

ABORDAGEM TEÓRICA ACERCA DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA EM PORTUGAL

THEORETICAL APPROACH OF HEARING IMPAIRMENT IN PORTUGAL

Anabela Cruz Santos¹

Resumo: Este artigo tem como objetivo apresentar uma caracterização geral da Deficiência Auditiva, tendo em vista o conceito, classificação, tipos e graus de Deficiência Auditiva. É igualmente explanado os sistemas de comunicação usados no apoio a crianças com esta problemática em Portugal. Foi realizada uma pesquisa da literatura de forma a fazer um levantamento dos sistemas preferenciais, efeitos positivos da identificação e intervenção precoce. É apresentada uma secção dedicada à aquisição da língua gestual portuguesa, seus efeitos em crianças em idade-pré-escolar, e práticas centradas na investigação tendo em conta a língua primária destas crianças. Os sistemas abordados pretendem contribuir para um maior conhecimento de investigadores, profissionais e pais.

Palavras-chave: Deficiência Auditiva, Língua Gestual Portuguesa, Educação da criança com perda auditiva

Abstract: This article aims to present a general characterization of hearing impairment, considering the concept, classification, types and degrees of hearing impairment and also explaining communication systems used to support children with this problem in Portugal. A review of the literature was performed in order to have a list of the preferential systems, positive effects of identification and early intervention. A section on the acquisition of Portuguese sign language, its effects on pre-school children, and research-centered practices is presented, taking into account the primary language of these children. The systems are intended to contribute to a better knowledge of researchers, professionals and parents.

Key words: Hearing Impairment, Portuguese Sign Language, Education of children with hearing loss

Introdução

O que sucede se uma criança com deficiência auditiva (DA) crescer num meio onde os seus pais não são gestuantes² e/ou não tem acesso a um grupo onde a língua gestual seja usada com frequência? São estas situações que levam a reflectir sobre o papel do meio na activação e desenvolvimento da linguagem. Ou seja, compreender como as crianças adquirem e desenvolvem a linguagem implica que nos debruçemos sobre a

¹ Professora do Departamento de Psicologia de Educação e Educação Especial, Instituto de Educação, Universidade do Minho. Email: anabelacruz@gmail.com

² Gestuante: o utilizador da língua gestual, correspondente ao falante da língua oral.

especificidade da informação linguística a que as mesmas têm acesso, isto é, o *input* linguístico que os pais e os pares lhes proporcionam. Sem tal *input* as crianças nunca falarão. Para que a programação genética para a linguagem seja activada, é necessário crescer imerso num ambiente linguístico, sendo a língua adquirida aquela a que a criança é exposta.

A DA afeta a aquisição e desenvolvimento da língua falada pela simples razão que o *input* auditivo não é recebido convenientemente (SIM-SIM, 1998). Tal não significa que a capacidade para a aquisição da linguagem não exista e que a criança não possa adquirir e desenvolver mestria linguística. A grande diferença está na modalidade de aquisição natural que, não sendo auditivo-vocal, assenta num sistema simbólico visual, isto é, uma língua gestual. Este texto de cariz teórico visa apresentar as diferentes concepções acerca da surdez, hipoacusia, conceitos, classificações e sistemas de comunicação para a deficiência auditiva tendo em conta os diferentes tipos e graus de severidade.

Deficiência auditiva: conceitos e classificação

É através dos órgãos dos sentidos que nos relacionamos com o mundo exterior. No caso particular da audição, temos a oportunidade de ter estímulos eminentemente emocionais, como a mãe que fala com o seu bebê e apenas através do tom de voz pode proporcionar-lhe bem-estar (RODRIGUES, 2000).

Mais tarde, após o aparecimento da linguagem, essa interação surge também, mas não unicamente, através do conteúdo da mensagem. A audição proporciona um conhecimento do mundo exterior através dos diversos sons, agradáveis, ameaçadores, rítmicos ou simplesmente identificadores. Proporciona, por último, no caso particular da espécie humana, a formação de um sistema superior de comunicação, a linguagem oral, que lhe abre as portas a um pensamento mais sistematizado ou até abstrato (RODRIGUES, 2000).

As perdas auditivas podem ser caracterizadas como deficiência auditiva (DA) ligeira, moderada, severa ou profunda. A DA ligeira caracteriza-se pela perda tonal média nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz for entre 21 dB e 40 dB, considera-se que existe uma deficiência auditiva ligeira. A voz normal é compreendida, mas isso dificilmente acontece com a voz ciciada ou a distância. Por DA moderada entende-se uma perda entre 41 dB e 70 dB. Nestes casos, é já necessário elevar a voz, e já se recorre

frequentemente à leitura labial. A DA severa situa-se entre os 70 e os 90 dB. A palavra é percebida com voz forte junto ao ouvido. Os ruídos intensos são percebidos. A DA profunda situa-se acima dos 90 dB. Já não há nenhuma percepção da palavra, e apenas ruídos muito intensos podem ser percebidos (RODRIGUES, 2000).

O estímulo sonoro vai entrar no canal auditivo externo, vai fazer vibrar a membrana timpânica, que, através dos ossículos do ouvido médio (martelo, bigorna e estribo), transmite essa energia mecânica a uma membrana cerca de 20 vezes menor e proporcionando dessa forma a amplificação do estímulo. É habitual dizer tratar-se de um efeito de alavanca. Na cóclea, essa energia mecânica é recebida e transformada em energia elétrica, sendo esta em seguida transmitida ao sistema nervoso central, onde é decodificada e interpretada (RODRIGUES, 2000).

É geralmente por mau funcionamento da cóclea que surgem os graus mais acentuados de DA. Esta resultante do atingimento das células sensoriais da cóclea é denominada DA neurossensorial (MIGUEIS, 1994, citado por RODRIGUES, 2000). A DA que resulta de um impedimento de transmissão do som na membrana timpânica (ou qualquer outro local anterior à cóclea) é denominada DA de transmissão. Esta última é geralmente mais facilmente tratável e mais leve do que a anterior.

Segundo Pinho e Melo (1984, citado por RODRIGUES, 2000), numa DA neurossensorial, um diagnóstico precoce é condição fundamental para uma reabilitação eficaz. É que o desenvolvimento da audição e a aquisição da linguagem têm um período crítico que não pode ser ultrapassado.

Rastreo da Audição

Pela extrema importância da deteção precoce da DA, vale a pena discutir quais os meios através dos quais se poderá realizar a avaliação auditiva no recém-nascido, e em que casos é que deve proceder-se a tal avaliação.

Podemos destacar os seguintes métodos de deteção:

- Testes comportamentais: Nos anos 1950-60 a avaliação da audição em numerosos centros baseava-se nos testes comportamentais, avaliando-se até aos 6-7 meses os reflexos incondicionados, isto é, aqueles que surgem espontaneamente sem requerer qualquer aprendizagem. Para crianças com menos de 6 meses de idade, o teste consiste na observação da reação da criança em sono pouco profundo, produzindo-se um som a 70-80 dB durante 2

segundos, e verificando-se se existe abertura dos olhos, encerramento forçado das pálpebras, e verificando-se se existe abertura dos olhos, encerramento forçado das pálpebras, algum movimento, o acordar, ou até um sobressalto, nos 3 segundos que se seguem à emissão do estímulo (RUAH, 1999, citado por RODRIGUES, 2000). O teste é repetido 2 vezes, devendo haver confirmação dos resultados.

Se houver apenas uma resposta positiva, aumenta-se a intensidade do som para 90-100 dB. Este teste tem algumas características muito interessantes, como ser rápido, barato, não necessitar de equipamento sofisticado e ser realizável em qualquer local sem ruído excessivo. No entanto, a sua sensibilidade e especificidade são altamente variáveis em diferentes estudos, o que o torna menos credível (FEIMESSES & MCCORMICK, 1997, citado por RODRIGUES, 2000). Não se pode ter grande certeza na ausência de audição, no caso de a criança ter ausência de resposta à estimulação, nem afirmar que a criança ouve bem se tiver havido qualquer reação que possa ser entendida como uma resposta (RODRIGUES, 2000).

- Rastreo por reflexos acústicos: Um som com uma intensidade de 70 dB acima do limiar auditivo provoca uma contração reflexa de um pequeníssimo músculo do ouvido médio (músculo do estribo), que protege a cóclea de ruídos muito intensos que a podem deteriorar (RODRIGUES, 2000). Surgiram aparelhos capazes de detetar esta contração e assim avaliar objetivamente a audição, mediante a emissão dum estímulo intenso com a frequência de 220 Hz. São leves, portáteis e fáceis de manusear em qualquer local. Verificou-se que, se a frequência do som emitido fosse de 660 Hz e não da frequência habitualmente utilizada, poderia ser um instrumento interessante pelos resultados obtidos. Se o estímulo obtido fosse de 800 Hz obter-se-iam mesmo reflexos em 100% dos indivíduos normais (BENETT, 1979, citado por RODRIGUES, 2000). Ora, como é frequente haver este tipo de DA em latentes sem que isso tenha significado clínico, surge então um número excessivamente elevado de falsos positivos (RODRIGUES, 2000).
- Potenciais Evocados Auditivos do Tronco Cerebral (PEATC): Como teste de rastreo da audição no latente é extremamente válido e fiável. Permite verificar a existência de audição no latente mesmo na presença de outras patologias

associadas, o que sucede com alguma frequência em crianças provenientes de Unidades de Cuidados Intensivos (RODRIGUES, 2000). Este exame consiste no registo computadorizado do sinal elétrico amplificado transmitindo a eléctrodos colocados na cabeça da criança que, imóvel, é submetida à estimulação sonora. No *écran* do computador surgem então ondas que correspondem ao avanço do sinal elétrico desde o nervo auditivo até regiões localizadas na profundidade do cérebro (RODRIGUES, 2000). Através da análise da morfologia, amplitude e principalmente da latência das ondas, podemos concluir se a criança ouve e, no caso de haver aumento de latência (o que indicará DA), se essa DA é de transmissão (localizada no ouvido médio) ou neurossensorial. Mais ainda, neste último caso determinar se essa DA se situa na cóclea (DA coclear) ou em estruturas cerebrais (DA retrococlear). No caso da ausência total de resposta, haverá então uma DA profunda ou cofose (RODRIGUES, 2000). As ondas são numeradas de I a V, sendo esta última a mais importante, já que é a última a desaparecer quando se diminui o estímulo sonoro (HENRIQUES, 1999, citado por RODRIGUES, 2000).

- Otoemissões acústicas: Trata-se de sons captáveis no canal auditivo externo e gerados por algumas células especializadas da cóclea (células ciliadas externas). Estes sons, emissões cocleares, são gerados como um subproduto da atividade biomecânica da cóclea, podendo ser espontâneos ou provocados (evocados). Surgem espontaneamente apenas em 40-60% dos ouvidos normais, não tendo por isso grande importância clínica na criança (BELLMAN, 1997, citado por RODRIGUES, 2000). Pelo contrário, as otoemissões acústicas provocadas são mensuráveis em praticamente todos os sistemas auditivos periféricos com função normal (RODRIGUES, 2000). Existem dois tipos de métodos de medida correntemente usados na clínica: as otoemissões dos produtos de distorção e as otoemissões acústicas transitórias (MADEIRA DA SILVA, 1991 & RIO TINTO, 1998, citado por RODRIGUES, 2000).

Próteses Auditivas

A educação da criança com DA passa, quando possível, pelo uso de próteses auditivas o mais precocemente possível. A avaliação diagnóstica deve estar completa aos 6 meses de idade, altura em que a reabilitação deve estar iniciada em termos globais e multidisciplinares (RODRIGUES, 2000).

Em primeiro lugar a criança tem de ser vista por um médico otorrino, para que lhe seja fornecida a autorização médica para a prótese auditiva. De seguida, o audiologista realiza uma avaliação contínua para encontrar o tipo de prótese auditiva adequada para cada criança (RADZIEWICZ & ANTONELLIS, 2002).

Uma criança com DA deve ter um planeamento audiológico adequado para ser bem-sucedida a nível educacional, psicológico e social (RADZIEWICZ & ANTONELLIS, 2002). Como, por exemplo, uma criança com uma DA neuro-sensorial recém-diagnosticada deve realizar audiogramas cada 3 meses no primeiro ano, cada 6 meses durante os anos pré-escolares, e pelo menos uma vez por ano até aos 15-16 anos (TOMASKI, 1999, citado por RODRIGUES, 2000).

As próteses auditivas são colocadas externamente na orelha do canal auditivo e são recomendadas a pessoas com perda ligeira, moderada, severa e profunda.

Um aparelho auditivo é um amplificador electrónico que tem três componentes principais: um microfone, um amplificador e um altifalante (STACH, 1998, citado por RADZIEWICZ & ANTONELLIS, 2002). São alimentados por uma bateria.

Existem vários tipos de aparelhos auditivos:

- Retroauricular (BTE) – este tipo de prótese repousa sobre e por trás do pavilhão auricular e tem uma ligação de plástico entre o aparelho e o canal auditivo. Ainda fornece flexibilidade nas opções dos circuitos e de controlo.
- Intra-canal (ITC) – o mais popular na década de 90. É colocado no canal auditivo externo, sendo confortável e fácil de usar. Ligeiramente maiores do que os modelos de Intra Canal Profundo, usam pilhas de maior durabilidade e integram outros componentes, como microfones direccionais para melhor percepção em ambientes com ruído. A tecnologia moderna e a miniaturização possibilitaram mais energia num espaço pequeno. Este tipo de aparelho auditivo armazena todos os componentes numa concha. É utilizado para corrigir desde perdas ligeiras até perdas profundas. Este aparelho auditivo é, muitas vezes, escolhido por razões estéticas. Nem sempre são a melhor escolha para crianças pequenas, pois as orelhas crescem rapidamente e são necessárias alterações frequentemente.

- Intra Canal Profundo – é o modelo mais pequeno. Encaixam totalmente dentro do canal auditivo e estão indicados para perdas de audição ligeira a moderada. São praticamente invisíveis quando colocados.

Em relação à forma como é amplificado o som, há presentemente dois tipos de próteses auditivas: as analógicas e as digitais. Chamam-se analógicas porque transformam uma forma de energia, a sonora, num outro tipo de energia, a eléctrica (e vice-versa) de forma direta. As digitais são de divulgação mais recente (1996) e codificam o sinal sonoro num código digital, numérico, que nada se assemelha ao som que lhe deu origem (NUNES, 1999, citado por RODRIGUES, 2000). Este código é em seguida processado por forma a obter uma amplificação que possa ser mais confortável, ou melhor, dentro de objetivos que sejam previamente estabelecidos. Teoricamente funcionam melhor, possibilitando uma melhor relação sinal/ruído, ocupam menos espaço, são mais fiáveis e poderiam ser mais baratas, já que a qualidade dos componentes electrónicos num sistema digital é menos importante do que num sistema analógico. No entanto, neste momento, ainda não são na prática e globalmente superiores às analógicas (RODRIGUES, 2000).

Implantes Cocleares

Para algumas crianças com perda neuro-sensorial severa e profunda, o ouvido interno é significativamente danificado, não transmitindo de forma eficaz a informação sonora para o cérebro. Assim, as próteses auditivas têm um benefício limitado. Estas crianças poderão ser boas candidatas aos implantes cocleares. Os primeiros relatos acerca desta tecnologia não foram promissores; os resultados mais encorajadores foram que os sinais da fala foram percebidos como discurso, mas não eram inteligíveis. Com a evolução da pesquisa e com a melhoria do processamento de sinal, começaram a surgir relatos de pacientes positivos – habilidade de reconhecimento do discurso à superfície (RADZIEWICZ & ANTONELLIS, 2002).

O implante coclear é um aparelho que oferece informação sonora a indivíduos com perda auditiva profunda bilateral, com o objetivo de ajudar na sua comunicação. O implante exerce a sua função através de estimulação eléctrica direta das fibras do nervo auditivo por eléctrodos em pacientes onde o ouvido interno está danificado. O implante tem dois componentes, um interno, composto por um grupo e eléctrodos e um aparelho

recetor e um externo composto por um microfone, processador da fala, um codificador e um transmissor. A comunicação entre os componentes externos e interno é realizado através de ondas de rádio FM transmitida pela pele intacta (pericutâneo). Neste último existe um íma no componente interno para ficar o componente externo acima dele.

Os implantes cocleares fornecem sensações auditivas ao estimular electricamente as fibras nervosas residuais nos ouvidos dos indivíduos com deficiência auditiva profunda, e a função mais importante é fornecer algum nível de reconhecimento do discurso ao seu usuário. Vários modelos estão disponíveis para executar a tarefa de reproduzir os sinais da fala em estímulos elétricos (TARTTER, HELLMAN & CHUTE, 1992, citado por RADZIEWICZ & ANTONELLIS, 2002). STACH (1997, citado por RADZIEWICZ & ANTONELLIS, 2002) afirma que as estratégias para os implantes cocleares são numerosas e complexas, mas são todas baseadas na extracção da intensidade da frequência e estímulos temporais a partir dos sinais de fala e traduzindo-os para o conjunto de eléctrodos de um modo que possa ser processado eficazmente pelos neurónios residuais do nervo auditivo.

Língua gestual portuguesa

Por língua gestual entende-se um sistema linguístico, língua natural na comunidade de deficientes auditivos, constituído pela combinação de gestos simbólicos, materializados em movimentos realizados com as mãos, os braços, a face e o corpo e percebidos visualmente (SIM-SIM, 2005). É usada não apenas pela comunidade com DA, mas também por toda a comunidade envolvente, como familiares de indivíduos com DA, educadores, professores, técnicos, entre outros.

A língua gestual, como a língua falada, evolui através dos tempos e partilha com a língua oral um número significativo de características. Contudo, duas grandes diferenças as separam: a produção manual-motora, em contraste com a produção fonológica, e à receção visual, em contraposição à receção auditiva.

Tal como os sons da fala se distinguem pelo ponto de articulação e pelo modo como a passagem do ar se realiza através dos órgãos fonadores, os gestos têm como organizadores as configurações e a orientação da mão e o local de realização do gesto (AMARAL ET AL., 1994).

Para além dos gestos codificados, a língua gestual recorre também ao alfabeto manual que permite a soletração gestual da palavra escrita. Através do alfabeto manual é

possível o acesso a palavras da língua oral não traduzidas em gesto (e.g. nomes próprios), sendo, também, a porta de entrada para a linguagem escrita.

Como todas as línguas, a língua gestual, para além das palavras, tem a sua sintaxe, a organização e a sequencialidade dos gestos no espaço e no tempo da sua realização: (1) uma frase afirmativa, realizada com expressão facial neutra, pode tornar-se interrogativa pela expressão facial (levantamento das sobrancelhas como ligeiro movimento da cabeça para a frente); (2) o tempo verbal é marcado por um gesto que acompanha “o verbo” e lhe atribui o presente, o passado, o futuro; (3) ainda se pode referir à não-marcação do género gramatical (masculino ou feminino), exceto para os seres animados em que o gesto de “homem” e “mulher” precede a “palavra” (MARTINS, 1991).

Na realização da Língua Gestual Portuguesa (LGP), o indivíduo terá de ter sempre uma mão dominante (habitualmente a direita), cujo desempenho pode variar do da mão dominante (tipicamente a esquerda).

Em consequência deste enquadramento científico, a LGP foi reconhecida pela Constituição da República, em 1997, numa altura em que apenas cinco países do mundo inteiro o tinham feito. Pode ser consultado nos termos da alínea h) do n.º 2 do artigo 74.º da Constituição da República Portuguesa, “na realização da política de ensino incumbe ao Estado (...) proteger e valorizar a língua gestual portuguesa, enquanto expressão cultural e instrumento de acesso à educação e da igualdade de oportunidades”. Assim sendo, a Língua Gestual Portuguesa passou a ser uma das línguas oficiais de Portugal, junto com a Língua Portuguesa .

A legislação que regula a LGP em Portugal é o Decreto-Lei n.º 3/2008. Este é o normativo que define apoios especializados para crianças e jovens com necessidades educativas especiais permanentes.

Existem em Portugal cerca de 30.000 pessoas com DA (Associação Portuguesa de Surdos) falantes nativos de LGP. A sua inserção na sociedade depende não apenas de um sistema de saúde universal e equitativo – que proporcione os métodos mais eficazes de tratamento – mas, igualmente, do apoio educativo necessário à plena realização do indivíduo com DA (MARTIN, 1991, citado por RODRIGUES, 2000).

A LGP e a Língua Portuguesa (LP) são duas línguas distintas e com diferentes funções práticas para o aluno português com DA. A LGP é, normalmente, a língua de aquisição natural, usada para comunicar com os parceiros com DA, para se desenvolver social e emocionalmente e, tanto quanto possível, para adquirir informação sobre o real.

A função primordial do uso da LP é o acesso à informação através da vertente escrita (via leitura e escrita), embora a mestria da leitura labial³ deva também fazer parte do currículos escolar destes alunos (SIM-SIM, 1998).

Em Portugal, as crianças com DA podem optar pela via oralista em escolas regulares da área de residência ou pela via bilíngue em escolas de referência para a educação bilíngue de alunos com DA (GOMES, 2010). O Despacho n.º 7520/98 veio estabelecer, em 1998, a criação das Unidades de Apoio a Alunos Surdos (UAAS), passando a assumir-se oficialmente uma educação bilíngue para os indivíduos com DA. Os formadores de LGP, até então formados pela Associação Portuguesa de Surdos e, a partir desta altura, formados também pela Associação de Surdos do Porto, passaram a ser formalmente incluídos nas equipas de UAAS de todo o país. A sua designação mudou com a publicação do Decreto-Lei 3/2008, de 7 de janeiro. Agora, estas escolas de referência são ex-unidades, abertas em 1998, de apoio à educação de alunos com DA. O objetivo da mudança foi reduzir o número de unidades, de modo a aumentar a concentração dos alunos com DA e assim favorecer o ensino bilíngue (GOMES, 2010).

A educação bilíngue para indivíduos com DA é, no entanto, “[...] algo mais do que o domínio, em algum nível, de duas línguas” (SKLIAR, 1999, citado por GOMES, 2010). O objetivo inicial da educação bilíngue foi o do reconhecimento político da DA como diferença, afirmando-se, desse modo, como alternativa ao oralismo e à comunicação total, abordagens ancoradas numa perspetiva do indivíduo com deficiência auditiva como um indivíduo com dificuldades. Este modelo propõe-se dar à criança com DA não só as mesmas possibilidades psicolinguísticas da criança ouvinte, como também levá-la a criar uma identidade bicultural, isto é, a desenvolver as suas potencialidades dentro da cultura das pessoas com DA e aproximar-se, através dela, da cultura ouvinte (SKLIAR, 1997, citado por GOMES, 2010).

Comentários finais

O desenvolvimento linguístico torna-se cada vez menos universal para tomar características ambientais, ou seja, ao primeiro ano de vida as crianças com desenvolvimento normal adquirem, sensivelmente, as mesmas competências e ao mesmo tempo, o que justifica o facto de a descrição de desenvolvimento pré-linguístico ser

³ Leitura labial: metodologia usada, essencialmente pelos surdos, para identificarem através do movimento dos lábios e dos músculos da face o que o falante está a dizer.

bastante normativa. Ao segundo ano de vida, o desenvolvimento continua a ser bastante universal, no entanto, pouco a pouco, a influência do meio ambiente ganha cada vez mais importância e a criança necessita, cada vez mais, de estimulação externa para desenvolver ao máximo as suas potencialidades. Tanto a quantidade como a qualidade da estimulação a que está sujeita influenciarão, de forma determinante, a aprendizagem da linguagem da criança. A variedade das situações linguísticas onde se verá integrada, facilitará a capacidade de adaptação (em compreensão e expressão) da criança em constante evolução (RIGOLET, 2006).

A criança com DA, tal como a criança ouvinte, herda a capacidade para adquirir e desenvolver linguagem. Contudo, a visão é o canal preferencial de acesso e o sistema linguístico adquirido, natural e espontaneamente, é uma língua gestual. Tal como em cada criança ouvinte, a universalidade materializa-se, sendo os marcos e as etapas do desenvolvimento idênticas à aquisição e desenvolvimento da linguagem oral, bastando que a exposição à língua seja precoce e que aqueles que interagem com a criança tenham a língua gestual como primeira língua (SIM-SIM, 2005).

Pela sua importância no desenvolvimento linguístico e comunicativo da criança e pela sua influência direta e indireta nas restantes áreas do desenvolvimento, uma identificação e intervenção precoces serão optimizadoras e preventivas de futuros insucessos (WEISMER & EVANS, 2002).

Pode-se concluir que é importante agir/intervir na exposição das crianças aos diversos vocábulos nas duas línguas para que estas possam escolher qual é o mais significativo para elas. Uma vez que a aquisição e o desenvolvimento do vocabulário dependem de todas as componentes da linguagem e a semântica é uma área de pré-requisito e de desenvolvimento da linguagem.

Uma maior compreensão e divulgação de estudos nesta área possibilita um maior conhecimento dos profissionais e investigadores na deteção precoce de situações de risco e/ou atrasos de linguagem. É necessário que os profissionais ajam o mais precocemente.

Referências

AMARAL, M. A.; COUTINHO, A.; DELGADO-MARTINS, M. R. **Para uma gramática da Língua Gestual Portuguesa**. Lisboa: Caminho, 1995.

ANDRADE, F. **Perturbações da linguagem na criança: análise e caracterização**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

ATHAYDE, M. L.; CARVALHO, Q.; MOTA, H. B. Vocabulário expressivo de crianças com diferentes níveis de gravidade de desvio fonológico. **Revista CEFAC**, v. 11, supl. 2, p. 161-168, 2009.

BAPTISTA, M. S. Alunos Surdos: Aquisição da língua gestual e ensino da língua portuguesa. **Revista EXEDRA**, 9, p. 197-207, 2010.

BEFI-LOPES, D.; PUGLISI, M.; RODRIGUES, A.; GIUSTI, E.; GÂNDARA, J.; ARAÚJO, K. Perfil comunicativo de crianças com alterações específicas no desenvolvimento da linguagem: caracterização longitudinal das habilidades pragmáticas. **Rev Soc Bras Fonoaudiologia**, v. 12, n. 4, p. 265-73, 2007.

BRANCALIONI, A.; MARINI, C.; CARVALHEIRO, L. G.; KESKE-SOARES, M. Desempenho em prova de vocabulário de crianças com desvio fonológico e com desenvolvimento fonológico formal. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 3, p. 428-436, 2011.

CORREIA, L. M. **Inclusão e necessidades educativas especiais**: um guia para educadores e professores. Porto: Porto Editora, 2008.

CRYSTAL, D. **Dicionário de Linguística e Fonética**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

DECRETO-LEI 3/08, de 7 de Janeiro.

GOMES, M. C. F. O panorama atual da educação de surdos. Na senda de uma educação bilíngue. **Revista EXEDRA**, n. 3, p. 59-74, 2010.

HAGE, S. R. V.; PEREIRA, M. B. Desempenho de crianças com desenvolvimento típico de linguagem em prova de vocabulário expressivo. **Revista CEFAC**, Out-Dez, v. 8, n. 4, p. 419-428, 2006.

LIMA, E. R. S.; CRUZ-SANTOS, A. Aquisição dos gestos na comunicação pré-linguística: uma abordagem teórica. **Rev Soc Bras Fonoaudiologia**, v. 17, n. 4, p. 495-501, 2012.

MAGALHÃES, J. Revisão Constitucional e Língua Gestual Portuguesa. **III Seminário sobre reabilitação da criança surda**. Porto: Fundação Eng. António de Almeida, 1999.

MOURA, M. C.; LODI, A. C.; HARRISON, K. M. A História e Educação: o surdo, a oralidade e o uso de sinais. In: Lopes Filho, O.C. (Ed.). **O Tratado de Fonoaudiologia**. p. 341-364. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2015.

PEREIRA, R. C.. Surdez: **Aquisição de linguagem e inclusão social**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

RIGOLET, S. A. **Para uma aquisição precoce e otimizada da linguagem**. Porto: Porto Editora, 2006.

RODRIGUES, D. Educação especial e inclusiva em Portugal: factos e opções. **Revista Educação Inclusiva**, v. 3, n. 1. p. 97-109, 2010.

SIM-SIM, I. **Desenvolvimento da linguagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

SIM-SIM, I. **A criança surda**: contributos para a sua educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

WEISMER, S. E.; EVANS, J. L. The role of processing limitations in early identification of specific language impairment. **Topics in Language Disorders**, v. 22, n. 3, p. 15-29, 2002.