, como afirma a entrevistada B: “...há alguma flexibilidade para cumprir com o princípio principal, que é atender às necessidades das famílias e

das crianças, e irmos fazendo esse ajuste...”, e acrescenta: “...está neste momento em reformulação, também para o enquadrar na lei que está em vigor e que agora estamos a aguardar que venha a nova proposta.”, adaptando-se à legislação e à instituição. A entrevistada B também refere que o modelo: “...tem vindo a ter alterações, [em função] daquilo que nós vamos notando que funciona ou não, e também tendo em conta o grupo de crianças que temos, e as famílias”. E isto fica patente quando a entrevistada A diz que: “o modelo não é hermético e vai crescendo, (...) acho que nós nos adaptamos à nossa realidade, aos nossos pais, (...) isto é um caminhar em função das necessidades que vamos encontrando ao longo do caminho”. A entrevistada C também defende um modelo aberto e flexível pois esta será a forma mais abrangente “...para chegar mais às outras crianças surdas, e de apoiar da melhor forma possível os pais”.

É também um modelo de intervenção que se distancia do modelo clínico, “...da intervenção de gabinete...”, segundo a entrevistada B, indo ao encontro do modelo socioantropológico como refere a entrevistada A:

“...pensando no modelo socioantropológico nós não nos centramos na parte clínica da surdez. (...) Quer dizer eles não vêm a uma sessão de terapia da fala, eles não vêm a uma sessão de apoio especializado, e as coisas acontecem ali de forma natural, às vezes como poderá acontecer nos contextos de vida”.

A entrevistada A chama a atenção para a não valorização do diagnóstico, neste modelo e numa perspetiva socioantropológica, com a qual se identifica, e diz: “*Pensamos naquele bebé como um ser completo, que se tem que desenvolver nas várias áreas de desenvolvimento, independentemente do tipo, do grau da surdez, da parte clínica*”.

Apesar de não terem pretensões de estarem a criar um modelo inovador, consideram ser este um modelo próprio, da instituição e dos elementos que compõem a equipa profissional, como diz a entrevistada C: “...é um modelo do nosso agrupamento, (...) é um modelo nosso, a nossa equipa luta para isso...”. A este propósito a entrevistada B também declara: “...acho que é um modelo inspirado noutros modelos, que se ajustou aquilo que é a

nossa realidade.”, e acrescenta: “...nós fazemos acompanhamento em domicílio, uma vez por semana, o que eu acho que não acontece nos outros contextos de EREBAS (...)”. “Portanto é uma série de características que são diferentes do nosso funcionamento, (...) mesmo sendo regulado pelo mesmo Decreto-Lei que as outras EREBAS”, esta última observação é apontada pela entrevista A. Este não é um modelo formatado, rígido, como se poderá inferir através do discurso desta mesma entrevistada quando diz que: “...isto é um caminhar em função das necessidades que vamos encontrando ao longo do caminho”, além disso, continua e diz: “...acho que tem um bocadinho o cunho nosso (...) partilhado com o nosso coordenador e a nossa direção, e que nos permitem (...) que o ponhamos em prática”.

Este modelo de intervenção, a FBP, tem algumas condicionantes de acesso para a entrada da criança na instituição, é exigido, como salienta a entrevistada A: “...que tenham um diagnóstico de surdez para que possam frequentar a FBP...”, e que os pais aceitem o modelo bilingue e a Língua Gestual Portuguesa, para que a criança possa usufruir desta valência, e afirma: “...isso é ponto de partida para o bebé estar connosco, (...) portanto os pais sabem que a língua gestual vai estar presente”.

Já a entrevistada B refere como limitação que: “Aquilo que nos falta, no funcionamento da FBP, são os pares falantes dessa língua.”. A entrevistada A é da mesma opinião e reitera: “...quem nos dera a nós podermos ter aqui os bebés a tempo inteiro, nem que fosse dois três dias por semana, aqui falha a questão social com os pares”.

A entrevista A aponta questões que seriam fundamentais, ao perspetivar um modelo ideal, e diz: “Se nós pensássemos numa precoce ideal, (...) se nos dessem carta branca, e dissessem vocês podem fazer da precoce o que quisessem, nós tínhamos (...) dois ou três dias (...) os bebés cá a tempo inteiro no mesmo espaço”, e vai mais longe na pretensão de uma intervenção mais abrangente e diversificada quando diz: “Teríamos que ter tempos semanais para estar ao mesmo tempo com os pais, e sem os filhos também, (...) tínhamos que ter tempos sozinhos com os pais.”

Quanto a características deste modelo, comparativamente a outros, na perspectiva da entrevistada A, este poderia ser um modelo distinto pois, como afirma: “...há coisas que nós achamos que se tivéssemos outras oportunidades de espaço, de autorização superior, mesmo em termos de Ministério da Educação, havia coisas que funcionariam diferente”. Esta mesma entrevistada refere que, este modelo, acaba por ter algumas características próprias, apesar de ser regulado pelo mesmo Decreto-Lei que as outras EREBAS, com condicionantes, mas abertura e autonomia por parte da direção e da coordenação. Mas estas questões acabam por suscitar algumas críticas por parte desta mesma entrevistada:

“...eu acho que o princípio de fundamento, havendo um Decreto-Lei, deveria ser mais próximo. Se há um DL que nos regulamenta deveria ser lido da mesma maneira, pelo menos. Um fio condutor para todas elas, e a verdade é que o decreto não é lido de igual maneira por toda a gente e, portanto, há muitas maneiras diferentes de funcionar dentro das EREBAS”.

3.2.2 Opções Linguísticas

O ato de comunicar implica que haja um emissor e um recetor, e para que este ato seja de comunicação efetiva é essencial que os interlocutores dominem um código comum, e utilizem um canal de comunicação apropriado, no caso das crianças surdas o código é a língua gestual portuguesa, ou o português oralizado, quando possível.

É com o propósito de melhor percebermos os processos de aquisição, destes dois códigos linguísticos, neste programa de FBP, que foram definidas nesta categoria as subcategorias **Aquisição da LGP, Aquisição da Língua Oral, Bilinguismo, Constrangimentos, Dificuldades e Desafios.**

Antes ainda de abordarmos as várias opções linguísticas, cada uma separadamente, é importante percebermos quem dimensiona efetivamente o modelo educativo da criança que, segundo a entrevistada B: “...é a equipa juntamente com os pais.”. O papel dos pais é absoluto, como refere a

entrevistada A: *“...os pais é que escolhem os caminhos (...), se eles não aceitarem (...) que fique aqui no modelo bilingue, ou que fique aqui na integração, os pais são soberanos”.*

De referir que, independentemente da opção linguística, e em função da precocidade das crianças e da especificidade desta resposta educativa, não há metodologias concretas nem um ensino formal de uma língua, como diz a entrevistada A: *“...eu não falaria num ensino, porque (...) o que distingue estas fases precoces de fases mais avançadas é ensino/aquisição. (...) aqui é mais uma aquisição. (...) O ideal é que uma língua seja adquirida e não seja ensinada”.*

De destacar também que, nesta valência, o contacto e a exposição à língua gestual estão sempre presentes nas dinâmicas de intervenção, independentemente de expectativas da família e competências da criança, sobre esta questão a entrevistada A diz: *“...nós assumimos o modelo bilingue e, portanto, os pais se aceitam que o bebé tenha intervenção nossa, (...) também vai ter intervenção da língua gestual, e contacto com a língua gestual”.*

Quanto à primeira subcategoria, **Aquisição da LGP**, as entrevistadas referem que a exposição e aquisição do modelo da língua deve ser precoce e proporcionado por um modelo linguístico adulto. A entrevistada B diz: *“Se nós soubermos que um bebé é surdo aos três meses de idade, conseguimos estimular (...) para garantir um desenvolvimento o mais dentro do esperado, através de meios de comunicação visual que são a língua gestual portuguesa...”.* Este modelo deve ser proporcionado, segundo a entrevistada B: *“... pelo docente de língua gestual portuguesa, ao nível da componente visual, de uma língua que é visual e que à partida é aquela que eles têm acesso sem dificuldades”.* A este respeito a entrevistada C destaca o facto da LGP ser muitas vezes a única forma possível de comunicação: *“Utilizar a língua gestual podia ser também (...), quando não se consegue comunicar de outra maneira, eles têm “uma salvação”, utilizam a língua gestual.*

A entrevistada B também refere os pais surdos como modelo de transmissão da língua gestual, já que, como afirma: *“...os interlocutores principais das crianças, nestas idades, são os pais e os pares. (...) Se os pais*

forem surdos ótimo, porque com eles também aprendem língua gestual...". Quando se trata de crianças surdas filhas de pais ouvintes a entrevistada B diz que: *"...se os pais forem ouvintes (...) é importante que aprendam língua gestual, mas nós sabemos que até se tornarem fluentes na língua e serem modelos demora, por isso precisamos de um adulto surdo que seja esse modelo".*

De referir também que este é um código linguístico ao qual a criança vai ser exposta, como refere a entrevistada A: *"...sempre em função das competências..."*, a este propósito a entrevistada B concorda que a aquisição da LGP não se aplica a todas as crianças e esclarece: *"Há crianças para quem a LGP não é uma necessidade premente, porque nós não atendemos só crianças surdas profundas."*, e explica:

"...temos crianças que têm surdez moderada e que com prótese auditiva têm um funcionamento de uma criança com limiares de audição quase normais. Portanto há crianças para quem a LGP não vai ser uma necessidade, e isto nós também temos de ir analisando. Portanto a LGP surge como uma resposta para as crianças que dela necessitam",

sendo, principalmente, uma resposta para as crianças surdas profundas. De forma mais abrangente esta entrevistada destaca *"...também, o papel que a língua gestual pode ter para promover desenvolvimento, em vez de atrasar desenvolvimento, (...) como meio de comunicação e como estratégia facilitadora em situações que auditivamente são mais desafiantes".*

A entrevistada C também sublinha a importância da língua gestual em relação às questões afetivas e comportamentais quando diz que: *"...utiliza-se a língua gestual, pode não ser mesmo a língua gestual pode ser mímica, pode ser expressão corporal, o que interessa é comunicar para acalmar a ansiedade da criança".*

A entrevistada A reflete sobre a dicotomia aquisição versus aprendizagem de uma língua, no caso a língua gestual, como um caminho a ser percorrido pela criança e pela família, quando diz que a aquisição deve ser realizada de forma natural *"...tanto da língua oral quanto da língua gestual, ou*

conforme seja o momento, que está ali a ser privilegiado, do desenvolvimento da aquisição linguística, e não tanto o ensino muito formal de uma língua, como uma língua segunda...”.

Este é um caminho que, apesar de inicialmente se debater com algumas barreiras por parte da família de rejeição da língua gestual, vai construindo pontes de comunicação, derrubando preconceitos e mitos. A este respeito a entrevistada A diz: *“...os pais depois percebem que o facto de haver uma língua que vai substituir esta mímica, é muito mais rica e que lhes possibilita um acesso ao mundo muito maior, do que se for uma mímica...”*, e ao longo do percurso o balanço é francamente positivo e é possível afirmar com segurança que: *“Não temos aqui nenhum pai que tenha dito, no final da intervenção conosco - a língua gestual foi prejudicial para o meu filho”*.

Como nota final a entrevistada B acredita que estariam reunidas condições para a aquisição da LGP de forma natural, proporcionando um banho linguístico com modelos adultos e de pares surdos, quando aponta que: *“...o ideal era nós termos também uma creche em que eles pudessem ter outros pares, outras crianças surdas com quem eles pudessem desenvolver a língua gestual, enquanto língua de aquisição natural”*. A entrevistada C é da mesma opinião e declara: *“... a professora de língua gestual na Frequência Bilingue Precoce é o modelo adulto, mas também precisa das crianças, é difícil, não há creche”*.

Na subcategoria **Aquisição da Língua Oral** a entrevistada B coloca como princípios, para a aquisição da mesma, que a via auditiva esteja garantida, e diz: *“Neste momento nós estamos a conseguir que a parte auditiva, dos que têm essa capacidade, consiga ser uma via preferencial para o desenvolvimento da oralidade.”*, através do uso de tecnologias de apoio, acrescentando: *“...à partida para eles fazerem uma aquisição da oralidade, idealmente, a parte auditiva tinha que estar garantida, ou com a prótese auditiva, ou com o implante coclear...”*, o terapeuta da fala trabalha a aquisição da língua oral pela parte auditiva e pela produção da fala, sendo os pais o modelo adulto da língua oral.

Sobre esta questão a entrevistada B continua e explica que:

“No caso da componente oral, eles podem ter os pais, (...) e são modelos adultos dessa língua, e também têm o terapeuta da fala para fazer um trabalho mais específico ao nível da aquisição da língua oral, pela parte auditiva e pela parte da produção oral”.

O grau da perda auditiva não é apresentado como uma condicionante, ao trabalho que é realizado, para a aquisição e desenvolvimento da oralidade. A este respeito a entrevistada B explica: *“...podemos ter uma criança surda profunda com implante e ela ter na mesma uma muito boa capacidade para a oralidade. (...) tem mais a ver com o tipo de ajuda auditiva que usam e o uso efetivo da mesma...”*. Para a entrevistada C o uso de tecnologias de apoio tem relevância para o desenvolvimento da oralidade, a este respeito diz: *“Dependendo da criança (...) se for biimplantado até poderá desenvolver a parte oral, (...) não têm tanto interesse na língua gestual é mais na oralidade”*

A entrevistada B também refere que, apesar de trabalhar a leitura de fala, como estratégia facilitadora para a aquisição da oralidade, a mesma tem um peso diferente na intervenção, ao nível da terapia da fala, já que, como afirma: *“...não temos tido muita necessidade de trabalhar a leitura de fala, que eles pela audição estão a conseguir responder...”*

A entrevistada B relaciona a LGP e a oralidade, no sentido de a LGP ser um recurso mais eficaz para a aquisição da oralidade, em alternativa a uma intervenção específica de leitura de fala, apesar de também, como intervenção, usar esta técnica, quando diz que: *“...porque achamos que quando eles têm maior capacidade de entender pela parte visual, aí que a língua gestual sirva como um grande apoio, mais do que a leitura de fala”*, e explica:

“Porque eles tudo o que é coloquial vão conseguindo adquirir de uma forma muito natural, (...) e não com uma intervenção tão específica, (...) em alternativa a língua gestual como um meio muito mais eficaz de aquisição de língua do que a leitura de fala.”,

servindo a língua gestual de base como facilitador à aquisição da oralidade.

De forma a melhor se entender a complementaridade de uma língua em relação à outra, a entrevistada B, tendo como base estudos da neurociência, diz que: *“A língua oral vai ser mais rapidamente adquirida se houver uma*

língua gestual de base, e pode acontecer também o contrário. Portanto, nós neste momento sabemos que uma não prejudica a outra, e que até pode facilitar”.

Por sua vez a entrevistada A, indo ao encontro das declarações a respeito da aquisição da LGP, também acredita que a aquisição da língua oral deve ser realizada de forma natural e em função das competências da criança, dependendo do momento a ser privilegiado em relação à fase de desenvolvimento da aquisição da língua, não seguindo uma metodologia de ensino formal, e diz que: *“...o ideal será eles adquirirem uma língua de forma natural e não ensinada, não existe uma metodologia de ensino da língua portuguesa, ou da língua gestual, (...) porque nós tentamos que esta aquisição seja natural, o mais natural possível”.*

Em relação à subcategoria **Bilinguismo**, a postura das participantes é consonante quando afirmam que, esta opção linguística, não é imposta e é dimensionada pela equipa profissional da FBP e pela família. A este respeito a entrevistada B diz que: *“...não impomos nada. Nós analisamos com as famílias, damos sempre a nossa opinião, com base numa avaliação objetiva e sustentada, (...) a decisão do que é o melhor para a criança é tomada em conjunto e com a família”.* A entrevistada A acrescenta:

“...o nosso papel aqui é dar a entender aos pais que a língua gestual pode ser um caminho, (...) que pode ser importante para aquele bebé, e fazer com que eles aceitem, ou não, (...) os pais quando vêm para cá sabem que têm um modelo bilingue, portanto quando aceitam vir para aqui já sabem que vão ter língua gestual”.

A entrevistada C exemplifica algumas situações em que o bilinguismo é realmente indicado e diz: *“Muitas crianças implantadas muitas vezes a parte oral não conseguem desenvolvê-la (...) O ideal será (...) trabalharem as duas, a língua gestual e a língua oral em paralelo, porque possivelmente isso também ajuda a criança”.*

A importância, e a dificuldade, deste modelo ser adquirido através da exposição precoce das duas línguas, de forma natural, através do contacto diário com modelos linguísticos corretos, dos pais e dos pares, situação apenas

possível quando passam para a pré-escola, é apontada pela entrevistada B quando diz que: *“Era importante que eles tivessem contacto diário com modelos linguísticos nessa língua, (...) isso só é possível quando os pais são surdos, e usam fluentemente a língua gestual portuguesa, não é a maior parte das nossas crianças. (...). Identifica como situação de aquisição bilingue, mais próxima do ideal e de forma mais natural, o momento em que as crianças: “... passam a estar na turma da pré, em que todos os dias, a todas as horas têm, não só o docente de língua gestual, como têm os pares, com quem desenvolvem a língua, (...) em interações mais naturais”.*

A entrevistada A, em relação às dificuldades de execução do modelo e à forma de serem minimizadas, acrescenta: *“... trabalhamos as duas línguas na potencialidade máxima de cada uma, na língua gestual e na língua oral. Cada um vai fazer o seu caminho...”*, e aponta como fatores primordiais para a implementação do bilinguismo a receptividade dos pais, e que o mesmo seja desenvolvido em espaços próprios, ou seja, em contexto. A entrevistada B concorda que há dificuldade de implementação e acrescenta:

“Ao nível da Frequência Bilingue Precoce acho que nós não podemos falar ainda de crianças que sejam completamente bilingues, porque elas ainda estão numa fase muito inicial de aquisição. (...) eu acho que em termos de critério é quando nós temos a criança a conseguir ajustar ao interlocutor e à situação comunicativa a língua que é mais eficaz naquela situação, que nós também fazemos com as línguas orais”.

As entrevistadas também referem o facto de que, ao nível da FBP, não ser possível observar desempenhos linguísticos a nível de L1 e L2 nestas faixas etárias tão precoces, havendo sim, como afirma a entrevistada B: *“... línguas que promovem o desenvolvimento...”*, sendo que o trabalho realizado com as duas línguas poderá não ter a mesma relevância, podendo ser realizado em momentos linguísticos distintos ou complementares, mas sempre com o modelo surdo no contexto. Em relação a este aspeto a entrevistada A diz que: *“... bilinguismo simultâneo é o desenvolvimento em espaços próprios, mas o desenvolvimento das línguas aqui”*, e a entrevistada C acrescenta: *“O*

nosso objetivo é ajudar os pais e os alunos a trabalharem as duas línguas em paralelo, a parte oral e a parte gestual, bilinguismo simultâneo”.

Como critérios para a aquisição deste modelo linguístico a entrevistada B também assinala que há alguns cuidados a ter, e diz [ser imprescindível]: “... *haver modelos linguísticos corretos, e por isso não usar as duas ao mesmo tempo quando estamos a comunicar”*, e acrescenta a necessidade de se respeitar o período crítico de aquisição linguística, e baseada em investigações no âmbito da neurociência, no que diz respeito à capacidade neuronal para a aquisição de duas línguas, diz:

“...há janelas de oportunidade, em termos de desenvolvimento. Por exemplo, uma criança que não tenha estimulação auditiva até aos três, quatro anos de idade, perde oportunidade de organização cerebral, e que a decisão de se fazer implante tem que ser numa determinada idade, não se pode adiar para os cinco anos de idade, ou o que for. A mesma coisa em relação á língua gestual, a exposição a uma língua com esta idade precoce vai ser diferente...”

A modalidade bilingue, simultânea ou sequencial, também é discutida e abordada pelas participantes. A entrevistada A diz: “*Nós aqui não temos a possibilidade do bilinguismo sequencial. Temos um caso de um bebé surdo filho de pais surdos, mas o resto são todos surdos filhos de pais ouvintes, portanto o bilinguismo, aqui neste espaço, funciona como bilinguismo simultâneo”*.

Nesta mesma lógica a entrevistada B refere que é praticado o modelo bilingue simultâneo, e não o modelo de bilinguismo sequencial, porque:

“...há um período crítico para aquisição linguística, (...) há competências que depois nós já não vamos conseguir desenvolver se não forem nesta fase. Por isto o não ao bilinguismo sequencial, é uma base científica, que no bilinguismo sequencial nós optamos por não expor a criança a uma determinada língua numa fase de desenvolvimento.”

Ainda em relação ao *modelo bilingue simultâneo* a entrevistada A esclarece:

“Bilinguismo simultâneo não é falar as duas línguas ao mesmo tempo, não é eu falar língua gestual e língua oral ao mesmo tempo, que isso é português gestualizado, ou língua gestual oralizada, não, (...) nunca no sentido de ser em simultâneo as duas línguas para não haver conflito de estrutura e do modelo da língua que estamos a trabalhar”.

Analisando ainda esta questão, modelo bilingue, com base em estudos científicos, a entrevistada B diz que: *“o nosso cérebro consegue que haja uma representação diferenciada para cada uma delas, e além disso reforça as redes neuronais por estar exposto a duas, apesar de elas serem de modalidades diferentes, uma sendo gestual e a outra oral”.* Esta mesma entrevistada adverte que não se deve usar as duas línguas ao mesmo tempo quando se está a comunicar com a criança surda, como já apontado anteriormente, e que devem existir momentos linguísticos distintos ou *complementares*, seguindo o modelo do bilinguismo bimodal simultâneo, e explica:

“...em termos de língua nós tentamos decidir sempre qual é que vai ser a língua a que vamos dar mais prioridade, (...) o que muitas vezes fazemos, e aí com base no modelo bilingue bimodal, pode ser necessário usarmos a língua gestual, e fazemos a ponte logo para a língua oral e voltamos para a língua gestual”.

Este modelo promove a aquisição e desenvolvimento espontâneo e preferencial de uma das línguas para a comunicação, como refere a entrevistada B: *“...queremos que ela seja exposta às duas línguas, desde sempre, e conforme ela vá se desenvolvendo, cada uma vai-se mostrando como sendo (...) a língua que se sente mais à vontade, (...) que utiliza de forma espontânea para comunicar”.* Assim, a criança torna-se bilingue quando tem a capacidade de alternar de forma eficaz as duas línguas, ajustando ao interlocutor e a situação comunicativa à língua em que é mais eficaz num determinado contexto.

A entrevistada B em relação a esta questão diz que:

“Uma criança que está comigo ou está com a docente de língua gestual, e quando olha para mim fala e quando olha para o docente de língua gestual usa língua gestual, e alterna de uma forma muito eficaz as duas línguas, é uma criança que está a fazer uma aquisição bilingue”.

Algumas dúvidas se impõem perante tomadas de decisão, quanto aos momentos de exposição de uma língua, gestual ou oral, principalmente porque, como diz a entrevistada B *“...não conseguimos privar a criança da aquisição de uma língua não sabendo quando é o momento certo para a seguinte”.*

Finalizando esta subcategoria gostaríamos de colocar a opinião da entrevistada B que chama a atenção para a questão do modelo bilingue que é praticado nesta instituição de ensino, e diz: *“...não é totalmente bilingue, comparativamente com o modelo bilingue puro...”.*

Em relação à subcategoria **Constrangimentos, Dificuldades e Desafios**, neste processo de aquisição de uma língua, gestual ou oral, num modelo bilingue simultâneo de intervenção precoce, as participantes elencaram várias questões pertinentes sempre numa postura de crítica construtiva.

Com efeito, a rejeição à LGP numa fase inicial, e como postura quase unânime adotada por parte dos pais, é apontada por todas as participantes. A entrevistada B a este respeito diz: *“...isso muitas vezes nós temos que ir ajustando àquilo que os pais trazem de preconceções sobre a língua gestual e a influência da língua gestual, mas depende muito das famílias”.*

A dificuldade dos pais ouvintes aceitarem a LGP, pois almejam que os seus filhos oralizem e vêem na Língua Gestual um obstáculo para a aquisição e desenvolvimento da fala, fica patente quando a entrevistada A diz:

“Temos essa questão depois do desenvolvimento da língua e a vontade muito grande que a maioria dos pais, quando chegam aqui têm que é: “quero que o meu filho fale”, fale língua portuguesa oral. Temos esta questão, às vezes, de aceitação da língua gestual numa fase inicial...”.

A entrevistada C entende e justifica esta rejeição:

“...é normal porque os pais a primeira ideia que têm é que a língua gestual vai inibir a fala, e pensam que ao utilizar a língua gestual a criança vai deixar de falar. (...) na prática os pais não querem a língua gestual, o objetivo primordial é que a criança fale e nós respeitamos isso, claro, mas nós pensamos é na criança nunca no prejuízo da criança”.

Quanto à aquisição e desenvolvimento da LGP, o facto de a maioria das crianças surdas ser filha de pais ouvintes, e a dificuldade de adquirirem a LGP, em tempo hábil, condiciona, *à priori*, o desenvolvimento da língua, como diz a entrevistada B: *“...não temos a possibilidade de em tão pouco tempo, os pais, mesmo que tenham formação em língua gestual, se tornarem fluentes na língua gestual portuguesa”.*

Outra questão abordada é a dificuldade que os pais ouvintes encontram para aprenderem a LGP e poderem ser modelos linguísticos para os seus filhos, principalmente pelo reduzido horário de formação com o docente de língua gestual da instituição. A entrevistada B refere que: *“O contacto que eles têm com o docente de língua gestual não permite, porque mesmo sendo duas horas por semana, três horas por semana, não é o suficiente para uma aquisição natural daquela língua”.* Desta forma os pais são capazes de fazer um ou outro gesto, que aprendem em contexto, mas depois não conseguem expandir, como constata a entrevista A: *“...a língua gestual morre, ou quase morre, fora do contexto da FBP”.*

As entrevistadas concordam que o facto de trabalharem com um grupo heterogéneo de crianças, de idades muito precoces e distintas, com percursos e contextos de vida diversos, tipos e graus de surdez diferentes, influencia o desenvolvimento global e as possibilidades linguísticas. A entrevistada A, sobre este ponto, diz: *“Eles chegam-nos muito pequeninos, e muitas vezes nós, naquelas fases, não sabemos qual é a língua primeira ou a língua segunda. Ou qual é naquele momento, e qual poderá vir a ser no futuro”.* Assim, os pais são informados sobre as possibilidades e as modalidades linguística, nunca com certezas e determinismo, sempre com o máximo de elucidação e clareza. A

mesma entrevistada acrescenta: “...nós dizemos aos pais que temos meninos com vários tipos e graus de surdez e com várias possibilidades linguísticas, e que alguns têm a língua gestual como primeira, e outros vêm a ter a língua portuguesa como primeira”. Outra questão pertinente colocada pela entrevistada C é o facto de: “... os pais muitas vezes chegam-nos cá mais tarde, muitas vezes quando a criança não adquiriu língua gestual nem língua oral, aí são situações muito mais graves”.

Esta falta de homogeneidade e pluralidade, no perfil das crianças atendidas, não permite que haja objetivos comuns em todas as áreas de intervenção, a este respeito a entrevistada B diz: “...é muito variável a idade em que eles iniciam, ou seja nós não conseguimos que todos eles comecem no mesmo ponto de partida”. Essa é a realidade com que as profissionais se deparam, a entrevistada B continua e explica:

“Nós podemos ter uma criança que chegue à precoce e que já esteve com a ELI desde os três meses de idade, e que se calhar há algumas áreas de desenvolvimento que estão bem e que são só as questões de comunicação que precisam de um trabalho mais específico. Podemos ter crianças que chegam com dois anos após implante”,

justificando a intervenção individualizada com cada uma das crianças quando afirma que: “Nós não conseguimos ter objetivos que sejam comuns em todas as áreas, ou principalmente nas áreas ligadas à comunicação, linguagem e fala, para todos porque realmente ainda é muito variável...”.

Para a entrevistada A a impossibilidade de intervenção diária com as crianças, possível apenas em ambiente de creche a funcionar a tempo inteiro, dificulta o ensino do modelo bilingue. Como consequência da inexistência de uma creche na instituição, por limitações legais, a entrevistada A diz: “O modelo surdo está aqui, quando o bebé deixa de estar aqui não há modelo surdo. Portanto, era preciso que fosse muito mais constante, muito mais diário este tipo de trabalho para se conseguir o modelo bilingue”. Em concordância com as reflexões anteriores a entrevistada B também refere: “...a ausência de pares para interagir e desenvolverem a língua gestual, enquanto língua de

aquisição natural das crianças surdas”, do mesmo modo a entrevistada C diz: “Essa é a dificuldade [a falta da creche}, mas nós lutamos para isso, para a identidade surda também, queremos que as crianças surdas fiquem mais tempo”.

Em relação às dificuldades de atuação dos profissionais, no exercício das suas funções na FBP, é essencial perceber-se o que é importante para se ser um bom comunicador na área da surdez. A entrevistada B assinala: “...o maior desafio, enquanto exposição de língua, é ser modelo de língua, sendo difícil para os intervenientes ouvintes, que dominam as duas línguas, terem a disciplina necessária para as usar separadamente, em momentos linguísticos distintos”. A este propósito a entrevistada A esclarece:

“Quando sou eu que tenho que fazer uma intervenção, se for ao nível comunicativo da língua oral eu falo em língua oral, (...) se estou a trabalhar competências de outra área do desenvolvimento e preciso da língua gestual, a minha intervenção pode ser a partir da língua gestual. Mas nunca no sentido de ser em simultâneo as duas línguas para não haver conflito de estrutura e do modelo da língua que estamos a trabalhar”.

Estas constatações, e a procura constante de as superar, através da execução de modelos linguísticos adequados, são também abordadas quando esta mesma entrevistada conclui:

“...ou seja, nós que dominamos as duas línguas, principalmente os ouvintes, que tanto falamos como usamos língua gestual, sermos muito disciplinados para não estarmos a falar e a gestualizar ao mesmo tempo, porque devemos ser modelos de língua, isso é a orientação do modelo bilingue bimodal”.

E para efeitos de conclusão, desta subcategoria, abordando questões mais técnicas, mas necessárias, que vão ao encontro de obstáculos do quotidiano, com os quais profissionais, criança e pais se defrontam, a entrevistada B apresenta algumas orientações pertinentes e de rotina, e refere:

“ter pilhas, sempre, e não em casa, porque se de repente acaba a pilha ou acaba a bateria etc., o que é que isso implica, e o que é que

implica o ruído ambiente, o que é que vai acontecer quando ele estiver com muito barulho, ou quando estiverem com a televisão ligada, e o rádio do carro, que não vai dar para ele entender tudo como entendia quando estava dentro de uma sala em apoio de um para um.”,

e conclui, tendo presente a complexidade de todo o processo: *“...há grandes desafios na comunicação porque tanto a parte da audição como a parte da visão, da comunicação pela língua oral ou pela língua gestual, é preciso ensinar, é preciso dar informação que para os pais é completamente nova...”.*

3.2.3 Encaminhamento / Entrada das Crianças na FBP

A forma, o processo e o caminho trilhado por famílias e crianças surdas até esta resposta educativa, a FBP, não é de somenos importância no nosso estudo, pois destas questões dependem muitas vezes o atendimento e a intervenção o mais atempada possível, de forma a diminuir, e sempre que possível colmatar, as dificuldades encontradas.

Nesta categoria, **Encaminhamento / Entrada das Crianças na FBP**, elencaram-se duas subcategorias, **Processo**, **Dificuldades e Constrangimentos**.

Na subcategoria **Processo** as entrevistadas afirmaram que são vários os procedimentos através dos quais os pais, diretamente ou não, procuram esta valência. De uma forma geral as crianças são encaminhadas por profissionais da área da educação ou da saúde, como diz a entrevistada A: *“...o encaminhamento maior continua a ser pelas ELIS e pelo Hospital de Santo António, e depois em segunda instância pelas escolas, ou cuidadores ou psicólogos, ou alguém que trabalha nas escolas, e as famílias”,* mas em alguns casos vêm como diz a entrevistada B: *“...pelo passo a palavra de alguém (...) de outras famílias, ou que já estiveram cá, ou que conhecem, e que fazem esse encaminhamento”,* *“...e de conhecidos, de alunos surdos e dos pais, que falam uns com os outros...”* acrescenta a entrevistada C.

Como referido anteriormente as famílias chegam à instituição, maioritariamente, encaminhadas pelas ELLs e através de protocolos realizados com hospitais, havendo redes de contacto já estabelecidas que facilitam, na maioria dos casos, o processo. A entrevistada B esclarece:

“...todos os casos vêm encaminhados, vêm (...) pelas ELLs do Porto e grande Porto, (...) vêm encaminhadas de hospitais, principalmente do St. António, porque é o serviço com que nós temos articulado mais. Também temos os que vêm de Coimbra, quando fazem o implante coclear, quando terminam o processo de reabilitação...”

A entrevistada A cita outra instituição de saúde, com a qual também encetaram contacto mais recentemente, perspetivando a dinamização e alargamento da rede de protocolos, e refere: *“Conseguimos neste final do segundo período (...) um contacto com o São João, e veio uma equipa cá conhecer o nosso espaço e a nossa resposta, e trocamos contactos e ficou aberta esta possibilidade de protocolo...”*. A rede amplia-se e os serviços têm maior abrangência com contactos mais diretos, como diz a entrevistada C [as crianças chegam]: *“...através de médicos, pediatras, alguns que já têm conhecimento da nossa escola de referência, entram em contacto e fazem o encaminhamento aqui para a escola”*.

O encaminhamento direto através de profissionais da área médica, como explica a entrevistada A: *“...são casos muito raros (...). Tivemos dois casos que foram os próprios médicos que escreveram no relatório que achavam que o menino devia vir para cá, especificaram mesmo esta escola, mas é raro”,* e explica o motivo: *“A maior parte dos médicos ou já estão sinalizados nas ELLs ou eles sinalizam para as ELLs, daí das ELLs é que vêm para aqui”*.

Nas questões mais burocráticas a etapa a seguir é a referência da criança, que pode passar pela secretaria, ou chegar diretamente aos membros da equipa, podendo coincidir com o momento do acolhimento, através do contacto próximo que têm com os elementos das equipas externas. A entrevistada A diz:

“... isto acaba por ser um contacto muito direto, porque são as ELLs com quem nós já trabalhamos, há algum tempo, ou a assistente

social ou terapeuta da fala, pega no nosso telefone e às vezes no nosso telefone pessoal, ou no nosso e-mail, (...) é um contacto muito direto...”,

despoletando as etapas subsequentes até ao momento da intervenção.

Os pais quando chegam diretamente, normalmente, já é para referenciar a criança. Quando o contacto é através da ELI, a entrevistada A diz: *“A ELI diz que existe esta resposta e referencia-nos o caso, (...) os bebés chegam-nos com uma referência na mão (...) a solicitar uma avaliação”*. Todo este caminho, que deve ser célere, é explicado pela entrevistada B: *“...é sempre feita uma referência, que é o formulário geral do agrupamento, a referência para a Educação Especial, (...) há uma equipa que (...) atribui as referências a cada uma das equipas profissionais...”*. Após a avaliação pela equipa multidisciplinar da Educação Especial, o processo é remetido para a equipa de profissionais especializada, responsável pela área da surdez, como sublinha a entrevistada B: *“...tendo em conta a idade, somos nós que avaliamos, (...) depois damos o nosso parecer sobre a necessidade de estarem ou não na frequência bilingue precoce, e caso seja positivo tem logo início a intervenção”*. Portanto, como também refere a entrevistada A [só após a referência]: *“...é que se parte para a avaliação e depois para a decisão se é ou não, se fica ou não conosco e depois começamos a intervenção”*.

Crianças com outros comprometimentos, além da surdez, a equipa pondera a necessidade de intervenção de equipas especializadas noutras áreas, a este respeito a entrevistada B esclarece: *“...quando temos crianças que além da surdez têm outras questões (...), temos que avaliar até que ponto aquela criança precisa mais da resposta da área da surdez, ou precisa da resposta de uma equipa especializada noutras áreas do desenvolvimento”*. A entrevistada C também assinala esta questão quando diz:

“...também ajudamos com o objetivo de procurar unidades que atendam da melhor forma (...) essas crianças, ajudar os pais para um outro encaminhamento melhor, com a melhor resposta para a criança, não podemos deixar (...) passar o tempo ou desistir da criança. Devemos apoiar e encaminhar da melhor forma possível”.

São mencionadas algumas dificuldades e constrangimentos neste processo, o diagnóstico tardio da surdez, o acesso aos exames, o processo burocrático para solicitar cópias dos mesmos, e a necessidade do exame de perda auditiva para justificar a avaliação pela equipa especializada, como sublinha a entrevistada B:

“...às vezes a dificuldade é os pais não terem o exame, (...), diagnósticos, e às vezes o que demora é irem novamente ao médico para pedirem uma cópia do exame. (...) porque o que nós precisamos é de alguma declaração em que a criança tem uma perda auditiva, para justificar a avaliação pela nossa equipa”.

A entrevistada C alerta para o facto de nem sempre a família ter as orientações necessárias e atempadas, com consequências graves principalmente para a criança, e refere: *“Os médicos muitas vezes não sabem para onde encaminhar os pais para darem o seguimento no apoio. (...) a maior parte não tem conhecimento da escola de referência, coloca num infantário normal na zona de residência”.*

3.2.4 Acolhimento da Família e Processo de Avaliação da Criança

Ao longo de anos de experiência e dedicação, no âmbito da terapia da fala, intervindo com crianças surdas de várias faixas etárias, conseguimos perceber, e cada vez mais valorizar, a importância do envolvimento parental, e a forma como as diversas reações dos pais, perante determinados diagnósticos, pode ser um facilitador, ou um obstáculo, na vida do seu filho, já que a família é o pilar fundamental, e insubstituível, no desenvolvimento global e no processo comunicativo e social da criança.

O processo de avaliação também requer o nosso interesse neste estudo, já que, é através dele, independentemente das estratégias e instrumentos usados, que se tomam decisões, quanto às dinâmicas e objetivos da intervenção, nas várias áreas de desenvolvimento da criança e no apoio à família.

Em relação a esta categoria foram evidenciadas duas subcategorias, **Reações e Envolvimento Parental, Processos e Instrumentos de Avaliação**.

Na subcategoria **Reações e Envolvimento Parental** é de referir que os pais, perante o diagnóstico da surdez, têm reações variáveis, surpresa, aceitação, rejeição e outras, e quando recorrem a uma instituição de ensino, à procura de uma resposta célere e especializada, encontram-se em diversas fases, luto, culpa, aceitação, e com diferentes objetivos e expectativas em relação ao futuro do seu filho. A este respeito a entrevistada A diz:

“...encontramos pais, famílias e bebés em várias fases, e nós temos que nos ajustar a cada uma. Encontramos pais numa fase ainda de compreender o que tudo isto é, o luto, a aceitação, a culpa, e isto vai interferir na maneira como vêm naquele momento esta resposta...”

A entrevistada B aponta para o facto de que [dependendo da aceitação]: *“Há famílias que vivem ainda - O filho ideal que eu quero e tudo o que eu possa fazer eu vou fazer para que ele seja (...) o mais próximo que eu tinha idealizado.”*, por outro lado há pais que reagem de forma mais positiva, e continua exemplificando [que há pais que dizem]: *“Que bom que eu tenho todas estas ferramentas para eu aprender, e para usar e para pôr ao dispor do meu filho”*. Para a entrevistada C a família [chega desorientada e com preocupações]: *“...ficam aflitos, e perguntam - então como é que fazemos? O nosso filho é surdo”*.

A entrevistada A refere que alguns pais se isolam, outros precisam do testemunho e convívio com outros pais, para partilha e procura de estratégias e ferramentas. Assim, partilhando destas mesmas observações a entrevistada B diz: *“... há pais que querem falar com outras famílias, há pais que não querem falar com ninguém”*, realçando a importância da experiência profissional e da especialização da equipa, nesta valência, quando diz: *“aí a importância de ser uma equipa com alguma experiência neste trabalho com famílias, nesta fase de vida das famílias e das crianças”*.

Portanto, a forma como chegam e são recebidos pela equipa da FBP é fundamental, tendo em conta que os pais estão presentes em todo o processo,

sendo o envolvimento parental uma conquista contínua, através da criação de laços de confiança e parceria entre a criança, os pais e os profissionais, e num primeiro contacto muitos deles ainda estão “...numa fase ainda de compreender o que isto tudo é, o luto, a aceitação, a culpa, e isto vai interferir na maneira como vêm naquele momento esta resposta”, questão esta levantada pela entrevistada A.

As expectativas com que os pais chegam são diversas, como explica a entrevistada A:

“Há pais que chegam aqui e pensam: - esta resposta vai salvar. Outros procuram-nos a pensar: - vamos tentar encontrar um caminho. Outros pensam: - ele vem para aqui e vai desenvolver a oralidade e depois, se calhar, pode ir para a escola da área de residência para ficar integrado. Há outros que vêm sem expectativas. Há outros que vêm: - ok vamos ver, vai ser a língua gestual, vai ser a língua oral?”.

Esta mesma entrevistada também destaca a capacidade dos profissionais de articularem e auscultarem os pais, quando diz: “...os pais (...) vão aprendendo a viver com este percurso, e vão aceitando o que nós vamos dizendo e vamos partilhando. E nós vamos ouvindo os pais, e ouvindo muito as expectativas dos pais também”. Para a entrevistada C os pais chegam com muitas dúvidas e perguntas que não podem ficar sem resposta: “...como é que eu faço, o meu filho é surdo? Como é que comunico com ele? Como é que resolvemos, como é que fazemos? Que apoio é que eu posso dar?”.

É nesta miríade de sentimentos, dúvidas e angústias que a maioria dos pais chega à instituição e à Frequência Bilingue Precoce. O acolhimento à família, nesta instituição de ensino, e nesta resposta educativa, pode ser feito através de marcação prévia, ou coincidir com o momento da referenciação. É um momento realizado em contexto de EREBAS, pelos três membros da equipa, onde se dão a conhecer os recursos humanos e físicos disponíveis nesta resposta educativa, assim como o seu funcionamento, sendo também uma oportunidade de ausculta às necessidades da criança e da família. Sobre estas questões a entrevistada B diz: “Quando fazemos o acolhimento estamos

sempre as três...”, a entrevistada A acrescenta: “...dizemos quem somos, mostramos o espaço, dizemos como é que funcionamos”.

Nesta ordem de ideias, segundo o discurso das participantes, num primeiro momento, como diz a entrevistada B: *“...estamos muito a recolher informações sobre o que é que esperam desta resposta, em que ponto de situação é que está a vida da criança e da família, para nós também nos conseguirmos ajustar”.* Esta mesma entrevistada faz referência à importância de, neste momento, também se inferir *“Quais é que são as necessidades que têm...”.* A equipa, partindo dos dados colhidos pode, com maior objetividade, apresentar a valência, *“...o que é que é a frequência bilingue precoce, (...) ajustar e informar o que é que é esta resposta educativa”,* facultando elementos importantes aos pais para, de forma mais elucidada, tomarem a decisão final. A este respeito a entrevistada B continua e esclarece sobre [a importância de]: *“...conseguirem perceber até que ponto é que a resposta (...) se ajusta aquilo que eles precisam naquele momento”.* Este momento, para a equipa, também é crucial para, como diz a entrevistada B: *“...definirmos exatamente o que é que nós podemos ou não podemos fazer.”* em relação à criança e à família.

O momento de acolhimento também é explorado para se perceber quais são os interesses da criança e em que fase comunicacional se encontra, recolher dados para a anamnese e obter elementos essenciais para a fase da avaliação. A entrevistada B refere: *“...quando fazemos esse acolhimento é um pouco para recolhermos alguns dados da anamnese, (...) através da elaboração da Ficha de Acolhimento...”.* A entrevistada A a este respeito diz: *é uma grelha nossa, (...) onde fazemos um primeiro levantamento do historial do bebé e da família”,* este é um momento prévio ao da avaliação. Em relação a este momento em particular a entrevistada C também diz:

“...a equipa da FBP dá informação aos pais e familiares, (...) como é que a criança pode ter um desenvolvimento pleno, falamos também da parte da terapia da fala, depois a educadora fala também da sua parte do desenvolvimento global, depois falamos da língua gestual...”.

O acolhimento é importante pois é nele que se inicia o indispensável envolvimento e estreita articulação com os pais, pois todas as decisões são tomadas em conjunto com a equipa, como afirma a entrevistada B: “...*nós não impomos nada. Nós analisamos com as famílias...*”. A este propósito a entrevistada A acrescenta: “...*nós somos uma resposta, mas os pais é que escolhem os caminhos pelos quais a criança também vai seguir*”, a entrevistada C conclui: “...*a decisão é dos pais, é da família*”.

Este envolvimento, mais ativo por parte dos pais, fica mais evidente quando percebem a responsabilidade e a pertinência do papel que desempenham, em todo o processo, como principais agentes responsáveis de sucesso dos seus filhos, pois são eles os interlocutores comunicativos preferenciais e privilegiados nesta fase inicial da vida, como afirma a entrevistada B: “*Sabendo que os pais são os principais interlocutores da criança nesta fase da vida, dos 0 aos 3, (...) e o principal interlocutor comunicativo é o adulto, (...) são essenciais para promover o desenvolvimento*”. Portanto, como refere a entrevistada C: “...*os pais podem (...) estimulá-las o máximo possível, tal e qual uma criança ouvinte que vai aprendendo, eles têm de desenvolver-se ao mesmo tempo...*”.

É necessário promover o envolvimento e potenciar competências parentais, no sentido de criar uma relação mais estreita e profícua entre pais, filhos e a equipa da FBP. Para que isto ocorra são fundamentais a aceitação, a superação das barreiras comunicativas, e a continuidade dos trabalhos realizados pela equipa em outros contextos. Sobre estas questões a entrevistada A diz que: “...*se os pais não continuarem um bocadinho o trabalho que se segue, ou se não aceitarem, ou se não perceberem (...) nós não fazemos nada sozinhos, é fundamental o nosso trabalho com os pais...*”. A entrevistada C concorda e explica que o envolvimento parental é gradativo, e ultrapassada a rejeição inicial, em relação à LGP, os pais percebem a relevância e a responsabilidade que têm em todo o processo do desenvolvimento do seu filho, e diz: “...*eu explico, ensino e percebem que é para comunicar melhor com o seu filho e aí já aceitam, (...) fazem em casa, ou*

em outros lugares com a criança, com a família, é importante que façam também fora daqui”.

Outras questões a considerar, em relação aos pais, e que não podem ser descuradas, segundo a entrevistada B, são questões mais técnicas, mas não de somenos importância que podem comprometer a intervenção, e alerta para:

“... o desafio também da parte da audição, que é eles perceberem porque é que é tão importante eles usarem os aparelhos, porque é que é tão importante eles lavarem bem o nariz, porque se ele não estiver a lavar bem o nariz todos os dias daqui a uma semana vai estar com uma otite, e já não vai poder usar o aparelho”.

Na subcategoria **Processo e Instrumentos de Avaliação**, as entrevistadas concordam e confluem na forma de proceder, apesar das diferentes áreas de atuação em que se enquadram.

A avaliação da criança é contínua e os pais participam no processo, é realizada *“Em contexto de FBP e avaliamos as três. Tentamos planejar atividades que deem para recolher dados sobre as várias valências, as várias áreas de desenvolvimento”*, como refere a entrevistada B. Por norma o momento de avaliação formal é único, como explica a entrevistada A: *“...é um momento formal em que se marca o momento de avaliação, e normalmente são os pais que vêm cá com os bebés, e se já estão acompanhados por ELIs ou por outras equipas, as equipas também vêm”.*

Avaliam as diferentes áreas do desenvolvimento, competências orais e gestuais, audição e produção oral, utilizando várias ferramentas. A entrevistada B diz: *“... às vezes fazemos registo de vídeo, utilizamos escalas e alguns instrumentos mais formais, para fundamentarmos aquilo que são as nossas observações, e ajudarmos os pais a interpretar o que nós estamos a ver que a criança está a fazer.”*, e especifica: *“...usamos as escalas da Cochlear, e usamos o programa da LGP para a primeira infância...”*.

Em relação à avaliação, e sua relevância para a intervenção, a entrevistada A refere [não usar instrumentos formais]: *“Nós baseamo-nos muito nas guidelines internacionais (...), para a intervenção precoce, e depois cada*

uma de nós partilha com todas, escolhe algumas linhas de base de trabalho, com base no desenvolvimento global esperado”. Ainda em relação à avaliação, mas mais dentro do seu âmbito de atuação, esta mesma entrevistada acrescenta:

“...eu sou mais responsável pela área do desenvolvimento global da intervenção precoce, muito focado claro nas questões da comunicação (...). (...) parto sempre do que é esperado no protocolo do currículo Carolina do Norte, que tem o que é expectável em termos do desenvolvimento, nas várias áreas do desenvolvimento, desenvolvimento pessoal, social, cognitivo, comunicação, formação motora...”.

A entrevistada C elucida sobre o processo de avaliação, facultando mais detalhes em relação à sua área específica, e explica:

“A avaliação é através da observação (...) sempre com base no programa da LGP, do plano curricular da língua gestual, esse é o instrumento que utilizamos para a avaliação. Se não ouvir de todo passo eu à ação. Vou vendo se a criança faz contacto visual, se responde, se não responde. Vejo se tem identidade surda mais forte ou não”.

É em torno dos interesses da criança, e do seu nível comunicacional, que a avaliação se realiza em momentos lúdicos, de brincadeira, como refere a entrevistada A: *“...tentamos ir buscar materiais e brincadeiras e estratégias, (...) que vão ao encontro do bebé e proporcionamos situações”.* Quanto a ferramentas mais objetivas e formais de avaliação, às quais podem recorrer, refere ainda: *“Há várias baterias de avaliação formal para avaliar qualquer criança, nomeadamente algumas baterias para avaliar as questões da comunicação e linguagem, e da surdez”.*

Há um momento inicial de avaliação formal com os pais, e eventualmente com elementos da equipa da ELI ou outros, como refere a entrevistada A: *“Portanto no momento da avaliação, (...) nós somos, digamos uma avaliação mais em arena, em que nós somos os interlocutores principais, vão ser avaliados pela surdez, mas as outras equipas também vêm a este*

momento de avaliação.”, até porque, como aponta a entrevistada C, [a criança pode]: *“... às vezes ter alguma dificuldade de comportamento, ou outro problema associado, por vezes acontece”*.

Em relação a avaliações em outros contextos, e mais direcionadas, a entrevistada C diz: *“A equipa avalia aqui na escola, as três, ou na creche com a educadora (...), sempre em articulação com a família”*, a entrevistada B especifica:

“... nós avaliamos tanto a parte das competências orais como as gestuais, porque se é uma criança que não faz contacto ocular, por exemplo, ou que não emite expressões faciais, isso tem mais a ver com a parte da comunicação visual, até que ponto é uma criança que visualmente está atenta e que basta nós darmos uma pequena pista não-verbal que ele já consegue, e oralmente a mesma coisa”,

assim, desta forma, tentam não descurar nenhuma dimensão da avaliação, e refere: *“Também tentamos ver a parte auditiva e a parte da produção oral”*. A entrevistada A reitera: *“Nós avaliamos tudo o que envolve a área comunicativa e linguística, seja da LP ou da LGP”*. Para a entrevistada C [a avaliação também é um momento importante para observarem]: *“...de que forma (...) é que os pais ou os familiares da criança surda (...) interagem...”*.

Nos momentos de avaliação é importante que a equipa fique alerta para outros comprometimento, além da surdez, para poderem esclarecer os pais com objetividade em relação às possíveis respostas para o seu filho, assim, a entrevistada A diz:

“...quando nós vemos que a problemática da surdez é francamente o mal menor daquela criança, e aquela criança tem uma problemática muito grave em outras áreas, e a surdez, que até é uma surdez ligeira, (...) nós às vezes dizemos aos pais que esta pode não ser a resposta ideal, (...) ou vamos procurar outra coisa complementar”.

A avaliação pode ser única ou contínua, mas têm sempre a colaboração direta dos pais. A entrevistada A diz: *“...os pais estão sempre presentes e nós muitas vezes complementamos a informação do que nós não podemos ver,*

com coisas que os pais nos dizem naquele momento”. A entrevistada B acrescenta:

“Ao avaliar, e quando nós fazemos um relatório de avaliação, ou quando estamos no momento a ver que eles estão a mostrar uma nova competência, nós tentamos interpretar com os pais (...) o comportamento do que está a acontecer, portanto eles participam nesse momento”.

A avaliação continua é semestral e findo este período é feito um balanço dos resultados. A entrevistada A explica: *“...o objetivo dessa avaliação, ao fim de seis meses, é mesmo ver se os objetivos estão cumpridos e se é preciso reprogramar novos objetivos”.*

Para os momentos de avaliação formal a entrevistada B, no âmbito das suas funções, explica que também são usadas:

“... algumas escalas, por exemplo a escala Moss, o teste de Ling, feitas com base em entrevistas aos pais, e aí eles têm uma participação grande porque é com base nas informações que eles dão”,

e são aplicadas com a colaboração dos pais com o propósito de os capacitar para que depois em casa, como explica a entrevistada B: *“...consigam estar atentos ao tipo de sons que eles respondem ou não respondem, quando ligam o aparelho, (...) se há ou não alteração, aí também é importante que eles saibam avaliar”.*

As profissionais também reúnem com educadoras de infância para obter informações pertinente para a avaliação e para planeamentos de intervenção, quando as crianças frequentam a creche. Por vezes, quando há dúvidas no processo de avaliação, em relação a algum diagnóstico, recorrem a profissionais externos, a entrevistada A explica:

“...se a criança funcionalmente não corresponde aquele diagnóstico, temos que entrar em contacto com as equipas médicas, (...) ou com a equipa com quem nós temos protocolo no Santo António, vejam esta criança que nós achamos que funcionalmente não corresponde

a uma surdez severa, ou se achamos que a prótese não está a surtir efeito...”.

É elaborado o relatório de avaliação, e as opções de intervenção nas áreas do desenvolvimento são assinaladas no inventário do Plano de Intervenção da Frequência Bilingue Precoce (PIFBP), “...*documento próprio de cada criança, criado pela equipa e aprovado em pedagógico*”, como refere a entrevistada A.

3.2.5 Processo de Intervenção / Acompanhamento

A intervenção, e o processo de acompanhamento das crianças, dentro ou fora da EREBAS, pelos profissionais que compõem a equipa da FBP, podem ser considerados pilares fundamentais desta resposta educativa, e deles pode depender a aquisição de competências, nas diversas áreas de desenvolvimento, das crianças por ela abrangidas.

Foram encontradas duas subcategorias nesta categoria, **Intervenção e Funcionamento da Equipa Multidisciplinar**, respetivamente.

Na subcategoria **Intervenção**, os princípios que a norteiam são comungados, e praticados, pelas três profissionais da equipa. É um modelo de intervenção precoce que atua numa perspetiva socioantropológica da surdez, realizada por uma equipa da Educação Especial, experiente e especializada na área da surdez, em vários contextos. A intervenção é sempre realizada com a presença e colaboração dos pais, e tem no envolvimento parental um dos seus principais objetivos.

A entrevistada A, em relação à intervenção, diz: “*Quanto mais precoce for uma intervenção, seja em crianças surdas ou com outras problemáticas, mais rico poderá vir a ser o futuro*”. A precocidade na intervenção, após o diagnóstico, é fundamental, independentemente dos recursos tecnológicos que possam vir a ser utilizados pela criança, como refere a entrevistada B: “... *conseguimos estimular uma comunicação pela via visual aos três meses, nem que ele só faça por exemplo o implante coclear com um ano e meio, mas dos três meses ao ano e meio nós estimulamos a criança...*”. A entrevistada C

subscreeve e diz: *“...as crianças muitas vezes dão-nos a resposta, pelo riso pelo choro, através da expressão facial vão-nos também dando resposta (...), vemos como é que ela reage...”*, e desta forma se consegue perspetivar um desenvolvimento, em todas as áreas, mais de acordo com o expectável, como já referido anteriormente.

Numa perspetiva socioantropológica, e numa visão holística da criança, a entrevistada A reforça a importância do diagnóstico apenas como ponto de partida e não como um fim, no processo de intervenção e promoção do desenvolvimento da criança, e diz:

“...nós queremos que aquela criança cresça como qualquer outra criança daquela idade, portanto, a parte clínica é para o diagnóstico de entrada e um ponto de partida, nós não vemos aquela criança como uma criança surda, que tem que resolver a questão da surdez”,

e complementa quando afirma que: *“...portanto, eu vejo sempre a criança como um ser completo nas várias áreas do desenvolvimento, mas partindo sempre nesta base da língua para o desenvolvimento do resto, de todas as áreas do desenvolvimento...”*. De acordo com este paradigma a equipa tem como objetivo o distanciamento da intervenção de gabinete, e, apesar do trabalho em contexto de FBP ser maioritariamente de um para um, tentam contrariar o modelo clínico. A entrevistada A diz:

“É uma intervenção muito um a um, (...) por isso temos privilegiado este ano também, desde ano passado, a ida às creches e aos domicílios, porque se trabalha outras competências que não são possíveis trabalhar aqui (...), as competências de socialização, as competências de interação com os pares, seja na LP seja na LGP”.

E reforça a ideia quando diz: *“...queremo-nos distanciar desta ideia da IP de gabinete. (...), eles não vêm a uma sessão de apoio especializado, e as coisas acontecem ali de forma natural, às vezes como poderá acontecer nos contextos de vida”*.

Dependendo da disponibilidade de horário dos profissionais são realizados três atendimentos semanais, ajustados com cada família, com a

presença de um, dois ou três elementos da equipa, com os pais sempre presentes, como refere a entrevistada A:

“... a nossa proposta inicial é (...) fazermos três atendimentos semanais. Depois é ajustado com cada família, (...) Isto não é estanque, não é uma norma que alguém nos impôs, (...) regra geral para haver uma distribuição que cubra todos de forma mais ou menos equitativa”.

A entrevistada C exemplifica: *“Pode ser duas vezes por semana (...), ou três, depende, se tem mais dificuldades ou não, depende do horário, por exemplo propomos duas vezes por semana, aqui na frequência bilingue, e uma vez por semana deslocámo-nos à creche...”.*

No quesito prioridades de intervenção a entrevistada B esclarece: *“Depende de cada criança, à partida questões ligadas à comunicação, à linguagem, à fala, à audição e à língua gestual, mas há crianças que têm também outras áreas de desenvolvimento global que são necessárias”.* A entrevistada A acrescenta que a intervenção parte: *“...do que é esperado no protocolo do currículo Carolina do Norte que tem o que é espectável nas várias áreas do desenvolvimento, desenvolvimento pessoal, social, cognitivo, comunicação, formação motora”*, sempre numa perspetiva bastante flexível. A entrevistada B refere alguns momentos especificando: *“...se de repente nós precisamos de alterar para uma maior estimulação pela língua gestual, temos essa facilidade, e o contrário, se de repente eles já estão melhores para adquirir a língua oral nós conseguimos ter essa flexibilidade”.* A entrevistada C corrobora as declarações anteriores e diz: *“Usamos estratégias diferentes e vamos vendo se a criança está a par do programa, do protocolo, se a criança tem dificuldade, se tiver algum tipo de dificuldade eu tenho que ter um trabalho mais básico”.*

A intervenção segue três vertentes, diretamente com a criança nos diversos contextos, com a família e com as educadoras, a este respeito a entrevistada A diz:

“...trabalhar muito com as famílias nesta discussão de passagem de competências e de estratégias, (...) depois aqui um trabalho muito

direto com as crianças, e depois nas creches trabalhar muito com as educadoras, também são também elas que estão a grande maioria do tempo com os bebês...”.

A intervenção é flexível, acontece em contexto de FBP ou em contextos naturais, domicílio ou creches, indo ao encontro das ações e reações da criança, o acompanhamento é semanal, em horários e periodicidade diferentes, A entrevistada A exemplifica:

“...semanalmente nos sabemos quais são os tempos que os bebês têm e temos o interlocutor privilegiado, nós trabalhamos em duplas profissionais, há um único dia em que estamos as três, (...) isto é pensado menino a menino. Nós sabemos que aquele menino neste momento precisa de um forte investimento a nível de língua gestual, e então a nossa docente de LGP é a interlocutora principal naquele momento com o bebê, e em situações pontuais o outro par intervém...”.

A intervenção a domicílio e em creches é uma valência recente, mas como diz a entrevistada A: *“...muito rico este trabalho em creches e em casa...”*. A dinâmica e gestão destes atendimentos é explicada pela entrevistada B: *“...pode haver anos em que só se vá a casa, porque só estão em casa. E este ano foi possível organizarmos os nossos horários para reservarmos períodos para fazer esse atendimento”*. A entrevistada C realça o trabalho nas creches e diz:

“...trabalhamos com a educadora (...) que tem uma criança surda que está integrada com os restantes ouvintes, e vamos vendo se o trabalho está a decorrer da melhor forma. Se (...) a criança está mais afastada, se interage com as crianças, se está muito calada, se comunica”.

Esta parceria é fundamental, resultando em orientações objetivas e específicas, pois como esta mesma entrevistada refere: *“...precisamos de saber e de ajudar a educadora. Vamos explicando que a criança é surda que não pode falar de costas, que muitas vezes perde informação. As formas para que a criança esteja mais atenta, mais próxima, de frente”*.

Os ajustes de horário e disponibilidade das profissionais são sempre feitos indo ao encontro das necessidades da família. A este respeito a entrevistada B explica:

“Se calhar às vezes se as famílias não têm mesmo disponibilidade para vir noutros dias nós não podemos não atender porque estamos a ir a um domicílio, (...) este ano temos uma educadora a tempo inteiro na precece, e que não tem que estar a ajustar horário com outros níveis de ensino. Isso se calhar também ajuda a que haja uma maior flexibilidade para atendimento”.

A intervenção tem vários momentos, podendo ser dinamizada de várias formas, pode ser em díade, individual, apenas com a criança, ou podem ser criados momentos de partilha com os pares. A entrevistada B refere: *“Os pares, são pares surdos, são outras crianças surdas, e aquilo que nós tentamos fazer muitas vezes é criar momentos mais espontâneos em que eles contactem com outros bebés...”*. Como a instituição tem vários níveis de ensino também há a possibilidade das crianças se deslocarem, a este respeito esta mesma entrevistada diz: *“...que as crianças venham aqui à turma da pré e que tenham alguns momentos de interação na língua gestual com outros pares”*. Há também intervenção externa de forma a colmatar, o que referem como lacuna, a inexistência de uma creche. A entrevistada A a este propósito diz:

“...a intervenção em casa e nas creches, foi a maneira que nós arranjam para colmatar esta lacuna, de não termos uma creche aqui, de não podermos fazer uma intervenção também com os pares, com os educadores, com os outros contextos de vida reais”.

É importante que os profissionais sejam modelos linguísticos, principalmente nos momentos de intervenção, e para isso devem ser criteriosos, como diz a entrevistada B: *“... que é, ou falo ou uso língua gestual, porque senão não sou modelo linguístico, que é uma das premissas de base”*. Esta afirmação remete para o discurso da entrevistada B quando diz que [no processo de intervenção] *“Aquilo que existe sempre é uma exposição a uma pessoa que comunica em língua gestual, ou seja, a criança é sempre exposta a alguém que comunica em língua gestual...”*. Esta exposição, proporcionada

pela docente de LGP, é essencial para que a equipa possa aferir a forma como as crianças, ao longo da intervenção, se ajustam e se adaptam aos códigos linguísticos, sobre esta questão a entrevistada B diz:

“... e agarram a língua gestual como meio de comunicação. Até que ponto é que, se calhar, num momento em que houvesse mais barulho à volta eles começavam a utilizar mais os gestos, e às vezes até tentamos criar essas situações para perceber como é que eles comunicavam em situações que auditivamente são mais desafiantes”.

Esta mesma entrevistada alerta para o facto de, em termos de objetivos de intervenção, nem sempre ser necessária a exposição à LGP apesar de constatar que: *“Até agora, todos os casos que tivemos, houve sempre a vontade de ter algum trabalho, mais ou menos específico, e mais ou menos primordial, ao nível da língua gestual”.*

A intervenção com a criança, nos diversos contextos, é sempre presencial e muito dinâmica, como exemplifica a entrevistada C: *“...eu faço o gesto explico e depois eles percebem melhor, (...) os pais também vão vendo como é que nós trabalhamos. (...) Temos materiais e vamos trabalhando com a criança, brincadeiras, fazemos materiais com os pais”.* As sessões são estruturadas de acordo com os objetivos traçados, assim, a entrevistada B diz: *“...nós (...) neste horário, neste dia, ou nesta atividade vamos dar prioridade à língua gestual...”.* Como refere a entrevistada A a intervenção [não é uma intervenção rígida, hermética]: *“...aproveitamos muito os momentos lúdicos de brincadeira para o desenvolvimento linguístico...”*, há ajustes constantes em função da resposta da criança, e diz: *“... nós temos às vezes sessões pensadas com trabalho de mesa, construção de um jogo, com objetivos muito claros, (...) mas quando vamos para ali brincar com eles são eles que nos vão conduzindo na brincadeira”.*

Como já referido anteriormente, os pais são parceiros insubstituíveis em todo o processo, e como tal não poderiam deixar de ter um papel primordial na intervenção, há muita partilha e estão sempre presentes. Tudo o que acontece durante a intervenção é explicado, a entrevistada A diz:

“Nós explicamos isto aos pais no momento, ele está a fazer a passagem do jogo de faz de conta para o jogo simbólico. (...) E os pais vêm no momento com aquela atuação concreta do bebé o que é que isso significa em termos de desenvolvimento, ou linguístico, ou desenvolvimento global...”

Assim, à medida que vão estimulando a criança podem analisar, interpretar e fazer com que os pais percebam de forma mais objetiva o trabalho que está a ser realizado e as etapas de desenvolvimento que os seus filhos estão a atingir. A este respeito a entrevistada B exemplifica:

“Hoje, por exemplo tínhamos um bebé que faltou uma semana que veio e depois dizia: “olá bebé!”, e eu estava a explicar à mãe que ele já está a sair da holófrase para o discurso telegráfico... (...) Para a mãe também perceber que ele está a fazer um salto no desenvolvimento”

Os pais, de forma estimulante e participativa, têm a possibilidade de experienciar de que forma o seu filho vai evoluindo. O trabalho e a promoção do envolvimento parental, nas sessões e nos diversos contextos, tem também uma dimensão fundamental de orientação, de partilha e respeito mútuo. Sobre esta questão fulcral a entrevistada A explica:

“...nós não somos soberanos para passar competências a ninguém, mas muitas vezes dar pistas, ajustarmos as estratégias com as famílias, (...) se possível nos contextos também familiares, (...) para discutir e para eles verem como nós funcionamos com os bebés, e eventualmente ajustarem algumas atuações...”

e exemplifica: *“...quando eles têm muitos brinquedos à disposição acabam por brincar com tudo e não brincar com nada, e não explorar até ao fim as coisas”*.

São também abordadas estratégias de comunicação como explica a entrevistada B: *“...nós tentamos sempre ajustar aquilo que estamos a propor para necessidades que depois surjam em casa, e que possam dar resposta a necessidades de comunicação em casa”*. A entrevistada A elucida: *“Dar algumas dicas de como comunicar com o bebé na hora do banho, (...) da muda da fralda, (...) da papa, (...) do adormecer, portanto trabalhar muito com as*

famílias nesta discussão de passagem de competências e de estratégias". Este trabalho, e esta parceria alargada, é realçado quando a entrevistada A diz: *"...não vamos fazer nada se o resto dos pares e dos educadores, que estão com eles a tempo inteiro, não caminharem no mesmo sentido"*.

A promoção do envolvimento parental é uma constante por parte de todos os profissionais da FBP, apesar das dificuldades e constrangimentos com que muitas vezes se depararam. Os pais são incentivados a participar ativamente, mas como explica a entrevistada B [muitos]: *"... têm um papel passivo, só de observador, nós temos que usar de várias estratégias para que consigam participar mais ativamente"*. Este pode ser considerado um constrangimento frequente e nem sempre fácil de ultrapassar, assim a entrevistada B continua e diz:

"Às vezes é difícil para os pais terem o papel ativo, porque partem do princípio que quem tem que estar em interação principal com a criança somos nós. Portanto, por muito que nós até tentemos dar o modelo e pedir aos pais que sejam eles agora a fazer, depende muito das famílias".

A entrevistada A também aponta este trabalho colaborativo com os pais, como fundamental para: *"...percebermos as expectativas, para partilharmos estratégias, para partilharmos objetivos de desenvolvimento a curto ou a médio prazo, para partilharmos necessidades de resolução de intervenção, de tomada de decisões futuras"*. A entrevistada C conclui que: *"...o envolvimento dos pais é essencial para que possam reproduzir as atividades em todos os contextos, em casa, em momentos de lazer, em todas as situações de comunicação"*.

Há questões de supervisão e orientação fundamentais que no espaço da intervenção não podem ser descuradas, mesmo questões mais técnicas, como explica a entrevistada B: *"Mesmo os exames que eles fazem de audição, para os pais é uma confusão perceber o que é que aquilo é, ou distinguir uma prótese de um implante, é difícil"*, assim como orientações quanto ao uso efetivo das tecnologias de apoio, quando explica: *"...porque às vezes eles têm próteses ou têm o implante, mas está sempre sem bateria, ou tem as próteses mas está sempre com o ouvido congestionado, ou entupido, etc."*

Há documentos que fazem parte do protocolo de intervenção e que vão sendo elaborados, para que o acompanhamento da criança seja uniforme, como assinala a entrevistada B:

“...fazemos um plano de intervenção, que é reavaliado em cada período, (...) fazemos um registo de sessão, (...) a avaliação da sessão por outro lado, e a avaliação da criança na sessão. (...) às vezes tem a ver com o nosso próprio planeamento da sessão. O que nós planeamos, o que tínhamos que ter mudado (...) Nós fazemos sempre um registo, (...) temos sempre no final notas para a sessão seguinte...”

A este respeito a entrevistada A declara: *“...nós somos uma equipa e temos de estar muito articuladas”*, e justifica a necessidade destes documentos quando diz: *“As parcerias vão variando, portanto temos de saber exatamente o que é que cada uma está a fazer nos seus momentos de intervenção”*. Segundo a entrevistada A:

“O que nós fazemos mais formal é um plano de intervenção da FBP para cada bebé, o que nós chamamos o PI do FBP, que é o documento estruturante. Não é um PEI... (...) Não é um PIIP (...) partiu destes dois documentos, foi um documento construído por nós (...) e foi aprovado em pedagógico”.

É neste documento, construído com os pais, que são traçados os objetivos, claros e concretos, alguns focados na família, para um período de intervenção de seis meses.

A intervenção tem objetivos específicos e delineados em documento próprio, como diz entrevistada A: *“...está tudo inventariado nos PIFBP. Portanto quando nós fazemos os PIFBP já está lá tudo discriminado, quais foram as opções da ..., as minhas, as da ..., em termos de áreas de desenvolvimento”*. A entrevistada C também se rege da mesma forma e diz: *“Tenho o plano curricular da língua gestual, avalio e vou trabalhando, se tem mais dificuldades ou não, vejo no PIFBP, (...) pela observação como comunica, a expressão facial, a expressão corporal, vejo (...) as dificuldades e vejo a evolução”*.

Nesta intervenção há condicionantes, de natureza diversa, e por vezes difíceis de contornar e que, direta ou indiretamente, podem interferir na elaboração do plano de intervenção, no desenvolvimento e resultados do trabalho a ser realizado.

Alguns constrangimentos estão relacionados diretamente com a criança e com a família, com a instituição, e até com limitações impostas pela legislação vigente. Todas estas questões ficam subjacentes ao discurso das participantes, assim, a entrevistada A aponta para algumas situações específicas quando declara: *“Os bebés que estão aqui com os pais, e que nós vamos a casa e que estão com os pais, não conseguimos ver tão bem como é que aquela criança é em termos de autonomia...”*, e continua exemplificando: *“Por exemplo, este ver o desligar do modelo afetivo, do cuidador principal, não acontece, nós vemos isso quando vamos à creche”*, e aponta a origem desta dificuldade quando diz: *“Os entraves são muitas vezes imposições superiores, nomeadamente esta questão legal de não podemos ter aqui os bebés a tempo inteiro”*. Em relação a esta mesma questão a entrevistada C diz: *“O nosso sonho é criar uma creche em que pudéssemos receber os bebés e que os pais pudessem sair”*.

Em relação a restrições legais existente, já que a permanência das crianças, nesta valência, implica o acompanhamento constante dos pais, a entrevistada A reforça esta ideia quando particulariza: *“Os pais têm de estar sempre acompanhados com os bebés, o que é bom para esta partilha, mas há situações, por exemplo, ao nível da autonomia, que são trabalhadas quando os pais não estão”*. Outra questão relacionada com as crianças, e que transcende a instituição e a equipa, deparando mais uma vez com questões de ordem superior ao nível de Ministério da Educação, e que a entrevistada A considera um entrave é: *“...o facto de não termos a possibilidade de ter aqui os bebés a tempo inteiro, por uma questão superior, porque não é permitido, por lei, que as escolas públicas tenham bebés antes dos 3 anos”*. A entrevistada C aponta algumas questões também em relação ao Ministério da Educação, quando diz que:

“Nós sabemos que é difícil (...) que o Ministério da Educação perceba o que é um bebê surdo, (...) que saibam das situações reais, (...), certamente não sabem da nossa realidade, precisam de saber (...) e a lei diz que a escola pública pode receber crianças a partir dos 3 anos, somente, e dos 0 aos três anos? Não há apoio na escola pública”.

Há também situações específicas de intervenção, relativas à continuidade dos trabalhos em outros contextos, nomeadamente nos domicílios das crianças, que podem limitar a atuação dos pais, como refere a entrevistada B:

“...há famílias que pelo seu contexto e disponibilidade em casa, às vezes, fica difícil de pensar noutras coisas sem ser só suprir as necessidades básicas de dar banho, dar de comer, deitar, ou porque têm outros filhos, ou porque quando chegam a casa já é muito tarde”.

Esta entrevistada enumera também dificuldades que, em outro âmbito, social e trabalhista, reduzem a disponibilidade e o envolvimento dos pais no processo da intervenção, e diz: *“... têm a ver com as questões laborais e sociais que nós temos neste país, e que estes pais que têm filhos com uma deficiência deveriam de ter alguns benefícios em termos de horário para estarem mais disponíveis...”*, na realidade acabam por ficar duplamente sobrecarregados, e explica: *“...às vezes o terem disponibilidade para vir, (...), implica que (...) têm de sair mais tarde, não houve redução de horário, há uma compensação de horário”.*

A intervenção da equipa da FBP, nas suas variadas vertentes, não cessa quando a criança passa para outros níveis de ensino, ou quando sai da instituição, o vínculo mantém-se. O seu alcance e relevância reflete-se na importância que esta equipa profissional atribui à necessidade de acompanhar e perceber a evolução das crianças, a entrevistada B diz: *“... há meninos que eu já acompanho desde a FBP e na pré, e eu acho que é quando eles claramente dominam as duas línguas...”*, e especifica:

“...fazemos monitorização de crianças que já não estão cá na EREBAS, que estiveram na FBP, e que ao passarem para a pré decidiram ir para a área de residência, estamos agora a fazer essa monitorização que é telefonar aos pais, para saber se está tudo bem. Se precisam de algum apoio”.

Nesta questão, acompanhamento das crianças, a entrevistada A acrescenta: *“Nós temos uma grande vantagem que é: estamos todos no mesmo espaço e na mesma escola (...) não há um desligar completo, (...) fazemos monitorização”.* Esta monitorização é realizada anualmente, através de registos e de contactos diretos com a família, mesmo quando as crianças integram outros agrupamentos com outras respostas educativas. A entrevistada A elucida sobre alguns procedimentos:

“...temos um dossier que é “Meninos que passaram por aqui, que já cá não estão”, e temos uma grelha, e fazemos todos os anos contactos com a família, ou com os locais onde eles estão, (...) para saber se estão bem, (...) se estão a evoluir...”.

Também a entrevistada C avalia este acompanhamento como necessário e fundamental, e diz:

“Temos crianças que já não estão aqui, mas nós continuamos a acompanhar, não é assim vão embora e nunca mais sabemos deles. Se os pais levam para o jardim de infância, (...) nós queremos saber como se está a desenvolver, quais as dificuldades, articulamos com a educadora de lá”.

No processo de intervenção há dificuldades de execução do modelo bilingue, em termos comunicacionais, já que se impõem a transmissão de modelos linguísticos corretos à criança, como declara a entrevistada B: *“Eu acho que a dificuldade muitas vezes é nós mantermos as duas línguas separadas...”*, este é também, no entender das participantes A e B, o grande desafio enquanto exposição de língua, e conclui: *“...tenho de lhes dar o modelo de: ou estás a falar ou estás a usar língua gestual”.*

Em relação à subcategoria **Funcionamento da Equipa Multidisciplinar**, esta é uma equipa multidisciplinar da Educação Especial, experiente e especializada na área da surdez.

Esta equipa é descrita pela entrevistada A como: *“...uma equipa multidisciplinar, cada uma trabalha mais especificamente a sua área, mas de uma forma transdisciplinar, as áreas não são estanques...”*, e isto é importante na medida em que o grupo de crianças que recebem é heterogéneo e plural, necessitando de uma intervenção de espectro alargado, não esquecendo o modelo socioantropológico de base, e a este respeito a entrevistada A diz: *“... não nos centramos na parte clínica da surdez, (...) nós não queremos resolver a surdez...”*.

As participantes assinalam a pertinência de, para um trabalho desta magnitude, a equipa ser composta por profissionais experientes, especializados e flexíveis. A entrevistada B afirma que: *“É importante o acompanhamento por uma equipa especializada, com experiência no trabalho com famílias.”*, e a entrevistada A justifica: *“...encontramos pais, famílias e bebés em várias fases, e nós temos que nos ajustar a cada uma”*. A entrevistada B agrega outras questões quando diz que [tem de ser]: *“...uma equipa (...) que também esteja habituada a esta fase de receber um diagnóstico...”*, que tenha uma visão plural e postura interventiva, adquirida através da experiência no terreno, de carácter transdisciplinar, que se relacione com áreas como a da segurança social e da saúde já que, como refere:

“...tem que se tomar uma série de decisões para ontem, porque eu vou falar com um médico e ele diz-me que eu já tinha que ter feito. Vou falar com outro que agora diz o que eu devo ou o que eu não devo, (...) aí é preciso também a equipa ter essa experiência, que se ganha com os anos...”,

sendo estas questões fundamentais também no apoio à família, e diz [que esta é uma equipa que]: *“...consegue orientar as famílias a descobrir o que é a resposta mais ajustada para o seu filho, naquele momento”*.

A articulação entre os três membros da equipa é imprescindível, a entrevistada B diz que: *“...aqui nós tentamos fazer uma grande articulação*

entre os três profissionais”. A entrevistada C vai mais além, na relevância do: *“... trabalho em articulação, para que trabalhemos em conjunto, separado não dá, a família faz uma coisa, nós fazemos outra, na creche fazem outra. Não, nós tentamos fazer tudo em consonância”*.

A articulação é fundamental para que o trabalho em equipa aconteça em sintonia, mesmo quando a intervenção ocorre com cada profissional individualmente, como explica a entrevistada B: *“...todas as semanas temos uma reunião de articulação em que definimos áreas prioritárias, objetivos prioritários para a semana seguinte com cada criança”*. Destes momentos de articulação resultam informações que são registadas, como refere a entrevistada B: *“...temos um caderno de registo de cada criança, para quando são momentos em que nós estamos as três (...), quem vem a seguir tem o registo e sabe o que vai ser a seguir”*.

A equipa também desempenha um papel relevante quando faz a ligação entre serviços educativos e serviços de saúde, agilizando contactos e procedimentos, isto é constatado quando a entrevistada B diz:

“...nós fazemos um trabalho de muita articulação com as equipas médicas para garantir (...) que quando há algum problema eles têm um atendimento rápido, e não temos de estar três meses à espera. Aí nós conseguimos dar algum apoio às famílias para que estas questões sejam ágeis”.

A articulação da equipa com a área da segurança social e da saúde é próxima, no sentido de dar um suporte mais efetivo às famílias, servindo de ponte, sempre que necessário, como refere a entrevistada B: *“...nós fazemos um trabalho de muita articulação com as equipas médicas para garantir (...) que os moldes não estão pequenos porque eles de repente cresceram, que os pais têm pilhas e que têm dinheiro para pilhas...”*, acautelando, de alguma forma, a celeridade dos atendimentos externos das crianças, imprescindíveis nesta idade tão precoce.

Há situações diversas em que a ação da equipa tem de estar presente e que transpõem as paredes da instituição, a este respeito a entrevistada A exemplifica:

“Temos um menino que veio exatamente porque nós vamos à creche de um bebé, (...) e a psicóloga daquela escola (...) veio pedir “olha tenho ali um menino na sala dos quatro”, (...) fizemos uma avaliação informal, (...), encaminhamos para o Santo António e num mês o menino tinha o diagnóstico da surdez e os aparelhos”.

A articulação entre áreas como a saúde e a educação é exequível porque a equipa tem vindo a investir na divulgação, interna e externa, da valência, com o propósito de criar uma rede de proximidade, de contactos e serviços, que possibilitem um encaminhamento e uma intervenção cada vez mais célere e precoce. Várias estratégias vêm sendo usadas para dar a conhecer o agrupamento de escolas e as suas valências na área da surdez, através da realização de projetos, como o REDES e o “Aqui e mais Além”, ambos de grande alcance e referidos pelas participantes. A entrevistada C também evidencia a divulgação entre instituições de ensino e refere : *“... o contacto direto com diferentes escolas, por exemplo escolas de referência, em Braga, em Lisboa, em Ílhavo, Sta. Maria da Feira, a nível nacional...”*, que de alguma forma comungam com respostas educativas similares.

A entrevistada A explica a necessidade de projetos de divulgação interna quando diz:

“...convidamos todas as pessoas, daqui de Augusto Lessa, e de Paranhos, para virem conhecer o nosso espaço, porque o facto de não estarmos em Augusto Lessa e estarmos na EB 2.3, muitas pessoas não sabem exatamente o que é que se passa lá, que crianças é que são atendidas, qual é que é a nossa dinâmica”.

Externamente, como elucida a entrevistada B: *“Ao nível da escola pública foi feita divulgação, principalmente através da Direção Geral de Educação, (...) enviamos panfletos”.* Além destas ações, de divulgação externa, a equipa, como um todo, envolve-se em empreitadas mais vastas de divulgação, reuniões, congressos, etc. A este respeito a entrevistada B explica:

“Nós temos um projeto que fizemos há alguns anos que se chama “Educação e Saúde na Surdez”, em que fizemos reuniões com autarquias, com os agrupamentos dos centros de saúde, com as

ELIs e com os hospitais, e aí marcamos uma reunião, fizemos uma apresentação”,

e enumera algumas ações de divulgação menos específicas:

“...fizemos na altura um congresso, (...) em que convidamos estes parceiros todos, para divulgar também, aí mais geral, a EREBAS, não especificamente a FBP, (...) e temos feito algumas reuniões com equipas que já colaboram com o agrupamento noutros projetos, e que nós também acabamos por reunir com essas pessoas para divulgar”.

A necessidade desta divulgação fica patenteada no discurso da entrevistada C quando diz:

“...divulgamos, também para que as pessoas saibam, (...) o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde, (...) saibam bem que o objetivo das crianças é entrarem na escola. (...) devem saber auscultar e obter informação (...) o que é que faz uma escola de referência no trabalho com crianças surdas, (...) com os bebés que vão fazer um ano, que vão fazer dois anos, que vão fazer três anos. Há muitas crianças surdas e que apoio é que essas crianças têm? É necessário terem esse conhecimento”.

É também referido pelas participantes algumas condicionantes ao funcionamento da equipa, que se refletem nesta resposta educativa, a volatilidade dos profissionais, imposições superiores e a forma como se privilegia, ou não, certos procedimentos. Isto fica patente no discurso da entrevistada A que diz: *“(...) acho que se a equipa mudar (...) há coisas que são basilares que eu acho que vão continuar, agora há coisas concretas e específicas que podem morrer”,* e exemplifica: *“...para o ano se disser - não estou para ir com o meu carro à casa e à creche - e as colegas disserem a mesma coisa, morre esta questão (...) que é tão importante de trabalhar nos contextos”.* E finaliza com uma sugestão: *“Era bom que houvesse um documento escrito formal que dissesse – isto deveria acontecer – se está provado que é tão rico, que é tão útil para os bebés, deveria quase ser obrigatório, entre aspas”.*

3.2.6 Avaliação e Evolução da Intervenção

Não poderíamos deixar de fazer uma reflexão retrospectiva, através da análise evolutiva deste programa de Frequência Bilingue Precoce, na tentativa de perceber avanços, mudanças e contributos, desta resposta educativa tão específica, em relação à comunicação verbal oral das crianças surdas dos 0 aos 3 anos. **Reflexos e Contributos da FBP na Comunicação Verbal Oral**, foi a subcategoria analisada nesta categoria.

Quanto aos pressupostos desta subcategoria, numa análise geral, as participantes reconhecem que há mudanças significativas em relação aos benefícios deste modelo de intervenção, como salienta a entrevistada A:

“O que eu sinto é que estou aqui há relativamente pouco tempo, já foram feitas algumas alterações no processo à medida que vamos caminhando. (...) eu sinto que já fizemos coisas diferentes, que já alteramos algumas perspetivas e que isto é um caminho”.

A precocidade é referência unanime das participantes, o ingresso mais precoce na FBP, e como diz a entrevistada A: *“...os bebés estão a chegar de facto cada vez mais cedo. Antigamente estávamos na pré e recebíamos mensalmente, ou anualmente, (...) crianças com quatro cinco anos, agora vêm bebés de 7, 10, 12 meses, recebemos agora um de 14...”*. O uso precoce das tecnologias de apoio, assim como o preparo das equipas, são também questões abordadas, nomeadamente pela entrevistada B quando diz: *“...eu noto é que neste momento as crianças vêm mais cedo, e vêm com ajudas auditivas também mais cedo, e também vêm mais crianças, as equipas estão mais informadas...”*. A entrevistada A especifica: *“...cada vez mais nos chegam meninos implantados, ou em processo de implante, ou que chegam pré-implante”*.

As famílias, ultrapassadas as primeiras barreiras, têm tido contributos mais positivos e ativos e o envolvimento parental é mais efetivo. A entrevistada B refere: *“...uma maior participação das famílias (...) e maior capacidade de ajudar as famílias, nesta fase crucial da vida...”*.

A criança é exposta precocemente a um código linguístico, gestual ou oral, em função das suas competências, em interações mais naturais, é

estimulada e emerge num banho linguístico bilingue fundamental para o seu desenvolvimento em todas as áreas. Refletindo sobre estas questões a entrevistada B diz:

“Agora, é muito melhor do que era antes, porque eles têm uma exposição à língua muito mais cedo, é muito melhor do que ser só aos três anos, quando não há frequência bilingue precoce, (...) estamos a conseguir que haja uma estimulação linguística, (...) maior capacidade de ajuste comunicativo, língua oral e/ou língua gestual ...”.

Em relação às competências verbais orais a entrevistada A diz:

“...cada vez mais há meninos a oralizar melhor, porque os implantes estão a ser cada vez mais cedo, nós estamos a receber bebés muito pequeninos, e com implantes muito precoces, portanto, cada vez mais os nossos bebés estão a ter acesso (...) ao português oral falado”.

A entrevistada B acrescenta: *“...quando é uma criança que está connosco há dois anos, por exemplo, nós conseguimos que eles saiam a conseguir compreender frases, a conseguir ter uma compreensão grande, tanto na língua oral como na língua gestual”.*

Apesar das evoluções que observa nas crianças a entrevistada C não deixa de apontar que, no âmbito da LGP, nem sempre é possível aferir com facilidade os progressos, já que a expectativa dos pais é que os seus filhos oralizem, mas realça o grande objetivo a ser alcançado, a comunicação, e exemplifica:

“Tivemos o caso de uma mãe brasileira, o bebé muito pequenino, 7, 8 meses, biimplantado, muito precoce, a mãe tinha muitas dúvidas (...) o importante é (...) a criança conseguir expressar o que tem dentro (...) pode ser língua gestual, a oralidade, até a mímica, o importante é a comunicação”.

Em termos de comunicação verbal oral as participantes conseguem enunciar mudanças significativas apontando, em alguns casos, aquisições e desenvolvimento próximos dos padrões normais. Isto é sublinhado pela

entrevistada B quando diz que: *“Em termos de produção oral os que são mais bebês estão a falar imenso, (...) temos as crianças também a terem uma aquisição, (...) dentro daquilo que são as etapas normais de desenvolvimento”*. Mesmo no espaço terapêutico é evidente este desenvolvimento mais de acordo com a faixa etária, a entrevistada B continua referindo que: *“...nota-se que eles estão mais facilmente a seguir um desenvolvimento típico, do que já estamos a trabalhar no desenvolvimento que se desviou (...). Não só menos desfasado em termos de idade de aquisição, mas também as etapas típicas...”*, e finaliza esta reflexão particular e de circunstância dizendo: *“Nós já estamos quase a conseguir ver sempre a etapa de desenvolvimento típico, (...) mas é uma análise que eu estou a fazer neste momento”*.

As oportunidades de desenvolvimento das crianças, nos diversos contextos também é indicador de mudança. É possível inferir estas questões através do discurso da entrevistada B quando diz:

“...acho que em relação às creches, e ao contexto de domicílio, também se nota grandes resultados porque em todos os contextos em que nós vamos vemos uma criança que é diferente. Conseguimos passar e partilhar estratégias e atividades com as educadoras, (...). Conseguimos que a criança esteja melhor também nos seus contextos de vida naturais, e não só quando vem à FBP”.

A entrevistada B, em relação à evolução das crianças esclarece:

“... à partida todos eles evoluem, (...) notamos muitas diferenças, às vezes não é na produção oral, há crianças que nós não vemos logo, pela fase de desenvolvimento em que eles estão, mas que notamos uma diferença muito grande na compreensão oral”.

Em relação aos contributos, ou não, da FBP na mudança de modelos linguísticos de educação para os alunos surdos a entrevistada A diz:

“Eu quero acreditar que a precoce vai fazer essa diferença. (...) há vários meninos que passaram pela FBP que são meninos de sucesso. (...) agora também há de tudo. (...) nós temos meninos que estiveram na precoce, que neste momento estão na integração nas áreas de residência. (...) temos meninos que continuam cá, seja

em turma bilingue, seja em turma de integração, que estão a fazer o seu percurso, e estão a fazer o seu percurso de forma consistente”.

A entrevistada A, quanto à relevância da FBP, declara:

“Os meninos são muito diferentes uns dos outros, e chegam-nos com contextos de vida muito diferentes, filhos de pais surdos, filhos de pais ouvintes. Portanto a linha de base com que eles nos chegam não é toda igual. (...) Agora nós acreditamos e achamos que isto é uma resposta que vai fazer a diferença, achamos mesmo.”,

e atesta, em consonância com as demais participantes, a percepção que tem relativamente às aquisições das crianças que atende, quando diz: *“...dos bebês que eu já apanhei na precoce e que estão agora a fazer um percurso de pré-escolar, eu acho que são todos fabulosos”.*

No final da entrevista, de forma mais informal, foi colocada às entrevistadas a seguinte questão: **“O que acham que se perderia se esta valência deixasse de existir?”**. As reações foram unânimes e o discurso consonante. Para as participantes, se esta respostas educativa acabasse, as perdas seriam incalculáveis e haveria um retrocesso em relação aos apoios oferecidos, com prejuízos diretos, difíceis de aferir, para as crianças surdas e para as famílias. Na impossibilidade de transcrevermos todas as declarações elencaremos, abaixo, aquelas que achamos mais relevantes e que nos provocaram algumas inquietações:

No âmbito do apoio à família a entrevistada B diz: *“Acho que se perderia a capacidade de ajudar as famílias numa fase em que elas estão muito perdidas...”*. A entrevistada A acrescenta: *“Perdia-se a possibilidade dos pais verem in loco os benefícios deste modelo, e ver os benefícios da língua gestual, que às vezes lhes custa a aceitar. (...) Perdia-se o trabalho contínuo com as famílias. Os pais acreditarem nesta resposta!”*, a entrevistada C refere que: *“Não havia o apoio à criança surda, à família, porque antes dos 3 anos não há no público”.*

“...porque eu acredito muito que isto faz diferença, faz diferença nas crianças e às vezes nestas famílias. Eu sinto isso, que os pais às vezes contam muito conosco nesta caminhada.”. Entrevistada A (2018)

Diretamente e objetivamente, em relação à criança surda, a entrevista B declara: *“...perdiam-se oportunidades de desenvolvimento das crianças, mesmo...”*, a entrevistada A também aponta prejuízos relevantes e diz: *“Perdíamos a possibilidade de trabalhar precocemente com crianças, (...) muito mais numa perspectiva de aquisição do que de aprendizagem, (...) perdia-se esta fase tão rica de uma aquisição genuína”*. Para a entrevistada C seria negada à criança a possibilidade de, precocemente, apreender a sua língua naturalmente com modelos linguísticos corretos, e declara: *“O bebê não tem a língua gestual para ajudar na comunicação, não tem o banho linguístico precoce com o modelo surdo adulto”*.

“...é importante para a comunidade surda, (...) para a identidade surda. Nem quero imaginar, (...) nós lutamos para que continue, eu e as colegas, é muito importante. Vamos continuar a lutar para que continue, que não acabe”.
Entrevistada C (2018)

Deixava, também, de existir uma valência promotora de qualidade de serviços externos, da saúde e da educação, como refere a entrevistada B: *“...elevar a qualidade de outros serviços. (...) ajudamos as outras equipas a perceberem que se pode fazer diferente, e que também às vezes não é por uma questão de dinheiro, (...) é uma questão de boa vontade, isso acho que nós temos, a boa vontade, e já nos leva a muitos sítios*.

“...e a maior parte das pessoas não está no seu trabalho pelo dinheiro, mas às vezes acha que está, e vai-se perdendo aquilo que realmente nos faz estar, e nos faz querer continuar. Quando nós damos oportunidade ao outro de fazer diferente e de ver que também é capaz de fazer melhor, as pessoas também ficam bem consigo próprias, não é?”. Entrevistada B (2018)

3.3 Síntese Interpretativa

Este trabalho permitiu-nos fazer uma retrospectiva de temas que temos abordado ao longo do tempo, após a formação inicial, tanto na área da terapia da fala quanto na área da audiologia, sobre a Comunicação Humana e seus Distúrbios, a Intervenção Precoce e a Surdez. Estas abordagens permitiram que fosse possível inferir que, na maioria dos casos, os problemas comunicacionais, e/ou de linguagem, que atribuímos à surdez são, na

realidade, “impostos” pela carência de intervenções atempadas, recursos físicos e humanos manifestamente insuficientes e/ou incompetentes.

Com este estudo pretendemos contribuir para a promoção de uma discussão mais alargada sobre os programas de FBP, numa visão socioantropológica da surdez e numa intervenção ecossistémica, em que tudo é interdependente, refletindo sobre questões conceptuais e operacionais, e tentando, de alguma forma, aferir a sua relevância em todas as áreas do desenvolvimento de crianças surdas dos 0 aos 3 anos, principalmente ao nível da aquisição e desenvolvimento da comunicação verbal oral.

Analisando o discurso das participantes foi possível perceber que quando determinadas sinergias se agregam, e confluem no mesmo sentido, o de atingir determinados objetivos tendo como base boas práticas, o resultado, como se poderá concluir, só pode ser positivo. Assim, desta forma, acreditamos estarem reunidas neste modelo e nesta equipa, na sua organização, nos recursos humanos e materiais, juntamente com processos de articulação objetivos e transdisciplinares, e com a parceria íntima dos pais, um modelo que contribui, e proporciona, aquisições e competências que convergem no sentido de facilitar a aquisição e desenvolvimento da comunicação verbal oral de crianças surdas, dos 0 aos 3 anos. Sendo este também, no nosso entender, um projeto educativo insubstituível, que deve ter continuidade, ser divulgado e ampliado.

Assim, após organização sistemática de todos os dados obtidos nas entrevistas, com o objetivo de aumentar a nossa compreensão sobre as temáticas que nos propusemos abordar, tentando avaliar uma resposta educativa singular, a FBP, numa instituição de ensino específica, e em função da nossa pergunta de partida e das questões que dela resultaram, que elencamos individualmente para uma leitura mais elucidativa, foi possível realizar as seguintes inferências que passamos a descrever.

- Quais os pressupostos teóricos nos quais se baseia o modelo da FBP?

A partir do discurso das participantes é possível concluir que a FBP é assumida como uma resposta singular e específica, para crianças surdas dos 0

aos 3 anos, e respetivas famílias, que tenta colmatar uma lacuna de oferta educativa do serviço público. Podem-se destacar como bases pilares deste modelo de intervenção precoce: a resposta educativa direta, individualizada e ajustada a cada criança surda e respetiva família, através da intervenção de uma equipa multidisciplinar especializada na área da surdez; o envolvimento parental, condição incontornável já que 90% das crianças são filhas de pais ouvintes e enfrentam barreiras comunicativas difíceis de transpor; a articulação dos elementos da equipa, entre si, e com os serviços ligados à saúde e à educação; a promoção do desenvolvimento global e harmonioso da criança.

É possível constatar-se que o diagnóstico da surdez, o uso de tecnologias de apoio (próteses auditivas e implantes cocleares) e o início da intervenção são cada vez mais precoces, e estão na base deste modelo, assim como o envolvimento parental mais ativo, sendo estes fatores promotores de sucesso da criança, em todas as áreas do desenvolvimento.

Esta resposta educativa preconiza um modelo bilingue simultâneo, em que a intervenção e a aquisição da língua, oral ou gestual, se façam de forma natural em contexto de FBP. Os modelos devem ser replicados nos contextos de vida da criança, através do contacto com modelos linguísticos corretos, com intervenção direta realizada por equipas experientes e especializadas na área da surdez. Fica patente que este é um modelo que se distancia do modelo clínico, indo ao encontro do modelo socioantropológico da surdez, flexível, dinâmico e ajustado às crianças e às famílias.

Verifica-se que a base que sustenta esta valência é inspirada noutros modelos já existentes, mas dos testemunhos obtidos foi possível considerar que este é um modelo com uma marca própria, da instituição e dos elementos que compõem a equipa profissional, da coordenação e da direção do agrupamento, expondo a volatilidade de alguns apoios que envolvem este programa, como por exemplo o atendimento externo.

É possível apurar alguns constrangimentos e condicionantes em relação ao modelo, que emergem do discurso das entrevistadas, tais como: a exigência de um diagnóstico médico para que a criança possa ingressar na instituição; que os pais aceitem o modelo bilingue e a Língua Gestual Portuguesa; a

necessidade de uma creche, que permita o desenvolvimento da língua em interações mais naturais, com crianças surdas nesta faixa etária, essencial para o desenvolvimento da língua gestual, enquanto língua de aquisição natural.

Depreende-se também, pelas informações colhidas, que a intervenção deveria ser mais abrangente e diversificada de forma a permitir momentos de apoio individual com os pais. De salientar a crítica de uma das participantes quando aponta a falta de homogeneidade na base de sustentação dos procedimentos de instituições análogas, e para a necessidade de haver um fio condutor nos programas de FBP das EREBAS, já que todas se regulam pelo mesmo Decreto-Lei.

- De que forma este modelo está organizado, é construído e posto em prática?

Foi-nos explanado, pelas três profissionais, o percurso trilhado pelas crianças e pelos pais, até à entrada na instituição. O encaminhamento é realizado principalmente por parte de profissionais da saúde e da educação, hospitais, ELIs e escolas, ao qual se seguem a referenciação, a avaliação pela equipa multidisciplinar da Educação Especial, e o encaminhamento do processo para a equipa de profissionais especializada na área da surdez. Atualmente a rede de contactos ampliou-se e são mais diretos, há maior abrangência nos protocolos permitindo maior celeridade nos encaminhamentos e nas intervenções internas e externas.

Do processo de avaliação é possível perceber que se trata de um procedimento complexo, e que as três profissionais seguem o mesmo protocolo. A avaliação pode ser única ou contínua e realizar-se em diferentes contextos, na instituição, no domicílio e creches. Inicialmente há um momento formal com os pais e, eventualmente, com elementos da equipa da ELI, ou outros. São avaliadas as diferentes áreas do desenvolvimento, competências orais e gestuais, audição e produção oral, utilizando vários instrumentos, testes e escalas de avaliação. A avaliação acontece em momentos lúdicos e de brincadeira, tendo como foco os interesses da criança e o seu nível

comunicacional. É elaborado o relatório de avaliação, as opções de intervenção nas áreas do desenvolvimento são assinaladas no inventário do Plano de Intervenção da Frequência Bilingue Precoce (PIFBP). A avaliação continua é semestral e findo este período é feito um balanço dos resultados. A intervenção começa imediatamente após a avaliação e, numa intervenção desta natureza, e em função da heterogeneidade do grupo de crianças em que todas as áreas do desenvolvimento são abordadas, tendo a língua como base, oral e/ou gestual, é fundamental que a mesma se baseie em guias internacionais, permitindo maior conformidade e objetividade no processo interventivo, que pode ocorrer na instituição de ensino a domicílio e em creches.

Plasmado no discurso das participantes estão as dificuldades e constrangimentos em relação ao diagnóstico da surdez, por vezes ainda tardio, o acesso aos exames, o processo burocrático para solicitar cópias dos mesmos, e a necessidade do exame de perda auditiva para justificar a avaliação pela equipa especializada. Uma das entrevistadas alerta para o facto de nem sempre a família ter as orientações necessárias e atempadas, com consequências graves principalmente para a criança.

- Como se constroem respostas individualizadas, mas seguindo os mesmos pressupostos filosóficos, teóricos, práticos, legais e burocráticos?

Ao analisar os dados das entrevistas, que vão ao encontro desta questão, podemos concluir que, além do projeto de base da FBP que a fundamenta, a exequibilidade desta resposta educativa assenta, na nossa perspetiva, no funcionamento e no modelo de intervenção da equipa multidisciplinar, que oferece um apoio singular e especializado a crianças surdas e às suas famílias.

Assim, pelo que podemos apurar, fazem parte desta equipa multidisciplinar profissionais da Educação Especial, especializados na área da surdez, experientes em educação, que na sua prática diária têm como principal objetivo ir ao encontro das necessidades e dificuldades da criança e da família, com o objetivo de, sempre que possível, as colmatar. Os princípios que

norteiam esta prática são comungados pelas três profissionais, uma intervenção precoce que atua numa perspectiva socioantropológica da surdez, em vários contextos, e que tem no envolvimento parental um dos seus principais objetivos.

Cada profissional da equipa intervém especificamente na sua área, mas de uma forma transdisciplinar e sempre em articulação, este é um fator importante na medida em que o grupo de crianças que atendem é heterogéneo, necessitando de uma intervenção de espectro alargado, não esquecendo o modelo socioantropológico de base e a visão holística da criança. Têm uma visão interventiva, adquirida através da experiência no terreno, que se relaciona com áreas como a da segurança social e da saúde, sendo fundamental também no apoio à família e na descoberta da resposta mais ajustada para a criança.

Pelo conteúdo dos depoimentos temos uma visão clara do tipo de apoios prestados. A intervenção acontece em contexto de FBP ou em contextos naturais, domicílio ou creches, indo ao encontro das ações e reações da criança, através da observação e avaliação contínuas. O acompanhamento é semanal dependendo da disponibilidade dos profissionais, em horários e periodicidade diferentes, de acordo principalmente com as necessidades da criança, ajustado com cada família. A intervenção diretamente com a criança segue três vertentes, no contexto de FBP, a domicílio e nas creches, abrangendo todos os possíveis contextos de vida, sempre com a presença dos pais.

A intervenção tem vários momentos, podendo ser dinamizada de várias formas, pode ser em díade, individual, apenas com a criança, ou podem ser criados momentos de partilha com os pares, é sempre presencial e muito dinâmica, há ajustes constantes em função das respostas e da observação do profissional. Há uma grande preocupação, por parte dos profissionais, em serem modelos linguísticos corretos, principalmente nos momentos de intervenção, e para isso devem ser criteriosos para não gerarem conflitos em relação à estrutura da língua que a criança está a adquirir.

No discurso das entrevistadas o envolvimento parental é uma constante e sempre valorizado. Os pais são parceiros insubstituíveis em todo o processo, e como tal não poderiam deixar de ter um papel primordial na intervenção. Há muita partilha, tudo o que acontece durante a intervenção é explicado, e assim, à medida que vão participando da intervenção e estimulando a criança podem analisar, interpretar e perceber de forma mais objetiva o trabalho que está a ser realizado, e acompanharem as etapas de desenvolvimento que as crianças estão a atingir. Os pais, de forma estimulante e participativa têm a possibilidade de experienciar de que forma o seu filho vai evoluindo. O trabalho e a promoção do envolvimento parental, nas sessões e nos diversos contextos, tem também uma dimensão fundamental de orientação, de partilha e respeito mútuo.

De suporte à intervenção há documentos protocolares que vão sendo elaborados para que o acompanhamento da criança seja uniforme, já que as parcerias de atendimento não são constantes e a intervenção tem objetivos específicos e delineados, que constam para consulta em documento próprio.

O conteúdo dos depoimentos das entrevistadas remete para as condicionantes identificadas no processo interventivo, de natureza diversa, e por vezes difíceis de contornar e que, direta ou indiretamente, podem interferir na elaboração do plano de intervenção, no desenvolvimento e resultados do trabalho a ser realizado. De registar que, apesar da promoção do envolvimento parental ser uma constante por parte destes profissionais, os pais por vezes têm um papel passivo, só de observador, sendo este considerado um constrangimento frequente e nem sempre fácil de ultrapassar, pois partem do princípio que quem tem que estar em interação principal com a criança é o profissional. Alguns constrangimentos também estão relacionados diretamente com a criança e com a família, com a instituição, e até com limitações impostas pela legislação vigente, já que a permanência das crianças, nesta valência, implica o acompanhamento constante dos pais, interferindo na atuação dos profissionais no trabalho de competências específicas, como por exemplo a autonomia e questões sociais, em que está implícito o desvincular paternal. Há também situações específicas de intervenção, relativas à continuidade dos

trabalhos em outros contextos, de âmbito social e trabalhista, que limitam a disponibilidade e o envolvimento dos pais.

Esta equipa também tem a particularidade de, nas suas variadas vertentes, acompanhar a criança quando esta transita para outros níveis de ensino, ou quando sai da instituição. O seu alcance e relevância refletem-se na importância que os profissionais atribuem à necessidade de acompanhar e perceber a evolução das crianças. Esta monitorização é realizada anualmente através de registos e de contactos directos com a família, mesmo quando as crianças integram outros agrupamentos, com outras respostas educativas.

Queremos assinalar a volatilidade de algumas particularidades deste modelo de intervenção, tais como: o apoio a domicílio e nas creches, que a cada renovação de contrato das profissionais fica em risco, imposições superiores e a forma como se privilegia, ou não, certos procedimentos, podendo por em causa o funcionamento e dinamismo da FBP.

- Qual a importância do papel da família neste modelo?

A questão sobre a importância do papel da família neste modelo, remeteu, inicialmente, as declarações das entrevistadas para temas correlatos e indissociáveis, a reação perante o diagnóstico da surdez e o acolhimento à família, pois destes depende o envolvimento parental, condição, segundo as entrevistadas, transversal a todo o programa da FBP.

Em relação à reação, perante o diagnóstico da surdez, as informações obtidas foram de que as famílias, que chegam a uma instituição de ensino à procura de uma resposta célere e especializada, encontram-se em diversas fases, luto, culpa, aceitação, etc. As reações dos pais são variáveis, surpresa, aceitação, desorientação, rejeição, etc., e recorrem com diferentes objetivos e expectativas em relação ao futuro do seu filho. Há pais que se isolam, outros precisam do testemunho e convívio com outros pais para partilha e procura de estratégias e ferramentas. O acolhimento também é assumido com relevância, e a forma como os pais chegam e são recebidos pela equipa da FBP é fundamental, tendo em conta que vão estar presentes em todo o processo. O

envolvimento parental é uma conquista contínua, através da criação de laços de confiança e parceria entre a criança, os pais e os profissionais.

O acolhimento é realizado em contexto de EREBAS pelos três membros da equipa, onde se dão a conhecer os recursos humanos e físicos disponíveis desta resposta educativa, assim como o seu funcionamento, sendo também uma oportunidade de ausculta às necessidades da criança e da família. Este momento também é explorado para se perceber quais são os interesses da criança, e em que fase comunicacional se encontra, recolher dados para a anamnese e obter elementos essenciais para a fase da avaliação. O acolhimento é importante pois é nele que se inicia o indispensável envolvimento e estreita articulação com os pais, pois todas as decisões são tomadas em conjunto com a equipa. Este envolvimento, mais ativo por parte dos pais, fica mais evidente quando percebem a responsabilidade e a pertinência do papel que desempenham, em todo o processo, como principais agentes responsáveis de sucesso dos seus filhos, pois são eles os interlocutores comunicativos preferenciais e privilegiados nesta fase inicial da vida. É necessário promover o envolvimento e potenciar competências parentais, no sentido de criar uma relação mais estreita e profícua entre pais, filhos e a equipa da FBP. Para que isto ocorra são fundamentais a aceitação, a superação das barreiras comunicativas, e a continuidade dos trabalhos realizados pela equipa em outros contextos.

Por vezes, o envolvimento parental é gradativo, e ultrapassada a rejeição inicial, em relação à LGP, os pais percebem a relevância e a responsabilidade que têm em todo o processo do desenvolvimento do seu filho. O envolvimento parental tem também uma dimensão fundamental de orientação, de partilha e respeito mútuo. O trabalho colaborativo com os pais é insubstituível na partilha de expectativas, estratégias e objetivos de desenvolvimento da criança, em todas as áreas.

- Como se articulam os profissionais que fazem parte da equipa da FBP com os vários intervenientes, família e profissionais da área da educação e da saúde?

É revelador constatar a sintonia e convergência do discurso das três entrevistadas em relação a esta questão. A organização e o funcionamento desta equipa multidisciplinar, e a forma como gerem recursos humanos e físicos, reflete-se na forma como interagem com os vários parceiros. Esta é descrita como uma equipa experiente e especializada da área da educação especial, especificamente direcionada à surdez, em que a articulação entre os três membros da equipa é imprescindível. A articulação ocorre principalmente em reuniões semanais onde são definidas áreas e objetivos prioritários de intervenção com cada criança. Esta articulação é fundamental para que haja sintonia no trabalho, mesmo quando a intervenção é realizada individualmente, só por um profissional. A equipa também desempenha um papel relevante quando faz a ligação entre serviços educativos e serviços de saúde, agilizando contactos e procedimentos, no sentido de dar um suporte mais efetivo às famílias servindo de ponte, e sempre que necessário, acautelando, de alguma forma, a celeridade dos atendimentos externos das crianças, imprescindíveis nesta idade tão precoce.

A articulação entre áreas como a saúde e a educação é exequível porque a equipa tem vindo a investir na divulgação, interna e externa, da valência, com o propósito de criar uma rede de proximidade, de contactos e serviços, que possibilitem um encaminhamento e uma intervenção cada vez mais célere e precoce. Várias estratégias são usadas para dar a conhecer o agrupamento de escolas e as suas valências na área da surdez, distribuição de panfletos, reuniões, congressos, etc.

- Quais as opções linguísticas e como se gere a aquisição nas duas línguas (LGP e Língua Portuguesa Oralizada) de forma sucessiva ou simultânea?

É possível concluir, pelas declarações das entrevistadas, que o modelo educativo das crianças é sempre dimensionado pela equipa e pelos pais e que,

em função da precocidade das crianças, e da especificidade desta resposta educativa, independentemente da opção linguística, não há metodologias concretas nem um ensino formal de uma língua. Fica evidente que o modelo linguístico preconizado nesta valência é o bilinguismo simultâneo, já que o bilinguismo sucessivo só seria possível se as crianças tivessem contacto diário com modelos de língua gestual, situação esta que só se coloca quando os pais são surdos, e usam fluentemente a língua gestual portuguesa, o que não acontece na maioria das famílias. A exposição e aquisição do modelo da língua, gestual e/ou oral, devem ser precoces, realizadas de forma natural, através de modelos linguísticos corretos, dos pais e pares, e em função das competências das crianças.

Percebe-se a importância das línguas serem trabalhadas na potencialidade máxima de cada uma, em momentos linguísticos diferentes, ou complementares, nunca em simultâneo, evitando conflitos de estrutura e do modelo da língua que está em foco, princípios básicos no modelo bilingue simultâneo. Conclui-se que são consideradas bilingues as crianças que têm a capacidade de alternar de forma eficaz as duas línguas, ajustando ao interlocutor e a situação comunicativa à língua em que são mais eficazes. Compreende-se, através de estudos das neurociências, referidos por uma das entrevistadas, a importância a nível cerebral, da complementaridade das duas línguas, de modalidades distintas, uma gestual e outra oral, com representação neuronais diferenciadas, e a capacidade de reforço das redes neuronais do cérebro por estar exposto a duas línguas.

O modelo bilingue apresenta algumas dificuldades de execução, inerentes a questões que ultrapassam as competências dos profissionais, e são apontadas por todas as participantes, tais como: a rejeição inicial à LGP por parte dos pais, que querem que o seu filho oralize, e vêem na Língua Gestual um obstáculo para a aquisição e desenvolvimento da fala; perceber-se o que é essencial para se ser um bom comunicador na área da surdez e a dificuldade das pessoas que têm contacto com as crianças de serem modelo linguístico correto; a dificuldade dos pais adquirirem a língua gestual e poderem ser modelos linguísticos para os seus filhos; o facto de trabalharem com um

grupo heterogéneo de crianças, de idades muito precoces e distintas, com percursos e contextos de vida diversos, tipos e graus de surdez diferentes, que vão influenciar o desenvolvimento global e as possibilidades linguísticas; a impossibilidade, por limitações legais, de terem uma creche que permita a intervenção diária com as crianças a tempo inteiro, dificultando na prática a execução do modelo bilingue.

Nesta valência constata-se que o contacto e a exposição à língua gestual portuguesa estão sempre presentes nas dinâmicas de intervenção, independentemente de expectativas da família. O discurso das entrevistadas, em relação à LGP, permite concluir que ela surge principalmente como uma resposta para as crianças surdas, como meio de comunicação natural e preferencial, e como língua promotora de desenvolvimento. O modelo linguístico é dado pela docente de língua gestual e, sempre que possível, adquirido também através da interação com os pares surdos.

Da compreensão dos dados obtidos dos discursos depreende-se que a aquisição da língua oral não está diretamente relacionada com o grau da perda auditiva, mas sim com a intervenção e diagnóstico precoces, com capacidades auditivas proporcionadas pelas tecnologias de apoio (próteses auditivas ou implantes cocleares) e o uso efetivo das mesmas, que garantem a via auditiva como a preferencial para aquisição da fala. O modelo adulto da língua é proporcionado pelos pais, e pela terapeuta da fala que realiza um trabalho específico ao nível da aquisição da língua oral, através do treino auditivo e da produção da fala.

Foi importante perceber que a LGP é adotada como recurso eficaz, no processo de aquisição e desenvolvimento da comunicação verbal oral, em alternativa a uma intervenção específica de leitura de fala, e compreende-se que a língua oral é mais rapidamente adquirida se houver uma língua gestual de base, a LGP, como atestam estudos da neurociência citados por uma entrevistada a quando da referência à complementaridade entre línguas, oral e gestual.

- De que forma, e quais as consequências que este modelo implica na aquisição e desenvolvimento das competências verbais orais das crianças?

Para responder a esta questão, e na tentativa de perceber avanços, mudanças e contributos, desta resposta educativa tão específica, em relação à comunicação verbal oral das crianças surdas dos 0 aos 3 anos, as entrevistadas fizeram um relato retrospectivo, do qual retiramos algumas reflexões.

As participantes conseguem enunciar mudanças significativas em relação à comunicação verbal oral, e à aquisição e desenvolvimento de fala, referindo crianças com produção próxima aos padrões normais, relacionando este facto ao uso cada vez mais precoce das tecnologias de apoio, e à intervenção precoce desta resposta educativa específica na área da surdez. Sublinha-se que há crianças a ter um acesso cada vez mais precoce ao português oral e a oralizar melhor, adquirindo a fala mais de acordo com o previsto nas etapas normais do desenvolvimento e de aquisição de língua, mais compatíveis com a sua faixa etária, sendo notório numa análise longitudinal, um desfasamento menor entre a idade de aquisição e as respetivas etapas de desenvolvimento da comunicação verbal oral.

- Qual a importância da FBP?

Numa análise geral a FBP, independentemente de ter um cariz próprio ou inovador, é uma resposta educativa bilingue que vai construindo pontes de comunicação entre a criança surda, a família e o mundo, derrubando preconceitos e mitos, centrada no desenvolvimento global da criança numa perspetiva socioantropológica da surdez.

Dos vários benefícios apontados pelas participantes a precocidade é referência unanime, ou seja o ingresso mais precoce das crianças na FBP, principalmente em decorrência de uma maior divulgação desta valência. Este programa permite que a criança seja exposta precocemente a um código linguístico, gestual e/ou oral, em função das suas competências, em interações

mais naturais e em diversos contextos, sujeita a um banho linguístico bilingue fundamental para o seu desenvolvimento.

Em relação às famílias a FBP tem sido uma resposta atempada que pretende orientar de forma mais efetiva e eficaz pais e cuidadores, tentando suprir as necessidades das crianças e da família em vários contextos e vertentes. As famílias, ultrapassadas as primeiras barreiras, têm tido contributos mais positivos e ativos e o envolvimento parental tem-se tornado mais efetivo.

Outra questão abordada foi o facto de esta ser uma resposta promotora de formação profissional contínua, em função da necessidade dos profissionais que nela atuam serem especializados e experientes, proporcionando práticas manifestamente mais efetivas e eficazes nos apoios dados às crianças e às famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aptidão para a aquisição de uma língua é genética, mas tem de ser estimulada pelo meio, como tal a intervenção precoce deve ser promotora de desenvolvimento e atuar, no caso das crianças surdas, numa perspetiva socioantropológica, como fator preponderante na diminuição do impacto do déficite auditivo, viabilizando a aquisição e desenvolvimento das capacidades cognitivas, comunicativas e sociais, e este, no nosso entender, é o grande papel desempenhado por este programa de FBP, o de ponte de comunicação para a criança surda, com o seu eu, a família e o mundo.

Para nós a pertinência deste estudo não foi a de explorar a componente heurística das questões que nos motivaram, mas sim a necessidade de perceber os contornos deste programa educativo, que nos levou a consultar e pesquisar literatura e sites na Internet, em busca de informações e ferramentas credíveis que possibilitassem uma análise e avaliação, criteriosa e efetiva, para melhor entendermos de que forma a FBP, de crianças surdas dos 0 aos 3 anos, interfere na aquisição e desenvolvimento de competências comunicativas orais.

Na prática profissional, como terapeutas da fala e audiologistas, recebemos e apoiamos uma população de crianças em idade precoce com famílias, percursos de vida, e especificidades relevantes. Um programa de intervenção precoce, no âmbito da surdez deve contemplar equipas especializadas que ajudem na implementação e desenvolvimento de intervenções, que garantam a superação de limitações, que se envolvam na divulgação, orientação e sensibilização para questões relacionadas com a comunicação e a linguagem. Ao realizar esta pesquisa o futuro parece-nos promissor em relação a esta resposta educativa, por nós investigada, que reúne quesitos de relevância no panorama das intervenções especializadas na área da surdez, no âmbito da intervenção precoce, que impulsiona a evolução das práticas e dos resultados, e que nos remetem para um paradigma há tanto almejado, o da inclusão de todas as crianças surdas no sistema educativo, na sociedade, na vida, no mundo!

A riqueza de informações que foram facultadas e recolhidas, através da pesquisa bibliográfica, e dos dados recolhidas das entrevistadas, tornaram esta pesquisa uma das mais completas que tivemos até à presente data o privilégio de estudar. Consideramos que esta pesquisa trará novos elementos que poderão contribuir para melhores práticas profissionais, desejáveis e exigíveis, assim como desencadear futuras pesquisas, aprofundadas e direcionadas, que possam relacionar modelos específicos de intervenção com competências comunicativas, das gerações futuras de crianças que passamos a designar “Geração FBP”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C. (2005). "Uma escola "surda congénita"?". In *Encontro Internacional Educação Especial. Diferenciação do Conceito à Prática*. 61-72. Porto: Gailivro.
- Afonso, C. (2008). *Reflexões sobre a surdez. A Educação de Surdos*. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.
- Afonso, C. (2008). *Reflexões sobre a surdez. A Problemática Específica da Surdez*. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.
- Afonso, C. (2010). "Afiml é uma língua!... A importância dos Estudos dos linguistas". *Surdosnotícias*, 4, 4.
- Amado, J. (2014). (Coord.). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Almeida, I. (2000). Evolução das Teorias e Modelos de Intervenção Precoce – Caracterização de uma Prática de Qualidade. *Cadernos CEACF*, 15/16, 15-46.
- Almeida, I. (2004). *Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família?* Consultado em 24/02/2018, disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/130/pdf>.
- Amaral, M., Coutinho A. & Martins, M. (1994). *Para uma Gramática da Língua Gestual Portuguesa*. Lisboa: Caminho.
- Bairrão, J. (1994). Perspectiva Ecológica na Avaliação de Crianças com Necessidades Educativas Especiais e Suas Famílias – o Caso de Intervenção Precoce. *Inovação*, 7, 37-48.
- Bairrão, J. (2006). Mayday, Mayday. *Jornal de Letras*, 22 de novembro - 5 de dezembro, 2.
- Bess, F. & Humes, L. (1998). *Fundamentos de Audiologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Bloch, P. (2002). *Comunicação Oral – da Criança e do Adulto*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Boone, D. & Plante, H. (1994). *Comunicação Humana e Seus Distúrbios*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Cardona, M., Gomar, C., Palmés, C. & Sadurni, N. (2013). *Compreender a Perda Auditiva*. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, P. (2007). *Breve História dos Surdos – no Mundo e em Portugal*. Lisboa: Surd’Universo.
- Coelho, O. (2005). (Coord.). *Perscrutar e Escutar a Surdez*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.
- Coelho, O. (2010). (Org.) *Um Copo Vazio Está Cheio de Ar. Assim é a Surdez*. Porto: Livpsic.
- Conselho Nacional de Educação. Recomendação n.º 1/2014, CNE, Lisboa.
- Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional (2005). Assembleia da República.
- Correia, L. (2008). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais – Um Guia para Educadores e Professores*. Porto: Porto Editora.
- Costa, A., Souza, F. & Souza, D. (2015). *Investigação Qualitativa. Inovação, Dilemas e Desafios*. Aveiro: Ludomedia.
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro. Diário da República nº 193 – I Série. Lisboa: Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação.
- Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de janeiro. Diário da República nº 4 – I Série. Lisboa: Ministério da Educação.
- Decreto-Lei nº 89/99 de 5 de julho. Diário da República nº 154 – I Série. Lisboa: Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação. Consultado: em 28/03/2018, disponível em: <https://dre.pt/web/quest/pesquisa/-/search/145621/details/maximized>
- Direção Geral de Saúde. Consultado em 11/01/2018, disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia-snipi.aspx>
- Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (2009). *Educação Bilingue de Alunos Surdos. Manual de Apoio à Prática*. Lisboa: Cercica.
- European Agency for Development in Special Needs Education. (2005). *Early Childhood Intervention Analysis of Situations in Europe. Key Aspects na Recommendations*. Consultado em 02/02/2018, disponível em: www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood

- Felgueiras, I. (1997). Modelos de Intervenção Precoce em Crianças com Necessidades Educativas Especiais. *Cadernos CEACF*, 13/14, 23-28.
- Fernandes, E. (2003). *Linguagem e Surdez*. Porto Alegre: Artmed.
- Fromkin, V. & Rodman, R. (1993). *Introdução à Linguagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Gall, M., Gall, P., & Borg, W. (2003). *Educational Research: An Introduction*. 7ª ed. University of Oregon.
- Goldfeld, M. (2002). *A Criança Surda - Linguagem e Cognição numa Perspectiva Sociointeracionista*. São Paulo: Plexus.
- Guerra, I. (2008). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e Formas de Uso*. Cascais: Principia.
- Hill, A. & Hill, M. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Intervenção Precoce na Infância. Textos de Apoio e Outros Recursos. Consultado em: 14/02/2018, disponível em: <https://ausenda.wordpress.com/legislacao/>
- Katz, K. (1999). *Tratado de Audiologia Clínica*. São Paulo: Editora Manole Lda.
- Laborit, E. (2000). *O Grito da gaivota*. Lisboa: Caminho.
- Lacerda, C., Nakamura, H. & Lima, M. (2000). *Fonoaudiologia: Surdez e Abordagem Bilíngue*. São Paulo: Plexus.
- Lei de Bases do Sistema Educativo – Lei n.º 46/86 de 14 de outubro. Consultado em: 21/04/2018, disponível em: <http://www.cnedu.pt/content/noticias/CNE/Lei de Bases 86.pdf>
- Marchesi, A. (1995). *Comunicação, Linguagem e Pensamento das Crianças Surdas*. Em C. Coll Palácios, J. & Marchesi, A. (org.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meisels, J. & Shonkoff, S. (1990). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: University Press.
- Nunes, R. (1998). (Coord.). *Controvérsias na Reabilitação da Criança Surda*. Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Gabinete de Investigação de Bioética da Universidade Católica Portuguesa. Porto. Fundação Engenheiro António de Almeida.

- Pardal, L. & Lopes, E. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Projeto REDES. Recursos Educativos Digitais na Educação de Surdos. *Frequência Bilingue Precoce*. Consultado em: 25/02/2018, disponível em: <http://projetoedes.org/wp/?p=4782>
- Quadros, R. (1997). *Educação de Surdos – a Aquisição da Linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quadros, R. (2012). *Ser Bilingue Bimodal*. Consultado em 03/04/2018, disponível em: <http://www.porsinal.pt/index.php?ps=artigos&idt=artd&idart=106>
- Quadros, R.; Lillo-Martin, D. & Pichler D. (2013). *O que Bilingues Bimodais Têm a Nos Dizer Sobre Desenvolvimento Bilingue*. Consultado em 24/04/2018, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3890370/>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2017). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (7ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rego, T. (1999). *Vygotsky. Uma Perspectiva Histórico-cultural da Educação*. Petrópolis RJ: Editora Vozes.
- Rigolet, S. (2000). *Os Três P Precoce Progressivo Positivo – Comunicação e Linguagem para uma Plena Expressão*. Porto: Porto Editora.
- Rigolet, S. (2006). *Para uma Aquisição Precoce e Optimizada da Linguagem*. Porto: Porto Editora.
- Ruivo, J. & Almeida, I. (2002). *Contributos para o Estudo das Práticas de Intervenção Precoce em Portugal*. Lisboa. Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica.
- Santos, J. (2011). *A Terapia da Fala na Educação Bilingue de Alunos Surdos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da educação da Universidade do Porto, Porto.
- Serrano, A. (2007). *Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.
- Silva, I., Kauchakje, S. & Gesueli, Z. (2003). *Cidadania, Surdez e Linguagem. Desafios e Realidades*. São Paulo: Plexus editora.

- Silva, M. (2001). *A Construção de Sentidos na Escrita do Aluno Surdo*. São Paulo: Plexus Editora.
- Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Sim-Sim, I. (2005) (Org.). *A Criança Surda. Contributos para a sua Educação*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sim-Sim, I. (2006). *Avaliação da Linguagem Oral: Um Contributo Para o Conhecimento do Desenvolvimento Linguístico das Crianças Portuguesas*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Skliar, C. (1999). *Actualidade da Educação Bilingue para Surdos: Processos e Projectos Pedagógicos*. Porto Alegre: Mediação.
- Tegethof, I. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: Ideias dos Especialistas, dos Profissionais e das Famílias*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia do Desenvolvimento, não publicada. Porto. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Thurman, S. (1997). *Systems, ecologies and the contexts of early intervention*. In S. K. Thurman, J. R. Cornewell, & S. R. Gottwald (Eds.), *Contexts of early intervention: Systems and settings*. Baltimore: Paul H. Brooks.
- UNESCO (1994). *Declaração de Salamanca sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais*. Conferência Mundial de Educação Especial. Salamanca, Espanha.
- UNICEF (1959). *Declaração Universal dos Direitos da Criança*.
- Vygotsky, L. (1998). *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Zorzi, J. (2002). *A Intervenção Fonoaudiológica nas Alterações da Linguagem Infantil*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Zorzi, J. (1993). *Aquisição da linguagem Infantil*. São Paulo: Pancast.