

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

CARLOS EDUARDO FREDERICO

***O DOMÍNIO DE ATIVIDADES DE VIDA AUTÔNOMA E SOCIAL
REFERENTES À ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS SURDOCEGAS
COM FISSURA LÁBIO PALATAL***

SÃO PAULO

2006

CARLOS EDUARDO FREDERICO

***O DOMÍNIO DE ATIVIDADES DE VIDA AUTÔNOMA E SOCIAL
REFERENTES À ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS SURDOCEGAS
COM FISSURA LÁBIO PALATAL***

Dissertação de mestrado apresentada à
Universidade Presbiteriana Mackenzie
para obtenção parcial do título de Mestre
em Distúrbios do Desenvolvimento.

Orientadora: Doutora Elcie Fortes Salzano
Masini

SÃO PAULO

2006

CARLOS EDUARDO FREDERICO

**O DOMÍNIO DE ATIVIDADES DE VIDA AUTÔNOMA E SOCIAL
REFERENTES À ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS SURDOCEGAS
COM FISSURA LÁBIO PALATAL**

Dissertação de mestrado apresentada à
Universidade Presbiteriana Mackenzie para
obtenção parcial do título de Mestre
em Distúrbios do Desenvolvimento.

Aprovada em Agosto de 2006

BANCA EXAMINADORA

A todos os educadores, famílias e surdocegos do Brasil que lutam por essa causa e acreditam no potencial do surdocego.

A minha família e meus amigos, que compartilharam esses momentos.

AGRADECIMENTOS

- Aos meus pais: Arthur Frederico (in memorian) e Iolanda Frederico (in memorian) que sempre me incentivaram para a busca de novos ideais e que estes fossem obtidos com muita dignidade e confiança.
- Ao meu companheiro de sempre Giu.
- A minha grande amiga e mestra, Maria Doraci Nitz, pelo incentivo e amizade nesses momentos.
- A minha amiga e irmã, Denise Matos, que sempre me auxiliou nessa caminhada.
- A Maria Inês Petersen, obrigado por todas as conversas e discussões que inspiraram esse trabalho.
- A todos os profissionais, familiares e alunos do Setor do Surdocego (CENTRAU).
- Aos amigos e companheiros de estrada para manter um ideal – Anapaula, Carmelita, Irene, Ivonete, Juliana, Luzia, Mara Eli, Márcia, Maria Angélica, Marilene e Regina.
- A professora e doutora Elcie Fortes Salzano Masini que, com muito afeto e paciência conduziu-me neste trabalho científico.
- E principalmente a Deus, pela oportunidade de atingir mais esse objetivo.

“Se cada um conhecesse a língua de sinais,
a surdez não seria um defeito...
Se permitir ser tocado e tocar as pessoas
e se isso for aceito,
a pessoa surdocega se sentiria mais aceita
e segura entre muita gente”.

Pickko Virtanem (surdocego finlandês)

RESUMO

Essa pesquisa consiste no depoimento de mães e professores sobre o domínio de atividades de vida autônoma e social referentes à alimentação de crianças surdocegas com fissura lábio palatal. A presente pesquisa fundamentou-se em estudos sobre a história da surdocegueira, seus principais aspectos, etiologias, a importância da comunicação e linguagem do surdocego, os modelos curriculares básicos que possam ser facilitadoras para a aprendizagem do surdocego em relação às suas atividades de vida autônoma e social, bem como para identificar como se estrutura a comunicação na organização das atividades de vida autônoma e social desta criança referentes a alimentação, buscando seu desenvolvimento pessoal e social, tendo em vista a sua independência e convivência social. Teve como objetivo analisar a intervenção da família e dos professores na aquisição dos hábitos alimentares e mostrar a importância dessa aquisição à família e sociedade. Para alcançar esses objetivos foi realizada a coleta de dados no setor do surdocego (CENTRAU) em Curitiba, por meio de entrevistas com mães e professores sobre as formas de como ocorre a alimentação dessas crianças. Buscou-se analisar o significado da amamentação e a relação da alimentação com a família e escola considerando sua influência cultural, social, psíquica e biológica no decorrer da vida do surdocego. O processo de análise ocorreu em três etapas: 1) leitura e releitura do material registrado, referentes às entrevistas; 2) organização dos dados em quadros referentes às respostas das mães e professores; 3) reflexão sobre os itens analisados nas duas etapas anteriores. A análise mostrou a falta de informações recebidas pelas mães após o nascimento da criança pelos profissionais da área médica, a falta de estímulos recebidos de forma adequada por esta criança, a falta de informações dos professores sobre esta criança sobre aquilo que poderia facilitar sua aprendizagem.

Palavras – chave: surdocegueira, alimentação, atividades de vida autônoma e social, fissura lábio palatal.

ABSTRACT

The focus of this search has been upon the statements of mothers and teachers about how deafblind children with cleft-palate behave in daily life. The present search is based in studies about the history of deafblind education, its principal aspects the etiology, the importance of communication and language for people who are deafblind, the basics curriculums that are able to improving their skills in the daily life area, as well as, in order to identify how is possible, to structure the communication to be structured in daily activities involving the feeding, trying to develope independency and social interactions. This search had the main to analyse the intervention of family and teachers in how the child acquires feeding habits (to be able to feed himself independently) and to show how important is this acquisition to family and society. To achieve there objectives data was collected in DEAFBLIND DEPARTMENT-(CENTRAU) Curitiba by interview with mothers and teachers, involving the ways that the children were able to feed himself and how this process is done with these activitys. Studing of facts, the nursing, and this connection about feeding, family and school, taking into account the relation the feeding influency in cultural, social, psychic and biologic during deafblind life .The process of investigation happened in three steps:1-Resourch in records, in rate-book and from interviews.2-Organization of reports from mothers and teachers.3-Reflection about the information achieved in the first two steps. The study of facts showed that mothers received too little information from medical professionals, after the birth, and the child did not get appropriate stimulus, as well and that the

teachers did not receive adequate information about the child that could be used to improve the learning of child.

KEY-WORD: deafblindnes, feeding, daily life.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	
ANTECEDENTES	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 SURDOCEGUEIRA	14
2.1 HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO DO SURDOCEGO NO BRASIL.....	14
2.2 DADOS REGISTRADOS SOBRE A HISTÓRIA DA SURDOCEGUEIRA.....	17
2.3 TERMINOLOGIA.....	20
2.4 CONCEITOS DE SURDOCEGUEIRA.....	21
2.5 ETIOLOGIA DA SURDOCEGUEIRA.....	22
2.6 FISSURA LÁBIO PALATAL NO SURDOCEGO.....	26
3 LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO DO SURDOCEGO	28
3.1 IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO.....	28
3.2 LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO DO SURDOCEGO.....	30
3.3 SISTEMAS ALTERNATIVOS DE COMUNICAÇÃO PARA O SURDOCEGO.....	36
3.3.1 Tadoma.....	36
3.3.2 Sistema Braille.....	37
3.3.3 Alfabeto dactilológico.....	38
3.3.4 Língua de sinais.....	39

3.3.5 Escrita ampliada.....	40
3.3.6 Sistema Braille digital.....	40
3.3.7 Escrita alfabética na palma da mão.....	41
3.3.8 Língua oral amplificada.....	41
3.3.9 Objetos de referência.....	42
3.4 ABORDAGEM CURRICULAR.....	42
3.4.1 Modelo desenvolvimentista.....	45
3.4.2 Modelo Funcional.....	47
3.4.3 Aspectos dos Modelos Curriculares: Desenvolvimentista e Funcional.....	51
3.4.3.1 Modelo Desenvolvimentista.....	51
3.4.3.2 Modelo Funcional.....	51
3.4.3.3 Aspectos do Desenvolvimento nos Modelos Curriculares	52
3.4.3.4 Benefícios dos Modelos Curriculares.....	52
3.4.3.5 Limitações dos Modelos Curriculares.....	53
4 ATIVIDADES DE VIDA AUTONOMA E SOCIAL.....	54
4.1 ATIVIDADES DE VIDA AUTÔNOMA E SOCIAL.....	54
4.2 ALIMENTAÇÃO.....	61
4.2.1 Significado da amamentação.....	61
4.2.2 Alimentação materna.....	65
4.2.3 Alimentação, família e escola.....	73
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	75
5.1 SUJEITOS DA PESQUISA.....	76
5.2 COLETA DE DADOS.....	76
5.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	76
5.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DE MÃES E PROFESSORES.....	78
6 REFLEXÃO SOBRE OS ITENS DAS RESPOSTAS DAS MÃES.....	81
7 REFLEXÃO SOBRE OS ITENS DAS RESPOSTAS DOS PROFESSORES.....	86
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS.....	95
ANEXOS.....	102

LISTA DE SIGLAS

ABEDEV – Associação Brasileira de Educadores de Deficientes Visuais

ADEFAV - Associação para Deficientes de Áudio-Visão

ABRASC – Associação Brasileira de Surdocegos

ABRASPACEM – Associação Brasileira de Pais e Amigos dos Surdocegos e Múltiplos Deficientes Sensoriais

CENTRAU – Centro de Reabilitação Auditiva

CRAID – Centro Regional de Atendimento Integrado ao deficiente

ERDAV – Escola Residencial para Deficientes Auditivos e Visuais

EUA – Estados Unidos da América

FENASCOL – Federação Nacional de Surdos Colombianos

FUMAS – Fundação Municipal Anne Sullivan

LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais

ONCE – Organização Nacional de Cegos da Espanha

PC – Paralisia Cerebral

POSCAL – Organização de Pessoas Surdocegas da América Latina

SEADAV – Serviço de Atendimento ao Deficiente Áudio-Visual

SEDAV – Setor de Educação de Deficientes Audiovisuais

SHIA - Organização Nacional da Suécia

ULAC – União Latino Americana de Cegos

ANTECEDENTES

Há cerca de quinze anos atuo na área de Reabilitação e Educação Especial. Tenho vivenciado, neste íterim, o desenvolvimento da educação voltada a esta parcela minoritária da população, aqueles que apresentam algum tipo de deficiência. A experiência tem revelado que, desde os últimos anos do Século XX, essa minoria não mede esforços para sair do anonimato e, assim, incluir-se no mundo do trabalho, garantindo seu espaço na sociedade com uma melhor qualidade de vida.

Por atuar junto a deficientes tenho presenciado nesses indivíduos, um esforço maior para sair da obscuridade e um movimento em busca de formação através dos recursos educacionais disponíveis.

Iniciei minha carreira atuando junto aos paralisados cerebrais (PCs), no Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente, Centro Especializado no Atendimento a Deficientes Motores, em Curitiba, no qual havia a procura de atendimento para indivíduos com Múltiplas Deficiências.

Atuo como professor do ensino Fundamental e Médio, ministrando aulas nas disciplinas de Ciências e Biologia, no ensino regular, para surdos, no Instituto de Educação do Paraná Professor Erasmo Pilotto em Curitiba.

No íterim da minha atuação nesta escola surgiram, nesses grupos, alunos com deficiências múltiplas sensoriais. Como resultante da inserção desta nova categoria de alunos especiais, temos observado o aumento gradual e progressivo dessa população em busca de recursos educacionais e não somente reabilitadores.

No afã de novos conhecimentos para atuar junto a essa clientela, conheci o Setor do Surdocego, responsável pelo atendimento ao indivíduo com

Deficiências Múltiplas Sensoriais, vinculada à escola CENTRAU (Centro de Reabilitação Auditiva).

Ao fazer um estágio, neste setor, pude perceber a carência de profissionais preparados para atuar junto a essa clientela, bem como a falta de preparo das escolas regulares e especiais para receberem esses alunos. Alunos esses, por vezes, egressos de escolas especializadas para deficientes mentais.

Nos estudos a respeito dessa clientela tenho buscado aperfeiçoar os recursos pedagógicos e metodológicos de que disponho, a fim de compreender o aprendizado do indivíduo surdocego e como ele se dá.

Ser graduado em Fisioterapia, Biologia, além de Especialista em Educação Especial, aguçou meu interesse pelo estudo mais refinado e específico de como se dá a aprendizagem do surdocego por meios de Atividades de Vida Autônoma e Social.

Nas atividades de vida autônoma e social desenvolvidas junto a professores e reabilitadores nota-se que, no Brasil, há poucos estudos e investimentos em pesquisas que contemplem esta área, em especial, resultando em pouca literatura disponível na academia e no mercado livreiro.

Assim, tenho buscado referências teóricas para subsidiar a minha prática profissional e meus questionamentos a respeito do currículo e do modelo desse tema, pois a bibliografia especializada não tem respondido às questões e demandas resultantes das atividades profissionais, minhas e dos colegas que atuam nessa área específica do conhecimento humano.

A partir dessa reflexão defini, como tema de minha pesquisa de mestrado: O Domínio de Atividades de Vida Autônoma e Social Referentes à Alimentação de Crianças Surdocegas com Fissura Lábio Palatal.

1 INTRODUÇÃO

O início do Século XXI vem sendo marcado por processos e movimentos que acolhem diferenciadas atitudes de inclusão na sociedade. Por sua vez a deficiência, em seus diferentes aspectos, vem se constituindo em objeto de estudo de diversos segmentos da sociedade, incluindo políticas de Governo, na preocupação de se ter, ou mesmo criar, programas e serviços que possam atender às necessidades específicas dessas pessoas, bem como para que haja superação dos preconceitos, gerados pela falta de conhecimento de não se saber trabalhar com as pessoas com Necessidades Educacionais Especiais.

Com esta prerrogativa, busca-se um processo de maior inclusão de pessoas com necessidades educacionais especiais, acreditando em seu potencial nas áreas diversas do conhecimento. Historicamente, essas pessoas eram isoladas por representarem um obstáculo à sociedade; atualmente, sabe-se que a deficiência necessariamente não implica em incapacidade. As pessoas com alguma deficiência podem ter limitações de acesso a locais e dificuldade de acessar uma ou outra área do conhecimento. Entretanto, podem, ao mesmo tempo, se destacar por terem algumas habilidades acima da média e, mesmo assim, serem discriminadas. Cabe assim, ressaltar que uma deficiência não torna a pessoa incapaz por completo. Essa nova forma de ver as pessoas especiais permite abrir caminhos e oportunidades para que mostrem seu potencial tanto no mundo acadêmico como no mundo do trabalho e na esfera social.

Com relação à surdocegueira, os métodos e técnicas para o aprendizado do surdocego são específicos, pois essa é uma deficiência única, que requer práticas próprias, metodologias e técnicas diferenciadas que atendam suas especificidades, diferentes das utilizadas para a cegueira e para a surdez. Assim, é

indispensável que se utilize uma abordagem curricular apropriada para atender a criança com surdocegueira. O currículo funcional ou ecológico vem ao encontro do atendimento de suas demandas diferenciadas de aprendizagem e das necessidades de cada indivíduo no tocante à saúde, educação e comunicação, pois sua abordagem contempla, de forma abrangente, as prerrogativas mínimas indispensáveis à sobrevivência social do indivíduo surdocego.

2 SURDOCEGUEIRA

2.1 HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO DO SURDOCEGO NO BRASIL

A história da Surdocegueira no Brasil tem início em 1953 com a visita da já mundialmente conhecida Helen Keller (Saraiva, 1977). Esta visita sensibilizou uma grande personalidade que, anos mais tarde, seria nacionalmente conhecida por seus esforços. Trata-se da educadora Nice Tonhozi de Saraiva.

Já em 1961, Saraiva (1977) relata a primeira certificação oficial obtida para a educação do surdocego brasileiro. Saraiva, trabalhando na educação de cegos no Instituto de Cegos “Padre Chico”, em São Paulo, dedicou-se também à educação de Surdocegos a partir de 1961, quando voltou dos EUA. Ainda em 1961, fundou a SEADAV – Serviço de Atendimento ao Deficiente Audiovisual. Em 1963, por intervenção do estado, a SEADAV foi extinta por falta de verbas e, mais tarde, com recursos advindos da Campanha Nacional de Educação dos cegos e com auxílio da fundação Dorina Nowil, foi transferida de São Paulo para São Caetano do Sul com outra sede em Santo André, sendo esta última sem local fixo. (ibid.)

Em 1968, a SEADAV passou a se denominar ERDAV – Escola Residencial para Deficientes Audiovisuais. Em 1977, para garantir maior autonomia da escola, foi novamente alterada e passa a ser chamada de FUMAS – Fundação Municipal Anne Sullivan, que ficou sendo a mantenedora da Escola de Educação Especial Anne Sullivan. Esta que funciona até os dias de hoje, constituindo-se em Núcleo de Referência destinado ao atendimento a educandos com necessidades especiais, por meio de uma Unidade de Ensino e uma Unidade de Atendimento Clínico.

Unidade de Ensino: - Surdez; - Surdocegueira; - Paralisia Cerebral; - Autismo Infantil. A unidade de ensino atende às modalidades de Educação Básica, seguindo o currículo regular-seriado na Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio e Educação Específica, com currículo específico funcional - não seriado, para a Intervenção Precoce e Intervenção Essencial.

Nessas modalidades de ensino, os alunos são atendidos com acompanhamento multidisciplinar. A Fundação Municipal Anne Sullivan conta com uma Unidade de Atendimento Clínico a alunos da rede regular de ensino que apresentam Dificuldades de Aprendizagem e a pessoas com necessidades educacionais especiais.

Com o passar dos anos, foram surgindo novas instituições com o mesmo objetivo educacional que a Escola Municipal Anne Sullivan. Entre elas encontram-se:

- Associação para Deficientes da Áudio- Visão – ADEFAV , em São Paulo, criada em Outubro de 1983.
- “AHIMSA” Associação Educacional para Múltipla Deficiência, também em São Paulo, criada em Março de 1991.
- Centro de Atendimento e Reabilitação da Audição, CENTRAU, Setor de atendimento do surdocego , em Curitiba, Paraná, criada em 1991.

A partir de 1992, outros setores surgiram em vários estados do Brasil. Hoje existem atendimentos nos seguintes estados: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Rondônia.

Na área de saúde existe ,em São Paulo, o setor de Baixa Visão do Departamento de Oftalmologia da Santa Casa de Misericórdia que passou a

atender, em Intervenção Precoce e Adaptações Ópticas, a pessoas surdocegas e múltiplas deficientes sensoriais.

O grande avanço profissional em relação à surdocegueira no Brasil iniciou-se a partir da década de 90, apesar da educação do surdocego existir, no país, há 44 anos, caracterizada pelo intercâmbio com instituições internacionais.

O **PROGRAMA HILTON PERKINS** para a América Latina apoiou os trabalhos dedicados à área da surdocegueira, ministrando cursos de capacitação de três anos para professores, como também a **SENSE INTERNACIONAL** da Inglaterra, contando com o apoio financeiro da Organização Nacional de Cegos da Espanha – **ONCE** e a União Latino Americana de Cegos – **ULAC**.

Em 1997, os surdocegos adultos foram contemplados pelo Programa de Apoio a Organizações de Pessoas Surdocegas da América Latina – **POSCAL**, pela Organização Nacional Sueca – SHIA, pela Federação Sueca de Surdocegos, e pela Federação Nacional de Surdos Colombianos - **FENASCOL**, criando a Associação Brasileira de Surdocegos – **ABRASC**. Incentivados e apoiados pelo Programa HILTON PERKINS, os brasileiros receberam cursos para a organização da Associação Brasileira de Pais e Amigos dos Surdocegos e Múltiplos Deficientes Sensoriais – **ABRAPASCEM**.

Outros acontecimentos importantes enriqueceram a área da surdocegueira, conforme relata Peterson et al (1999). Em Maio de 1997 ocorreu a Fundação do Grupo Brasil de Apoio ao Surdocego e Múltiplo Deficiente Sensorial, criado pelas instituições que atendem ao surdocego e a Associação de Pais e Associação de Surdocegos, que tem por missão: “A conscientização, informação, ampliação de serviços e políticas públicas de atendimento nas áreas de saúde, educação, trabalho, esporte e lazer em todo território nacional”.

2.2 DADOS REGISTRADOS SOBRE A HISTÓRIA DA SURDOCEGUEIRA

O início da educação dos surdocegos, segundo Camacho (2002) inicia-se com Victoria Morriseau (1789 – 1832), como sendo a primeira surdacega de que se tem dados a receber uma atenção educativa em uma instituição de surdos no final de 1700 na França.

A Escola Perkins para Cegos, em Massachussets, Estados Unidos, iniciou a educação de surdocegos tendo como primeira aluna, educada com sucesso, Laura Bridgman, que entrou no Instituto Perkins de Boston, nos Estados Unidos, em 1837. Com ela, tentou-se uma educação baseada no sentido do tato. Ela foi educada pelo alfabeto manual para surdos, que era soletrado em suas mãos. Anne Sullivan, parcialmente cega e aluna da Escola Perkins nesse mesmo período, em uma tentativa realizada por ela junto ao Dr. Samuel G. Howe, aprendeu a comunicar-se com Laura Bridgman. Essa experiência significativa foi proporcionada à humanidade por Anne Sullivan.

Tendo como base o sucesso da primeira tentativa realizada por ela junto ao Dr. Samuel G. Howe, Anne Sullivan viria a tornar-se, pela sua criatividade e grande empenho, a propulsora da educação para os surdocegos. Foi professora de Helen Keller, que estudou na Perkins por muitos anos. Helen Keller foi a surdacega mais famosa no mundo, pela cultura que adquiriu e pela luta de divulgação da surdocegueira que realizou (WATERHOUSE 1977). Segundo Maia (2004), essas informações arroladas, trazem a real dimensão e a importância das atuais iniciativas, como os avanços alcançados em saúde e educação, o envolvimento da família e sociedade em geral colaborando com os profissionais, além da reflexão constante

sobre o quanto e o que facilita para se atingir os objetivos propostos, uma atenção integral à pessoa surdocega.

Segundo Monteiro (1996), dentro de uma perspectiva de valorização do surdocego no passado e de ações já realizadas com o surdocego, pode-se apresentar o relato dos primeiros surdocegos.

Dados sobre surdocegos:

RAGNHILD KAATA (1873/1947) – Nasceu na Noruega. Aos quatro anos foi acometida por uma grave doença, cuja as conseqüências foram a perda da visão, da audição, do olfato e do paladar. Aos 14 anos, foi admitida no Instituto para Surdos de Hamar onde, após alguns meses de perseverantes e infatigáveis esforços, aprendeu a falar pela vibração dos sons da fala.

HELEN KELLER (1880/1968) – Nasceu nos Estados Unidos. Perdeu a visão e a audição quando tinha 1 ano e meio, provavelmente em conseqüência de escarlatina. Foi educada por Anne Sullivan e, aos 10 anos, iniciou a aprendizagem da fala com a professora Sara Fuller. Aos 24 anos recebeu seu diploma de Filosofia e, continuando sua trajetória fez jus, ao longo de sua vida, a inúmeros títulos, homenagens em reconhecimento por seu trabalho em prol do bem estar das pessoas cegas e surdocegas.

OLGA IVANOVNA SKOROJODOVA (1914/1987) - Nasceu em uma aldeia ao Sul da Ucrânia. Aos 5 anos de idade teve meningite e ficou surdocega e deficiente motora. Com grande esforço, conseguiu voltar a andar com a ajuda de uma muleta que, às vezes, utilizava como uma bengala. Aos 11 anos começou a ser educada pelo professor Ivan Sokolyanski, chegando mais tarde a doutorar-se em Psicologia e Ciências Pedagógicas. Trabalhou no Instituto de Defectologia da Academia de Ciências Pedagógicas da URSS e no Colégio Zagorsk.

ROBERT SMITHDAS (1925) – Nasceu nos Estados Unidos, ficou cego e, mais tarde, totalmente surdo em consequência da meningite, quando tinha 4 anos e meio. Aos 25 anos, recebeu seu diploma de bacharel em Artes da Universidade de St. John.

LEONARD DOWDY (1927) – Nasceu nos Estados Unidos. Perdeu a visão e audição quando tinha um ano e meio. Estudou na “Perkins School”, onde aprendeu Matemática, Geografia e História e toda espécie de trabalhos manuais em madeira e metal.

VALISE AMADESCU (1944) – Nasceu na Romênia, perdeu a visão e audição em consequência da meningite, quando tinha dois anos de idade. Aos 11 anos, iniciou sua educação em uma escola especial para cegos, onde aprendeu a falar e adquiriu conhecimentos básicos. Formou-se em Psicopedagogia pela Universidade de Cluj.

MARIA FRANCISCA DA SILVA (1943) – Brasileira (MG), é a primeira surdocega alfabetizada no Brasil. Atualmente, é presidente de honra da Associação Brasileira de Surdocegos (ABRASC).

CLAUDIA SOFIA INDALÉCIO PEREIRA RODRIGUES (1969) – Brasileira (MG), surdocega desde os dezenove anos, usuária do sistema TADOMA, é diretora social do Grupo Brasil e Membro Ativo do Conselho Deliberativo da ABRASC. Ministra palestras sobre a divulgação da surdocegueira no Brasil e exterior.

CARLOS JORGE RODRIGUES (1959) – Brasileiro (RJ), é o primeiro surdocego a se formar em mergulho adaptado no Brasil e o segundo no mundo. É Presidente da Associação Brasileira de Surdocegos (ABRASC).

CARLOS ROBERTO NUNES (1949) – Brasileiro (SP), engenheiro químico, ficou surdocego ao quarenta anos. Hoje auxilia na educação de jovens surdocegos.

ALEX GARCIA (1976) – Brasileiro (RS), o primeiro a cursar nível superior no Brasil, especialista em Educação Especial pela Universidade Federal de Santa Maria (RS), representante da área de surdocegueira na FADERS – Porto Alegre.

CRISTIAN ELVES FERNANDES (1976) – Brasileiro (SP), estudante de Pedagogia em Bauru.

ANAPAUOLA PRADO VARELLA (1977) – Brasileira (PR), educadora, trabalha no Setor do Surdocego em Curitiba, estudante do curso Normal, membro ativo do Conselho Deliberativo da ABRASC.

CELSO BATISTA (1962) – Brasileiro (PR), instrutor voluntário na Oficina Protegida no setor do surdocego em Curitiba.

2.3 TERMINOLOGIA

A terminologia surdocegueira sofreu muitas alterações desde que surgiu o primeiro atendimento ao surdocego, por volta do século XIX. O termo surdocegueira e surdocego, sem hífen, foi proposto por Salvatore Lagati, do Serviço de Consulenza Pedagógica em Trento, Itália, em 1991, onde começou uma cruzada para conseguir a aceitação da palavra única “surdocego” no lugar da palavra hifenizada “surdo-cego”. Sua crença era que a surdocegueira é uma condição que apresenta outras dificuldades do que aquelas causadas pela cegueira e pela surdez (Lagati, 1995, p.249).

A surdocegueira, com o passar dos anos, recebeu várias denominações como Dificuldade de Aprendizagem Profunda e Múltipla (DAPM), Múltipla Deficiência Severa, Cego com Deficiência Adicional, Múltipla Privação Sensorial (MPS), Dupla Deficiência Sensorial e, finalmente, surdocegueira.

2.4 CONCEITOS DE SURDOCEGUEIRA

A definição de surdocegueira é muito debatida por especialistas que atuam nessa área, como também pelos órgãos que definem políticas de atendimento às pessoas com deficiências, em virtude da aceitação da mesma como única, ou seja, uma categoria com necessidades específicas.

Entre várias definições respeitadas, de modo geral por todos que estão envolvidos ou trabalham diretamente com o surdocego, podem ser citadas:

No Brasil

“Surdocegueira uma deficiência singular que apresenta perdas auditivas e visuais concomitantemente em diferentes graus. Levando a pessoa surdocega a desenvolver diferentes formas de comunicação para entender, interagir com as pessoas e o meio ambiente, proporcionando-lhes o acesso a informações, uma vida social com qualidade, orientação, mobilidade, educação e trabalho.” (GRUPO BRASIL-2003, p. 3)

Reino Unido

“As pessoas consideradas surdocegas apresentam um grau de perda auditiva e visual combinada, produzindo problemas de comunicação, acesso às informações e de mobilidade.” (DEAFBLIND INTERNATIONAL – LIASISON- DBI - LIAISON – GROUP – 2002, p.306).

Colômbia

“A surdocegueira é uma disfunção múltipla que implica em uma limitação nos sentidos: visão e audição, na qual a pessoa requer de apoios especializados com o uso de técnicas de comunicação adaptadas para ter acesso a informações e à educação da vida diária.” (SERPA, 1999, p.2)

Holanda

“A audição e a visão são os meios de comunicação com outras pessoas, portanto mesmos que pequenos os impedimentos em ambos os sentidos, se derivam graves conseqüências para o conhecimento que a pessoa possa adquirir, especialmente em sua aprendizagem. Na organização de um plano de desenvolvimento de habilidades e reabilitação, deve-se usar uma definição cujo propósito seja descrever as necessidades específicas da pessoa e os serviços especiais que ela requer, assim como as atividades e propostas que cubram suas discapacidades, diagnóstico oftalmológico, audiológico tendo uma importância secundária”.(VAN DIJK 1989, p.93).

Por um profissional da área de surdocegueira

“A pessoa com surdocegueira é aquela que por apresentar perda de visão e audição total ou parcial, necessita de auxílio de técnicas especiais para desenvolver a comunicação e a interação com o mundo a fim de que possa desenvolver suas habilidades.” (PETERSEN, 2006)

A busca dos profissionais da área para que haja o reconhecimento da surdocegueira como uma deficiência única e não como deficiência múltipla, tem sido intensa no Brasil, o que faz com que a definição adotada seja mais completa. A surdocegueira é uma deficiência única na qual o indivíduo vai ter uma perda auditiva e visual podendo ser em diferentes graus, necessitando de auxílio específico para sua comunicação e para suas atividades de vida autônoma e social.

2.5 ETIOLOGIA DA SURDOCEGUEIRA

A Surdocegueira apresenta-se em diferentes tipos tais como: congênita e adquirida, como por exemplo, cegueira e surdez congênita, cegueira e surdez adquirida, e ainda, baixa visão com surdez congênita ou adquirida. Além de apresentar-se em diferentes aspectos e características tem, como fatores desencadeantes, diferentes origens etiológicas.

A surdocegueira tem várias origens: além das causas naturais de nascença por questões genéticas, também a algumas síndromes atribui-se o fator etiológico como fator/causa para a surdocegueira (QUADRO 1).

QUADRO 1: CAUSAS E FATORES DESENCADEANTES DA SURDOCEGUEIRA

PRÉ NATAIS	PERI NATAIS	PÓS NATAIS
Rubéola		Meningite
Citomegalovírus	Prematuridade	Medicação Ototóxica
AIDS	Falta de oxigênio	Otite Média Crônica
Herpes	Medicação Ototóxica	Sarampo
Toxoplasmose	Icterícia	Caxumba
Sífilis Congênita		Diabetes
Fator Rh		Asfixia
Anomalias Congênicas Múltiplas		
Associação Charge		Acidentes
Abuso das drogas mãe		Encefalite
Síndrome do Alcoolismo Fetal		AVC
Hidrocefalia		Consangüinidade
Microcefalia		
Síndromes		

Fonte: Folheto Grupo Brasil - 2001

Síndromes genéticas associadas ao olho e ao ouvido podem interferir no desenvolvimento embrionário destes órgãos, ocorridos simultaneamente nos 12 semanas de gestação (ADMIRAL apud RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA DE WARUWICK,1989).

Admiral (apud RELATÓRIO DA CONFERENCIA DE WARUWICK,1989), otólogo, relata 80 síndromes óculo-auditivas, constatadas entre a população surdocega de Saint'michielsgestel na Holanda. Em outros relatos, pesquisadores incluem a Rubéola materna e a síndrome de USHER como uma das causas mais freqüentes da surdocegueira. Swan e Erickson citado por Briquet

(1948) observaram que a gestante com rubéola corre um sério risco de ter um filho com distorções.¹

Rezende (1987) relata que são vários os perigos de malformações resultantes da rubéola materna. Os mais citados são os defeitos oculares como catarata congênita, glaucoma e alterações de pigmentação da retina, além de defeitos auditivos como surdez de percepção uni ou bilateral.

Smith, em 1989, descreve a Síndrome de Cockayne como sendo uma doença rara e autossômica que pode produzir, entre outras deformidades alterações oculares e perda auditiva progressiva podendo chegar à invalidez total.

Em 1993, Admiral fala sobre a Síndrome de Flynn-aird como sendo uma herança autossômica, entre cujas características destacam a perda auditiva e a dificuldade ocular, além de outros sintomas incapacitantes.

A síndrome de Refsum, tal como a anterior, é também advinda de herança autossômica recessiva. Descrita por Admiral em 1993, apresenta os seguintes sintomas: retinose pigmentar e perda auditiva.

A síndrome de Edwards – Trissomia 18, é uma síndrome com característica de alterações no crescimento intra-uterino, alterações típicas da morfologia facial, acentuada deficiência psicomotora e outras numerosas anomalias.

No caso da Síndrome de Usher, que é uma doença genética com padrão de herança autossômica recessiva perda auditiva neurosensorial congênita, isto é, presente ao nascimento, e tem uma perda visual devido a Retinose Pigmentar.

A síndrome de Usher é uma herança autossômica recessiva, na qual se tem 25% de chances de transmissão. Sua frequência é de 1% a 31,7%, sendo a

¹ Condição de certos organismos de aparecer em diferentes formas, deformidades.

mais alta encontrada na população surda. É a síndrome óculo-auditiva mais conhecida e a principal causa da surdocegueira pós-lingüística no mundo. Existem três tipos de síndrome de Usher (GRUPO BRASIL, 2001):

- Tipo 1: A surdez profunda é congênita, enquanto a retinose pigmentar aparece na infância ou juventude. A pessoa afetada sofre problemas de equilíbrio;
- Tipo 2: A surdez também é congênita, mas tende a ser moderada, podendo ser superada com o uso de aparelhos auditivos. A retinose pigmentar aparece na adolescência;
- Tipo 3: A pessoa nasce com visão e audição normais. A surdez e a retinose pigmentar aparecem posteriormente e tem caráter progressivo.

As principais características da síndrome de Usher são as seguintes:

- Alterações audiológicas e vestibulares, pois geralmente a perda auditiva é bilateral e simétrica, são similares em ambos os ouvidos. Audiometrias repetidas pelo otorrinolaringologista permitirão definir o tipo de alteração presente. A alteração de equilíbrio ocorre na Síndrome de Usher tipo I – que provoca um retardo do desenvolvimento psicomotor da criança, ocasionando dificuldade para caminhar em linha reta, incapacidade para nadar e andar de bicicleta. Geralmente essas crianças são um pouco descoordenadas nos seus movimentos e têm alguma dificuldade na marcha.
- Alterações Visuais que a criança ou jovem apresentam, com a diminuição do campo visual, tendo dificuldade para ver no escuro e diminuição do campo visual, rapidamente progressiva, podendo necessitar usar óculos.
- Alterações no comportamento e no sistema nervoso em idades variadas. Alguns sofrem de depressão enquanto nas alterações neurológicas tem-se visto, em alguns casos, atrofia cerebral e alterações no cerebelo.

A retinose pigmentar se refere a um grupo de doenças degenerativas e hereditárias da retina. A retina é uma das camadas da parte posterior do olho, que atua como se fosse um filme de máquina fotográfica. Nela estão as células chamadas cones e bastonetes com as quais, respectivamente, podemos ver as cores e enxergar no escuro. A retina manda as imagens ao cérebro através do nervo óptico, ou seja, o ser humano vê com o cérebro. (ADMIRAL, 1993).

Com o resultado da degeneração da retina ocorrem os depósitos de pigmento. A pessoa afetada apresenta diminuição da visão noturna e redução do campo visual periférico e, durante os anos, podem ocorrer várias limitações visuais que não necessariamente a cegueira total.

2.6 FISSURA LÁBIO PALATAL NO SURDOCEGO

A fissura lábio palatal é uma malformação congênita que ocorre quando não há formação do lábio e/ou palato durante o período intra-uterino.

Fatores ambientais e genéticos podem interagir e determinar a ocorrência de inúmeras anomalias congênitas da face durante o período embrionário. Entre estas, encontramos as fissuras de lábio ou sem o desenvolvimento do palato, popularmente conhecidas como “Lábio leporino” ou “Goela de Lobo”. As fissuras lábio-palatais são malformações congênitas caracterizadas por aberturas ou descontinuidade das estruturas do lábio e/ou platô, de localização e extensão variáveis. (PERES, 1999, p.48)

A incidência da fissura lábio palatal é de 1 para cada 650 nascimentos, sendo a mortalidade no primeiro ano de vida em torno de 30%. A fissura lábio palatal pode ocorrer de forma isolada ou fazendo parte de uma síndrome, como a Síndrome de Roberts ou Síndrome de Charge, na qual ocorre também a surdocegueira.

Embora várias pesquisas estejam sendo realizadas mundialmente, a etnologia das fissuras lábio palatais isoladas continua indefinida. As possíveis causas etnológicas das fissuras podem ser divididas em fatores ambientais e genéticos. (ALMEIDA et all, 1986, p.86).

Os fatores genéticos têm relação com alterações genéticas e cromossômicas. A maioria dos casos de fissura lábio palatal pode ser explicada de acordo com o modelo de herança multifatorial, ma vez que a predisposição à fissura depende da integração de fatores genéticos de natureza poligênica e aditiva a fatores ambientais. Os fatores ambientais mais relacionados às fissuras lábio palatais são: infecções virais, deficiências nutricionais, anticonvulsivos, antiolíticos, agrotóxicos e herbicidas. As fissuras lábio palatal causam dificuldades alimentares levando, muitas vezes, à desnutrição.

Com o processo de sucção prejudicado, a quantidade dos alimentos ingerida nem sempre é suficiente para suprir as necessidades do bebê, resultando em pouco ganho ponderal. Este quadro é agravado pelo escape de alimentos pelo nariz e ingestão excessiva de ar que provocam vômitos, engasgos e perdas de alimentos. Além disto, são comuns as infecções de ouvido e as pneumonias aspirativas (PARADISE e MC WILLIAMS, 1974, p.567).

No entanto, é importante colocar que a lesão lábio palatal não exclui o aleitamento materno. Almeida e Passeroti (1986) relatam que o aleitamento materno é mais satisfatório em crianças com fissuras menos complexas, entretanto, Styer e Freeh (1981), mostram que as fissuras de modo geral não impedem que o aleitamento seja feito, inclusive recomendam que o bebê seja amamentado pelo próprio valor nutricional do leite, pelo desenvolvimento dos músculos da face pela sucção, além de favorecer a relação afetiva mãe-filho.

3 LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO DO SURDOCEGO

A comunicação é uma das áreas mais difíceis a ser trabalhada pelo educador do surdocego. Uma dificuldade visual auditiva significa uma perda de recursos perceptuais necessários à criança para o estabelecimento de relações com pessoas e contatos com o meio ao seu redor.

A comunicação ocorre por meio da linguagem, esta, na maioria das vezes, é vista como um processo verbal, com o uso da fala. A abordagem da comunicação com o surdocego faz surgir a questão sobre a linguagem que os surdocegos utilizam - requer pensar em como se processa o seu desenvolvimento da linguagem e de que forma representam a realidade a partir de informações que recebem do mundo, mediante privações sensoriais.

3.1 IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

A história mostra a linguagem como um instrumento importante para o desenvolvimento geral da humanidade. A linguagem possibilitou a formação social dos povos e, ainda hoje, interfere nessa evolução, tornando o ser humano mais civilizado, o que possibilita sua interação com o meio cultural (CADERNASCIMENTO, 2005).

Vygotski (1989, p.140), compactuando com esta visão, diz que a linguagem, assim como o pensamento, são peças fundamentais para a compreensão da consciência humana. Nesta concepção, o autor lançou pesquisas

que o levassem a conhecer as relações de pensamento e linguagem, crendo que sua importância não se dá apenas no nível social mais pessoal.

A linguagem tem um papel importante para este autor em suas teorias sobre o aspecto funcional, psicológico e do pensamento que evoluem num processo dinâmico interferindo diretamente no desenvolvimento da criança..

A linguagem é um sistema simbólico, fundamental na mediação entre sujeito e objeto de conhecimento. Essa concepção sócio-interacionista considera a linguagem como constituidora do sujeito e é na interação com o outro ser que a criança se constitui como ser humano, que adquire cultura, valores e conhecimentos dentro de um contexto sócio-histórico (VYGOTSKY, 2004; OLIVEIRA, 2004).

De acordo com Oliveira (1992) o bebê, que ainda não sabe articular palavras nem compreender com precisão seus significados, consegue comunicar à mãe seus desejos e estados emocionais por meio de sons, gestos e expressões faciais. É a necessidade de comunicação que impulsiona o desenvolvimento da linguagem, sendo o intercâmbio social uma das funções da linguagem..

Assim sendo, pode-se afirmar que a aquisição de uma comunicação significativa é de fundamental importância para o desenvolvimento das crianças surdocegas.

Campione e Brown (apud COLL et al., 1995) reiteram Oliveira assegurando que, nas crianças pequenas, com o tempo, suas ações requerem uma comunicação - é a função social da linguagem. Para a elaboração de funções superiores de pensamento, ela passa a sentir necessidade da palavra. Afirmam os autores que as crianças que não recebem informações ou que não as assimilam, encontram dificuldades em seu aprendizado que sugerem incapacidade mental.

Através da fala, a criança supera as limitações imediatas de seu ambiente. Ela se prepara para a atividade futura; planeja, ordena e controla o próprio comportamento e o dos outros.. . ela atua na organização, unificação e integração dos aspectos variados do comportamento, tais como percepção, memória e evolução dos problemas. (VYGOTSKI, 1989, p.34).

Segundo Vygotski (1989) pode-se estabelecer, no desenvolvimento da linguagem da criança, uma fase pré-intelectual no desenvolvimento da linguagem e uma fase pré verbal no desenvolvimento de seu pensamento. A partir do segundo ano de vida da criança, o pensamento e a linguagem se encontram numa nova organização lingüística-cognitiva - o pensamento passa a ser mediado por significados dados pela linguagem verbal.

Considerando que a linguagem tem função social e que esta, por sua vez, é transferida para formas cooperativas de comportamento, influenciando também nas funções psíquicas interiores e pessoais, é de se ressaltar sua importância para a criança surdocega.

3.2 LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO DO SURDOCEGO

“A educação de uma criança surdocega consiste em ensinar-lhe a linguagem” (VYGOTSKI, 1997, p.201). As dificuldades encontradas no desenvolvimento e educação do surdocego, quanto à sua comunicação, percepção, cognição e emoção levam as conseqüências em sua motivação, sua aprendizagem, sua interação com as pessoas e ambiente.

[...] o mundo, literalmente se encolhe; é somente do tamanho que a pessoa pode alcançar com as pontas dos dedos ou usando seus sentidos de visão e audição severamente limitados, e é somente quando aprende a usar seus sentidos secundários como tato, olfato e consciência cinestésica que a pessoa pode aumentar seu campo de informações e ganhar conhecimento adicional (SMITHDAS, 1981, p.38).

No processo educacional do surdocego, o principal fator a ser levado em consideração é a forma de comunicação. Para que esta comunicação se efetive faz-se necessário, inicialmente, a aquisição e domínio de elementos que compõem o seu meio ambiente para que consiga uma significativa autonomia e, desta forma, possa estabelecer um contato com o outro. Elementos concretos, objetos que possam transmitir mensagens simbólicas, são recursos utilizados para estruturar este processo de interação sócio-ambiental.

Diferentes autores, entre os quais Rowland (1988); Siegel-Causey, Guess (1988); Stremmel-Campbell, Matthews (1987) afirmam que uma criança surdacega tem deficiências sensoriais que lhe afetam significativamente a capacidade de comunicação.

Gleason (1997 apud CADER – NASCIMENTO, 2005) observa que a criança com deficiência de visão e auditiva precisa de métodos de comunicação e serviços de educação diferenciados daqueles que são oferecidos às crianças com deficiências parciais, que devem ser atendidas separadamente e individualmente.

Neste sentido adverte aos pais: “A surdocegueira é um sério problema para a criança. (...) os efeitos combinados de ambas as dificuldades têm um impacto sobre o aprendizado que é maior que a somatória das perdas” (GLEASON apud CADER – NASCIMENTO, 2005, p.103).

A utilização de uma abordagem educacional adequada, além da compreensão e domínio desta por parte dos professores que atuam com o surdocego, é um aspecto muito importante para o êxito desse processo.

O ponto de partida no processo de desenvolvimento de linguagem com o surdocego é o mundo concreto, de objetos e pessoas. A função de interação, de

intercâmbio social, parte da atenção à comunicação feita, pela criança, por meio de expressões faciais e movimentos corporais.

É fundamentalmente importante que os professores que trabalhem com criança surdocega tenham um sólido conhecimento relativo ao desenvolvimento da comunicação e da linguagem nas crianças normais, para criar melhores situações de desenvolvimento para a criança surdocega (ERICSON apud CADER – NASCIMENTO, 2005, p.76).

Van Dijk (1977), ao estudar crianças surdocegas congênitas, conclui que os casos de rubéola e de catarata bilateral predispõem a comportamentos estereotipados como balanceios, movimentos de mãos e olhar fixo na luz. Segundo o autor, estas crianças desenvolvem esses padrões por uma privação sensorial. Como etapa inicial para desenvolver uma comunicação, o autor propõe um diálogo através de movimentos denominados de Fenômenos de Ressonância. Exemplificando, o educador incita os gestos da criança até que esta tome a decisão de continuar ou parar o movimento. Dessa forma, a criança descobre que pode controlar seus movimentos, por ela criados, motivando-a a novas experiências.

Este modelo faz parte da teoria do crescimento da consciência da criança, criada por Van Dijk (1977), que parte da premissa que a manipulação de objetos familiares promove um desenvolvimento de padrões motores iniciais.

Salienta ainda que, para se conseguir um bom resultado de aprendizagem com a criança surdocega, é de fundamental importância que o educador estabeleça uma relação afetiva com a criança. O professor responde às necessidades dos alunos à medida que os leva a conhecer-se e a descobrir que podem produzir movimentos com significado.

O autor identificou algumas etapas da criança para se chegar à linguagem simbólica que são: nutrição, ressonância, movimento coativo, referência não representativa, imitação diferida e gestos naturais(*ibid.*):

- **Nutrição:** É o desenvolvimento de um vínculo social e afetivo entre a criança e o outro (interventor), que a faz sentir-se seguro e confiante. VAN DIJK dá três sugestões para ajudar o aluno a estabelecer uma relação afetiva: 1) limitar o número de pessoas que trabalham com a criança; 2) estabelecer uma rotina; 3) os estímulos devem ser distribuídos de forma que não haja a super estimulação ou baixa estimulação. O educador deve segurar a criança com os braços abertos, de forma a permitir que, ao movimentar a criança, esta tenha seus movimentos livres, permitindo que ela escolha.
- **Ressonância** é um efeito produzido em resposta às vibrações de outro corpo. O educador movimenta-se conduzindo a criança através de movimento de corpo inteiro, ou por outras formas de estimulação sensorial. Stillmam e Battle (1984) destacam três razões importantes para a participação da criança nas atividades de ressonância: 1) despertam sua atenção e fazem com que interaja com outras pessoas; 2) desenvolvem na criança um conhecimento de como as suas atividades podem modificar o ambiente; 3) favorecem o estabelecimento de relações positivas com outras pessoas.
É importante que o educador penetre no mundo da criança e desenvolva com ela um diálogo não verbal. Segundo Stillman e Battle (1984), o educador deve responder ao comportamento infantil como se fosse comunicativo, com o objetivo de provocar respostas naturais e não condicionar. O educador deve estar sempre alerta para perceber as tentativas de comunicação da criança.
- **Movimento Coativo:** Esta atividade é uma continuidade da ressonância, mas acontece com uma separação física entre a criança e o educador. A principal diferença entre ressonância e movimento coativo é a distância física. Os movimentos coativos mais funcionais são os que compreendem o uso de objetos

em acontecimentos cotidianos como: comer, limpar a mesa, guardar objetos, vestir-se com um apoio de mão sobre mão. Os movimentos coativos com o uso de objetos proporcionam à criança uma maior independência funcional, e elas aprendem que as atividades têm começo e fim. Este é um passo essencial para desenvolver o conceito de tempo.

- Referência não representativa: Neste nível, objetos e pessoas no ambiente começam a possuir existência para a criança fora dela própria. A criança indica e situa as partes do seu corpo (com pessoa ou boneco). Identifica três comportamentos básicos que a atividade pode proporcionar: 1) esquema corporal: reconhecer e identificar partes do corpo; 2) condutas que mostram objetos; 3) mais distância no tempo e no espaço entre a criança e o referencial de comunicação. A função básica é a elaboração de uma imagem corporal, através do referencial concreto. Posteriormente podem-se usar desenhos esquemáticos de figuras humanas, em fases subseqüentes.
- Imitação diferida: Na imitação diferida, a criança deve imitar um comportamento e realizá-lo espontaneamente. Estas atividades devem ser baseadas em movimentos naturais que ocorrem na rotina diária. O desenvolvimento da imitação precede a aquisição de outras formas de comunicação. Inicialmente, a criança deve ser capaz de imitar movimentos que resultem em única resposta; após, pode-se aumentar progressivamente a complexidade das respostas. A criança deve imitar o comportamento e internalizá-lo para realizar, antecipando um acontecimento futuro. Por exemplo: lavar as mãos e, após, comer ou preparar um lanche.

Primeiro a criança imita pela indicação visual. A imitação, sem indicação visual, requer que a criança lembre do que tenha visto, ouvido ou sentido.

- Gestos naturais: Os gestos naturais podem ser uma forma alternativa de comunicação pré-linguística. Para desenvolver os gestos naturais a melhor forma é a integração dos movimentos coativos e imitações no processo instrutivo. Primeiramente o adulto realiza o gesto com o aluno, depois gradualmente vai reduzindo para que a criança os realize espontaneamente. Este gesto natural pode se referir aos acontecimentos ou objetos. Por exemplo: gesto concreto (comer é sinalizado com o levar a mão à boca). A esperança é que a criança venha a ser capaz de iniciar gestos por sua própria conta.
- Iniciar por sua própria conta é um ponto importante no progresso da criança em direção à abstração e a linguagem, porque demonstra que a criança tem habilidade de pensar. A habilidade de desenvolver a capacidade de pensamento da criança é, talvez, o desafio mais crucial na educação da criança surdocega. Para facilitar o desenvolvimento das habilidades comunicativas, a criança deve estar num ambiente lúdico e acolhedor, pois, quando a criança está relaxada e feliz, é mais receptiva ao aprendizado, compartilhando experiências agradáveis que fortalecem o vínculo entre aluno e educador.

O educador deve utilizar a fala associada a um gesto ou objeto. Com relação a um gesto, podem-se utilizar LIBRAS e objetos que tenham significados associados a eles.

3.3 SISTEMAS ALTERNATIVOS DE COMUNICAÇÃO PARA O SURDOCEGO

3.3.1 Tadoma

“O método consiste numa comunicação baseada em vibrações estabelecidas pelo tato. A percepção através da voz, dos movimentos dos lábios, mandíbulas e músculos faciais permite uma compreensão favorável onde a linguagem flui naturalmente.” (CADER-NASCIMENTO, 2005, p.64).

A origem da palavra Tadoma vem do trabalho realizado por Sophie Alcorn com duas crianças surdocegas, Tad Chapman e Omã Sipson. A junção do nome das duas crianças deu origem à palavra “Tadoma”.

Inicialmente, a criança utiliza as duas mãos na face da pessoa que esta falando para fazer o toque. Seus polegares tocam os lábios ou frente a eles, os dedos mínimos no maxilar e os demais dedos no queixo. Quando o toque através desta posição for em si mesma, a criança precisará realizá-lo com os braços cruzados.

Como primeiro passo ao método, é preciso perceber a fala e a vibração dos movimentos do rosto e, gradualmente, demonstrar os movimentos e sons pela imitação da ação do educador.

O tato era o único recurso para ler os lábios de minha mestra. Pelo tato, apenas, tinha de aperceber-me do movimento dos lábios, da vibração da garganta e da expressão do rosto dela. Não raro este recurso era impotente. Eu me via na contingência de ficar horas inteiras, repetindo a mesma palavra, até que ela fosse inteligível. Era preciso exercitar-me assiduamente e sem desânimo. (KELLER, 2001, p.77).

Para os bebês, os pais podem mover sua boca junto com a deles ensinando balbucios e movimentos dos lábios. As crianças maiores podem imitar palavras que mais gostam e, na seqüência, podem ser inseridas em seu vocabulário palavras mais complexas, desde que já vivenciadas pela criança.

O método Tadoma exige muita concentração, treino fonoarticulatório, sensibilidade e discriminação tátil bem desenvolvida. Este método pode ser usado por qualquer pessoa surdocega que demonstre interesse real na comunicação ou por aqueles que, no processo de perda da audição, queiram corrigir seu vocabulário.

3.3.2 Sistema Braille

O sistema Braille foi criado na França por Louis Braille que sofreu um acidente doméstico aos três anos de idade, tendo ferido o seu olho esquerdo ao perfurar um pedaço de couro com um objeto pontiagudo, provocando hemorragia seguida de infecção, que não foi tratada adequadamente. Como consequência, surgiu a conjuntivite e depois oftalmia. Meses mais tarde, a infecção atingiu o outro olho, deixando-o cego aos cinco anos de idade. (CADER-NASCIMENTO,2005, p.61).

O sistema Braille é composto por seis pontos em alto relevo, permitindo ler 63 sinais obtidos pelas diversas combinações dispostas em celas Braille. Os pontos enumerados de um a seis podem ser combinados nas posições verticais, horizontais ou oblíquas, num mesmo espaço. Nessa estrutura, possibilita o acesso ao conteúdo de todas as disciplinas (Português, Matemática, Física, Química etc.).

A aprendizagem do sistema braille exige concentração e atenção em aspectos sutis da escrita e da leitura, requer habilidade cognitiva e uma percepção tátil bem desenvolvida. Além disso, o usuário do sistema Braille precisa ter uma excelente orientação espacial, pois está será o suporte no

processo de leitura do registro em braile. (CADER – NASCIMENTO, 2005, p. 62)

O Braille pode ser produzido de diversas maneiras, sendo as mais comuns: reglete e punção, (máquina Braille modelo Perkins). Sua leitura é realizada com as pontas dos dedos indicadores que deslizam sobre as linhas escritas identificando, por meio de movimentos horizontais, sagitais e de pressão, as configurações dos pontos que formam cada palavra (MILLES e RIGGIO, 1999).

3.3.3 Alfabeto Dactilológico

O alfabeto dactilológico, alfabeto digital ou alfabeto manual, não é universal. Este sistema consiste em perceber a alteração na articulação dos dedos para representar os caracteres nos alfabetos utilizados em diferentes países. Alguns caracteres permanecem e outros não. No Brasil, o alfabeto utilizado possui 25 caracteres, nos quais ocorre alteração da articulação da mão, do movimento, da orientação e do local sinalizado. Os caracteres correspondem aos grafemas da língua oral e são utilizados para designar certo significado que não tem um sinal lexical específico. (CADER-NASCIMENTO, 2005, p.60).

É um método analítico que requer uma boa capacidade de síntese para integrar a palavra e boa capacidade de discriminação tátil. Este é um sistema mais indicado para comunicar-se com pessoas cegas que perdem a audição.

Quem lê para mim ou conversa comigo vai compondo as palavras fazendo as letras com as mãos, segundo este alfabeto. Eu ponho a mão na sua, muito de leve, para não impedir os movimentos. Com o tato percebem-se as diferentes posições da mão, do mesmo modo que com a vista. Não sinto as letras em separado, mas agrupamento em palavras, tal como toda a

gente que lê com os olhos. A prática traz notável agilidade aos dedos (KELLER, 2001, p.78)

Hellen Keller, descrevendo como utilizava o alfabeto dactilológico, mostra que o mesmo é determinado pela visão residual e pelo tato e que quando as pessoas surdocegas não conseguem distinguir visualmente as letras, elas o fazem por meio do toque de cada letra realizada pelo mediador.

3.3.4 Língua De Sinais

A língua de sinais foi desenvolvida a partir da língua de sinais francesa. As línguas de sinais não são universais, cada país possui a sua. A LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) possui estrutura gramatical própria. Os sinais são formados por meio de combinações de formas e de movimentos das mãos e pontos de referência no corpo no espaço. (CADER-NASCIMENTO, 2005, p.59).

Segundo a legislação vigente, LIBRAS constituem um sistema lingüístico de transmissão de idéias e fatos, oriundo de comunidades de pessoas surdas no Brasil, no qual há uma forma de comunicação e expressão, de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria.

A utilização de LIBRAS, na interação com pessoas surdocegas, precisa ser adaptada às condições específicas das pessoas. A sinalização será determinada pelo espaço visual da pessoa. Geralmente utiliza-se um espaço bastante reduzido por muitas vezes o surdocego, não possuir visão periférica. Muitas vezes os sinais são digitados no próprio corpo do surdocego em área determinada por ele. Outra forma é manter as mãos do surdocego em cima das mãos do interlocutor. Assim, ele

poderá perceber a articulação, o movimento, o local e a orientação da mão no espaço da sinalização.

3.3.5 Escrita Ampliada

A escrita ampliada consiste na ampliação de textos, frases, palavras, sílabas e letras. A ampliação pode ser manuscrita e impressa. Quando for impressa, o tipo de fonte preferível é Arial e o tamanho da letra entre 20 a 48. Acima disso torna-se difícil a ampliação do material e a identificação da palavra pelo surdocego. Quando a ampliação é realizada de forma manuscrita, o mediador deve utilizar apenas letras em caixa alta, com o tamanho variando entre 1 a 15 cm. (CADER-NASCIMENTO, 2005, p.63).

3.3.6 Sistema Braile Digital

O Sistema Braile Digital segue as mesmas regras e convenções do braile tradicional (os dedos indicador e médio representam a cela braile e em cada falange dos dedos representa-se o espaço de marcação do ponto). Sua utilização ocorre no próprio corpo do surdocego e de seu interlocutor, em geral utilizando os dedos mencionados. Assim, a marcação dos pontos é realizada no dedo indicador e médio os quais representam as celas, e cada uma das falanges representará a marcação de cada ponto. Dessa forma, a criança surdocega poderá se comunicar com outras pessoas que dominam o código Braile mediante marcação de cada letra que compõe uma palavra. (CADER-NASCIMENTO, 2005, p.63).

3.3.7 Escrita Alfabética na Palma da Mão

Este processo consiste no registro de cada letra na palma da mão do surdocego ou em outras partes do corpo. Devem ser escritas com letras maiúsculas e o registro deverá ser realizado com o dedo indicador do interlocutor no centro da palma da mão ou em outras partes do corpo da criança surdocega para que esta perceba, por meio do tato, cada letra registrada. (CADER-NASCIMENTO, 2005, p.64).

Outra forma é utilizar o próprio dedo da criança como ferramenta de registro de mensagens. Para tanto deve-se orientar o movimento do dedo da criança na realização do traçado de cada letra na palma da mão ou sobre uma superfície plana qualquer.

3.3.8 Língua Oral Amplificada

A língua oral amplificada é a recepção da mensagem expressa pelo interlocutor por meio da língua oral, mediante o uso, por parte da criança, de aparelho de amplificação sonora (AASI). É fundamental que o interlocutor se coloque a uma distância adequada, de acordo com a perda auditiva da criança surdocega, e do lado em que apresentem melhores condições de percepção do som. (CADER-NASCIMENTO, 2005, p.61).

3.3.9 Objetos de Referência

De acordo com BLOOM (1990), objetos de referência são objetos que tem significados especiais associados a ele. Para a criança surdocega funcionam, da mesma forma que as palavras.

Palavras são símbolos com significado para a criança alfabetizada. O Braille é um símbolo que a criança cega utiliza, da mesma forma que as palavras e os objetos de referência possuem um significado para a criança surdocega e pode ser utilizado para se comunicar.

Os objetos de referência são utilizados de várias formas ao ler, escrever, lembrar de coisas, situações, expressarem idéias e comunicar-se com outras pessoas. Crianças cegas e com dificuldades de interpretar podem beneficiar-se do uso de objetos.

De acordo com Ockelford (apud CADER – NASCIMENTO, 2005), as crianças surdocegas têm se beneficiado do uso de objetos de referência durante algum tempo, e estes objetos vêm desempenhando papel importante na educação da criança surdocega.

3.4 ABORDAGEM CURRICULAR

Na educação especial nem sempre o educador possui modelos curriculares para consultar como base na elaboração dos planejamentos para os alunos. Quando os possui, estes modelos de currículos nem sempre se adaptam à realidade do aluno.

Essas adaptações buscam a flexibilidade e dinâmica que o currículo deve ter, bem como as adaptações necessárias para o ensino-aprendizagem do aluno.

Na educação especial, alguns questionamentos devem ser feitos para a elaboração do currículo: O que ensinar? Por que ensinar? Como ensinar? Quem ensinar? (OLEROVE e MALATCHI,1996).

O currículo, no seu processo de elaboração, deve ser contínuo, constante, com a avaliação guiando todas as ações posteriores. No entanto, na educação especial, cabe à escola e aos professores realizarem adaptações necessárias ao seu contexto. Este é o ponto em que se consideram as especificidades de cada aluno, pois nem sempre os modelos curriculares contemplam as necessidades do aluno.

Baine (1991, p.5) definiu currículo como “conteúdo e seqüência de conhecimento e habilidades a serem ensinadas em uma área de instrução”. Na visão desse autor o currículo, na educação especial, provém de cópias diluídas de um currículo de educação regular.

Na educação especial, um dos aspectos mais difíceis é o professor ensinar as atividades, nomeadamente acadêmicas, em contexto de atividades de vida autônoma e social para o desenvolvimento de habilidades práticas.

Os currículos caracterizam-se por serem abertos ou fechados, como descritos a seguir (GUINÉ; RUOIZ, 1995, p.300 apud COLL et al., 1986). Os currículos fechados são modelos em que o professor segue as indicações, passo a passo, aplicando-os sem problemas excessivos. No caso de alunos com deficiências múltiplas e com surdocegueira, esse currículo é vantajoso porque permite uma

avaliação destes critérios que, quando bem utilizados, podem servir de parâmetros devido ao grau de coesão do currículo.

Segundo Comerdi (2005), o fator limitante do currículo fechado reside no fato deste não se adaptar às características particulares dos diferentes contextos de aplicação. Por mais que se planeje um currículo completo, sempre existirão lacunas em relação às características e às necessidades específicas de cada aluno. Além disso, um modelo fechado é pouco permeável às condições reguladoras dos professores no decorrer da aplicação.

Os currículos abertos contemplam diferentes contextos de aplicação, permitindo que o professor se envolva de forma criativa. Para alunos com deficiências múltiplas e com surdocegueira, apresenta a vantagem de incorporar a necessidade de adaptações específicas, abordando pressupostos particulares. No entanto é limitado por não apresentar homogeneidade para toda a população escolar, além de exigir do professor um esforço e uma formação mais específica, do que para desenvolver um modelo de currículo fechado.

Os indivíduos com surdocegueira muitas vezes possuem respostas limitadas, que desafiam a criatividade do professor nas estratégias da elaboração do planejamento.

Segundo Zambone (2002), existem dois modelos básicos curriculares para o surdocego: o desenvolvimentista e o funcional, sendo o mais indicado o modelo funcional em função das críticas ao modelo desenvolvimentista.

3.4.1 Modelo Desenvolvimentista

Na abordagem desenvolvimentista, o conteúdo curricular foi baseado nas escalas de avaliação, que foram descritas a partir da observação do desenvolvimento e crescimento de crianças normais. A seqüência de desenvolvimento, descrita para crianças normais, foi usada como guia e parâmetro para avaliação do desenvolvimento de crianças com múltiplas deficiências.

A maioria dos currículos elaborados para esses alunos está referenciado em teorias ou modelos do desenvolvimento humano normal, os quais trazem a elaboração e o refinamento progressivo de habilidades motoras, sociais e cognitivas dentro de um conjunto de características e competências demonstradas por alunos adolescentes normais. Essas teorias são baseadas em estágios do desenvolvimento pelos quais todas as crianças passam, processo natural de busca por uma independência e autonomia futura (BROWN, 1979, p.76)

A abordagem curricular desenvolvimentista fundamenta-se em três aspectos (EICHINGER, DOWNING e HOUGHTON (1990, p.6):

- O crescimento e desenvolvimento das crianças normais prevêem uma ordem lógica de aquisição de habilidades dentro de um intervalo de idades;
- Muitas das habilidades listadas em uma seqüência de desenvolvimento são pré-requisitos para a aquisição de novas habilidades;
- As habilidades identificadas em crianças normais podem ser usadas para avaliar alunos deficientes que funcionam no mesmo nível de desenvolvimento.

A elaboração do conteúdo do currículo desenvolvimentista é feita sob a ótica das escalas de avaliação formal, avaliação informal ou adaptada para alunos com deficiência. Nesse modelo de currículo, os objetivos a serem alcançados visam as seguintes áreas: desenvolvimento motor grosso e fino, comunicação, atividades de vida autônoma e social, atividades acadêmicas e pré-acadêmicas, pré-vocacional, afetivo-emocional, social, sensorial: visão e audição.

Para Eichinger, Downing e Houghton (1990) a abordagem desenvolvimentista apresenta benefícios e limitações. Os benefícios são:

- O progresso do aluno pode ser avaliado sistematicamente e pode ser mensurado segundo as escalas de avaliação;
- O instrumento de avaliação que acompanha o currículo deve ser usado como guia para se decidir a próxima habilidade a ser ensinada;
- Os resultados da avaliação proporcionam uma visão global das potencialidades e necessidades do aluno, podendo auxiliar o educador na identificação de instrumentos de avaliação adicionais.

Orelove e Sobsey (1996) analisam, como um benefício, o fato de que as escalas de avaliação, nas quais é baseado o delineamento do currículo, podem ser usadas para comparar os primeiros estágios do desenvolvimento, principalmente para bebês e crianças pequenas.

As limitações do currículo desenvolvimentista encontradas por Eichinger, Downing e Houghton (1990) foram as seguintes:

- As informações obtidas a partir da aplicação das escalas baseadas no desenvolvimento e crescimento infantil normal freqüentemente resultam no ensino de habilidades isoladas, que não são úteis ou significativas para os alunos, quando estes estão em ambientes naturais do seu cotidiano de vida;
- As crianças com dupla deficiência sensorial geralmente não demonstram o mesmo progresso no desenvolvimento e crescimento em relação a crianças com deficiência. Habilidades podem não ser aprendidas, fato que dificulta o progresso para o próximo nível.

Para Orelove e Sobsey (1996), este currículo tem por limitação o fato de que as escalas de desenvolvimento infantil são elaboradas muito mais para

descrever a forma de comportamento infantil do que as funções, as razões desse comportamento. Por isso, é um modelo curricular com enfoque de nível inferior para superior do desenvolvimento.

O que limita o uso de uma avaliação desenvolvimentista para o surdocego é o fato desses indivíduos não desenvolverem ou adquirirem habilidades na seqüência descrita nas escalas de desenvolvimento.

Determinadas estratégias educacionais para jovens com múltiplas deficiências e surdocegueira podem resultar em instruções diretivas, não funcionais, artificiais e inapropriadas para suas idades cronológicas. Embora eles possam realmente demonstrar um progresso nessas seqüências de estágios, hierárquica e crescente, a discrepância entre as habilidades definidas por esses estágios e as habilidades esperadas relativas à idade cronológica aumentam cada vez mais à medida que se tornam adultos. A seqüência de habilidades descritas no programa educacional pode levar o professor a planejar a ação a partir de habilidades anteriores que são pré-requisitos para estágios posteriores do desenvolvimento. Isto pode acarretar que alunos mais velhos não sejam instruídos de acordo com sua idade cronológica, mas de acordo somente com sua idade mental (BROWN;CERTO;GRUENEWALD, 1979, p.89).

3.4.2 Modelo Funcional

A abordagem curricular que pressupõe a aplicação de atividades significativas segundo a idade cronológica, é a abordagem funcional de Brown, Certo e Gruenewald (1979), que, nos anos 70, observavam que as escolas para deficientes mentais colocavam os alunos em situações artificiais de aprendizagem. Partindo do ponto de que aquilo que esses alunos deficientes aprendiam em situações escolares dificilmente generalizava para outras situações de sua vida cotidiana, Brown (1979) propôs como alternativa a funcionalidade das atividades educativas em ambientes naturais e de acordo com a idade cronológica do aluno (EICHINGER; DOWNING E HOUGHTON, 1996, p.17).

A abordagem funcional proposta inicialmente para deficientes mentais foi gradativamente incorporada ao processo de delineamento de currículos e programas educacionais para surdocegos e múltiplos deficientes. Ocorreu desta forma por estes indivíduos não necessariamente desenvolverem ou adquirirem habilidades em uma seqüência normal, como descritas nas escalas de desenvolvimento, ou que algumas habilidades não podem ser adquiridas se não forem em ambientes naturais do dia a dia destes indivíduos (BAINE, 1991).

“O currículo funcional tem por objetivo definir as habilidades prioritárias que o aluno necessita para funcionar em ambientes de seu cotidiano visando independência futura. Habilidades prioritárias caracterizam-se por serem funcionais, significativas, apropriadas à idade cronológica, refletem o impacto da transição para o futuro e são relevantes para a performance em ambientes organizados” (EICHINGER; DOWNING; HOUGHTON, 1990, p.17).

As habilidades são aquelas necessárias para que o aluno surdocego possa ser mais independente na escola, em casa, na comunidade e no trabalho. A ênfase não é o ensino de habilidades motoras individuais, de socialização, de comunicação, fora do contexto diário deste aluno, mas busca-se o ensino destas habilidades em uma rotina de vida diária, de forma natural em ambientes naturais freqüentados pelos alunos (BROWN; CERTO; GRUENEWALD, 1979).

A abordagem funcional utiliza os conhecimentos da criança surdocega para ensinar a atividade como parte natural do seu cotidiano de vida diária; dividir a atividade em distintos passos para facilitar a aprendizagem; ensinar esses passos nos ambientes relativos à aprendizagem natural dessas atividades, os quais devem proporcionar a independência em sua vida futura (JONG; RAEMAEKERS; ZAMBONE, 2002).

Goetz (1995, p.6, citando COLLINS 1992), afirmou que, devido a sua condição única, a surdocegueira requer, além de um currículo funcional apropriado à faixa etária, que os seguintes aspectos estejam contemplados no programa educacional individualizado:

Os objetivos quanto à linguagem que refletem o modo mais usual do aluno para comunicar-se.
Atividades de desenvolvimento sensorial.
Estratégia de ensino que considerem o estilo de aprendizagem do aluno.
Treinamento de mobilidade.
Aumento das habilidades cognitivas pelo uso das informações sensoriais.
Aumento das oportunidades de interação social.
Ensino de leitura e escrita se apropriado.

Considera-se como essencial, dentro da abordagem funcional, a avaliação do ambiente em que o aluno vive utilizando-se o termo inventário ecológico ou do ambiente para identificar os ambientes em que as atividades serão ensinadas. Os ambientes podem ser divididos em sub-ambientes. O enfoque no ambiente baseia-se no fato de que surdocegos podem não transferir a aprendizagem de uma situação a outra, por isso precisam ser ensinados em seus ambientes naturais no contexto de atividades significativas.(BROWN et. al., 1979; BAINE, 1991; EICHINGER; DOWNING; HOUGHTON, 1990; ORELOVE; SOBSEY, 1996).

O modelo do currículo funcional é sinônimo do modelo ecológico e há autores que assim os referiram. A abordagem curricular funcional ou ecológica, segundo Mar (1995, p. 320-321), inclui:

- O desenvolvimento de habilidades que o aluno necessita para seu futuro, sendo o autônomo possível, integrado em sua família, escola e comunidade;
- O ambiente físico e social onde vive o aluno. O conhecimento deste ambiente é fundamental para a evolução de seus comportamentos comunicativos;

- A ênfase dos comportamentos comunicativos em um contexto de habilidades práticas – atividades de vida diária, escola, trabalho e lazer. Dessa maneira, o comportamento comunicativo do aluno tem melhor evolução e compreensão em uma situação de interação com os outros em distintas circunstâncias;
- A identificação e compreensão dos profissionais das distintas situações e ambientes que influenciam e fazem mudar os comportamentos comunicativos.
- A aprendizagem de atividades de vida diária pelo aluno, para uma integração na escola, família e comunidade;
- As observações, evoluções e intervenções dos profissionais, realizadas em um contexto de atividades naturais e significativas;
- A intervenção dirigida e estruturada de um ambiente físico, escolar e social, levando em conta as necessidades do aluno, suas preferências, habilidades e interesses. Essa estruturação é um requisito fundamental para o êxito da intervenção;
- As interações entre aluno e seus amigos de classe, familiares, educadores, profissionais e membros da comunidade. Essas interações são consideradas mais importantes que um aumento quantitativo dos comportamentos comunicativos do aluno;
- Estratégias para ajudar outras pessoas a conhecer as oportunidades em que pode relacionar-se com os alunos, ensinando os meios para comunicar-se com ele.

Na abordagem funcional ou ecológica, cada ambiente de aprendizagem é examinado para cada aluno em particular. As atividades selecionadas são significativas para cada aluno em seu cotidiano atual e futuro, nos ambientes como escola, casa, comunidade e, algumas vezes, trabalho. Determina-se o nível de independência que a criança surdocega desempenha nas atividades diferentes.

Os componentes do currículo funcional são: áreas de domínio; materiais e atividades apropriados à idade cronológica; atividades funcionais significativas; preferências dos pais; escolhas e preferências do aluno; instrução em ambientes naturais; participação parcial; integração com outras pessoas sem deficiências; abordagem transdisciplinar (BROWN, 1989; EICHINGER; DOWNING; HOUGHTON, 1990; BAINE, 1991). As construções do currículo funcional ou ecológico estão baseadas no pressuposto de oferecer uma assistência global, a qual tem como objetivo atender as necessidades específicas do indivíduo proporcionando-lhe o desenvolvimento de suas habilidades.

3.4.3 Aspectos dos Modelos Curriculares: Desenvolvimentista e Funcional

Segundo Eichinger et al. (1990), na elaboração de um currículo pode-se ter grandes orientações: uma de caráter desenvolvimentista e outra, funcional.

3.4.3.1. Modelo Desenvolvimentista

- Baseado no crescimento e desenvolvimento normal da criança;
- Utiliza escalas de desenvolvimento normal para comparar o seu desenvolvimento;
- Pressupõe uma seqüência de aquisições de habilidades;
- Instruções, atividades e materiais adequados à idade de desenvolvimento.

3.4.3.2. Modelo Funcional

- É centrado nas necessidades atuais e futuras do aluno;
- Adaptações são realizadas com a finalidade de aumentar sua participação nas atividades;
- Considera o ambiente em que vive o aluno;
- As potencialidades e necessidades do aluno são avaliadas em termos de sua análise, ou seja, faz-se comparação entre suas habilidades, descritas nas escalas de evolução, e os resultados do aluno nestas habilidades;
- As instruções, atividades e materiais são adequados à idade cronológica do aluno.

3.4.3.3. Aspectos do Desenvolvimento Nos Modelos Curriculares

QUADRO 2: diferenças no currículo baseado no desenvolvimento e no currículo funcional

CURRÍCULO BASEADO NO DESENVOLVIMENTO	CURRÍCULO FUNCIONAL
Coordenação motora	Independência em atividades de vida autônoma e social
Comunicação	Trabalho
Cognição	Recreação
Atividades acadêmicas	Atividades em conjunto
Socialização	Educação regular
Atividades de vida autônoma e social	
Atividades pré-vocacionais e vocacionais	
Estimulação sensorial: visão e audição	

FONTE: EICHINGER et al. (1990)

3.4.3.4. Benefícios dos Modelos Curriculares

QUADRO 3: diferenças dos benefícios do currículo centrado no desenvolvimento e no currículo funcional

CURRÍCULO CENTRADO NO DESENVOLVIMENTO	CURRÍCULO FUNCIONAL
Inclui uma grande quantidade de habilidades de maneira sistemática.	Usa-se de maneira extensa, informações obtidas do aluno e família.
Conteúdo globalizado.	Conteúdo bastante individualizado.
O complemento de seus objetivos se realiza por meio de evoluções adicionais e prevê a próxima habilidade a ser ensinada.	O aluno pode transferir e generalizar a aprendizagem de uma situação para outra, em uma seqüência natural.
A evolução pode ser sistemática e seu progresso pode ser mensurado de maneira periódica.	As instruções são individualizadas, considerando a individualidade do aluno.
Dividem-se as atividades em partes componentes.	Busca estabelecer as atividades a partir do nível mais elevado possível para o nível mais baixo.
É utilizado para comparar níveis de desenvolvimento, principalmente com crianças pequenas.	Prioriza a seqüência das atividades de forma relevante e funcional.

FONTE: EICHINGER et al. (1990)

3.4.3.5. Limitações dos Modelos Curriculares

QUADRO 4: limitações do currículo baseado no desenvolvimento e no currículo funcional

CURRÍCULO BASEADO NO DESENVOLVIMENTO	CURRÍCULO FUNCIONAL
Baseado em observações do desenvolvimento da criança normal.	Não utiliza as informações baseadas no desenvolvimento e descreve estratégias educacionais.
Focaliza a atividade de maneira isolada.	Atividades selecionadas podem estar abaixo das potencialidades do aluno.
Enfatiza mais a produção do que a função da habilidade	Exige mais tempo para ser elaborada a programação completa e disponibilidade e experiência do profissional.
Materiais e atividades podem não ter significado para os alunos.	Não existe regra do que se deve ensinar antes. Não oferece instruções.

FONTE: EICHINGER et al. (1990)

A complexidade no atendimento às necessidades apresentadas pelo aluno surdocego exige a elaboração de um currículo consistente e individualizado para que o mesmo sinta segurança na execução do que se propõe e, desta forma, ocorra a aprendizagem com êxito. A importância da inserção da alimentação neste currículo ocorre por que esta é uma necessidade natural do indivíduo. Desta forma o aluno consegue interagir de forma mais próxima e eficiente com o meio, atendendo diretamente a uma necessidade que lhe é peculiar e associando mais eficazmente as demais aprendizagens que se fizerem necessárias para alcançar uma vida autônoma e social.

4 ATIVIDADES DE VIDA AUTÔNOMA E SOCIAL

O indivíduo ao nascer com problema de dupla incapacidade visual e auditiva poderia ser, há alguns anos atrás, um candidato potencial para receber rótulo como deficiente mental.

Ser surdo e cego, em países de terceiro mundo continua, muitas vezes, a ser problema insolúvel que condena a criança a converter-se, quase que irremediavelmente, em um ser que vegeta com os olhos mudos e ouvidos cegos.

Mas, felizmente, a surdocegueira começa a ser vista como uma incapacidade unicamente sensorial e não intelectual, graças ao esforço de muitas instituições que, em nível mundial, trabalham para a integração social destes grupos.

É fundamental uma educação desde o início do nascimento do bebê surdocego ou do bebê que adquiriu esta dupla deficiência sem ter desenvolvido o hábito da linguagem. Esta parece ser a chave para alcançar resultados futuros. 'O bebê surdocego quer ser o pilar sobre o qual sustentará todo o processo educativo a ser desenvolvido quando a criança abandonar o seu lar'. (FREEMAN, 1991, p.76).

4.1 ATIVIDADES DE VIDA AUTÔNOMA E SOCIAL

O termo atividades de vida autônoma e social designa-se às atividades de vida diária, pela Resolução CNE/CEB Nº 2, de 11 de Setembro de 2001, que institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica.

As atividades de vida autônoma e social referem-se a um conjunto de atividades que visam o desenvolvimento pessoal e social no cotidiano do indivíduo, tendo em vista a independência, a autonomia e a convivência social do surdocego.

West (1989, p.121) observa:

As habilidades da vida diária são tão importantes para os alunos surdocegos em sua preparação para o futuro e para seu desenvolvimento intelectual e sua interação social e participação em sua comunidade. A habilidade para realizar atividades de vida diária tão independente favorecendo a sua auto-estima e os seus sentimentos que são importantes para seu desenvolvimento psicológico.

Estas observações também são aplicadas para os indivíduos com múltiplas deficiências. Os programas de atividades de vida autônoma e social devem ser desenvolvidos por meio de um conhecimento técnico científico, de tempo, compreensão, imaginação, senso comum, flexibilidade, tolerância, coerência, conhecimento sobre personalidade, conhecimento das dificuldades e das necessidades do surdocego, além de levar em conta as expectativas e os interesses do indivíduo.

Segundo Jesus (1994) as atividades de vida autônoma e social são muito importantes e têm como objetivo proporcionar, à criança, condições para que, dentro de suas potencialidades, possa formar hábitos de auto-suficiência que lhe permitam participar ativamente do ambiente que vive.

O programa de atividades de vida autônoma e social deve iniciar-se o mais cedo possível, com intervenção apropriada e orientação à família, quando muitas alterações podem ser compensadas ou superadas. As atividades de vida autônoma e social devem ser desenvolvidas a partir do nível de experiência perceptiva, dos significados e do nível conceitual do indivíduo.

Eu era também atraída pelo pomar, onde os frutos começavam a amadurecer em julho. Os lindos pêssegos aveludados pareciam procurar meus dedos. A brisa atirada a meus pés as maçãs maduras. Que delícia quando eu entrava em casa com o avental pesado de frutas e passava na face as maçãs lisinhas, ainda quentes do sol matinal! [...] Preferíamos ler e estudar ao ar livre. O aroma suave da campina está ligado à recordação de

meus primeiros estudos. Parece-me estar sentindo ainda o perfume dos pinheiros resinosos, misturado ao cheiro da vinha selvagem. Sentada à sombra dos pés de tulipas, aprendi a sentir o belo que emana das coisas da natureza. (KELLER, 2001, p.41)

Através de Helen Keller compreendeu-se que, nas atividades de vida autônoma e social encontram-se oportunidades ricas para explorar o desenvolvimento dos sentidos.

Nas atividades de vida autônoma e social deverá haver a participação da família, que deve ser orientada para que o indivíduo tenha pleno domínio do meio e das atividades comunitárias. As atividades desenvolvidas devem ter como ponto de referência, não apenas o nível de desempenho das pessoas que enxergam, mas fundamentalmente as peculiaridades da surdocegueira, a forma diferenciada de perceber e de se relacionar com o meio e suas experiências anteriores. .

O ensino das atividades de vida autônoma e social deve respeitar os valores de cada pessoa, sem forçar nem pressionar para que se efetivem essas aprendizagens, sendo essencial que sejam internalizadas pelo indivíduo para serem reproduzidas e usadas permanentemente, visando sempre à realidade dessa pessoa.

A criança ao nascer encontra-se num estado de total dependência, situação que gradativamente desaparece com seu crescimento já que, na fase pré-escolar, começa a alimentar-se, vestir-se, ir ao banheiro, sozinha e escovar os dentes sem necessitar de ajuda, ou apenas com ajuda parcial.

Na educação da criança surdocega as atividades de vida autônoma e social são indispensáveis ao seu ajustamento social, sendo feito um treinamento com técnicas específicas para que possa desenvolver seu potencial.

Se os hábitos à mesa, a postura e forma de se vestir e a higiene pessoal são comportamentos adaptativos, há necessidade de um treino intensivo, pois a criança surdocega pode apresentar atitudes inadequadas em várias situações, devido às alterações de defesa sensoriais e o medo do desconhecido. Sem dúvida, após um treino em um maior espaço de tempo acabará realizando as tarefas, tomando-se em conta as diferenças individuais e a restrita capacidade de imitação de quem não vê.

Programa de atividades de vida autônoma e social:

Vestir meias é complicado, até para quem não tem problemas de coordenação. Mesmo que não pareça o ato de vestir meias envolve uma série de passos. Por isso a professora ajuda Lia, colocando a meia até o calcanhar. Só falta ela dar um puxão. Na próxima vez, a professora coloca a meia no pé e Lia precisará puxá-la até o calcanhar e depois para cima. Mais um pouco e ela já conseguirá vestir meia sozinha. (WINDHOLF, 1988, p.56)

O indivíduo só aprende aquilo que vive de forma concreta. Por isso, é muito importante que faça suas descobertas por manipulação e exploração do ambiente tanto físico quanto social.

Devem ser exploradas situações referentes à alimentação, saúde, higiene pessoal, segurança, vestuário e atividades domésticas.

Através do treino de atividades de vida autônoma e social, a criança aprende a vestir-se adequadamente, a cuidar de sua aparência pessoal, a caminhar, a sentar e gesticular de maneira adequada, a localizar os alimentos, a controlar a quantidade de comida no prato, a localizar os alimentos no prato, a controlar a quantidade de comida nos talheres, a servir-se à mesa, a encher copos e garrafas, a receber visitas, prevenindo-se contra acidentes.

O programa de atividades de vida autônoma e social visa atender às próprias necessidades essenciais do indivíduo. A maioria das crianças adquire estas destrezas de autonomia de forma natural e automática, por imitação dos adultos e seus pares. Todavia, com o surdocego, esses hábitos são de mais difícil incorporação, requerem maior treino e prática, assim como uma rotina adequada de aprendizagem. O educador deve ter claro que, quanto mais a criança buscar essa independência, maior será sua independência na sua vida adulta.

Ao ensinar as atividades de vida autônoma e social, a meta é poder alcançar o maior grau de independência que seja possível para este aluno, de acordo com suas características.

Mais que qualquer outro conteúdo, devem ser ensinadas as atividades de vida autônoma e social em fases naturais e nas horas apropriadas, com materiais e objetos reais. A colaboração entre a escola e família resulta em aprendizado de forma sistêmica e contínua. Para isso, é fundamental trabalhar com um plano de instrução compartilhado entre escola e casa.

As atividades de vida autônoma e social buscam as habilidades de cuidado pessoal e o manejo da família.

Nas habilidades de cuidado pessoal busca-se trabalhar a alimentação, a vestimenta e os cuidados pessoais com o surdocego.

- Alimentação: Ao treinar esta habilidade com a criança surdocega, permite-se que ela alcance um maior nível de independência, favorecendo a capacidade de controlar por si mesma as ações básicas de sua vida. Esta se relaciona diretamente com as possibilidades de interagir em forma mais positiva com o meio social.

- Vestimenta: Este item envolve muitas habilidades diferentes. É muito importante ensiná-lo em ambientes naturais, que resultem significativamente ao aluno. O educador irá trabalhar o vestir-se e desvestir-se, o reconhecimento de suas roupas e usá-las adequadamente, o treino de abotoar e fechar as roupas, o treino de como colocar os sapatos, amarrar o cordão, a privacidade do seu vestir-se e desvestir-se.
- Cuidados pessoais: Dentro deste item contemplam-se as noções relativas ao banho e o cuidado pessoal. Estas concepções são essenciais para sua saúde e, também, por razões sociais. O processo de controle dos esfíncteres e treinamento do banho são diferentes em cada aluno. Muitos dos alunos controlam os esfíncteres e suas famílias são encarregadas de ensinar os cuidados necessários a essa rotina, pois muitas vezes esse treino é realizado na escola e não há participação da família, o que dificulta a obtenção de resultados positivos. O treino de banho deve ser realizado de forma sistêmica, sendo constante, tanto na escola, quanto em casa. Dentro do treino dos cuidados pessoais, deve-se analisar que, à medida que o indivíduo cresce, novos hábitos de higiene devem ser ensinados.

O manuseio das atividades de vida autônoma e social da família com o surdocego permite ao aluno incorporar noções relativas a atenção e cuidados pessoais em torno de si mesmo, para buscar uma maior independência. Dentro desses itens a serem trabalhados encontram-se:

- Tarefas gerais: Aprendizagens de tarefas domésticas, tarefas de limpeza, reconhecimento de elementos perigosos, acomodação de itens em lugares correspondentes;

- Tarefas específicas em diferentes dependências como no quarto, banho, ao jantar, cozinha. Ordenar e reconhecer seus objetos pessoais, deixar em ordem as distintas dependências da residência, cuidados e reconhecimento de suas roupas.
- Cozinha: As atividades na cozinha são muito enriquecedoras para o indivíduo surdocego pois, de uma maneira prática e seguindo uma rotina familiar como a de alimentar-se, incluem-se destrezas sociais, cognitivas, motrizes e comunicativas. É muito importante a sua participação no preparo do alimento, analisando o que o mesmo gostaria de consumir.
- Saídas sociais: Esta experiência de interação com a comunidade deverá ocorrer o mais cedo possível e ser realizada de maneira significativa para o indivíduo.

Outro aspecto muito importante dentro das atividades de vida autônoma e social é o treino de orientação e mobilidade com o surdocego, cuja sua aprendizagem pode trazer ao indivíduo muitos benefícios para sua qualidade e estilo de vida. Benefícios estes que vão desde sua fase infantil até a fase adulta como independência, segurança, autoconfiança, integração, contato social, privacidade, oportunidade de trabalho, conhecimento real dos objetos, ambientes físicos e eventos sociais.

A pessoa com deficiência sensorial que não pode locomover-se independentemente, fica limitada em concretizar decisões espontâneas, em assumir ou concluir várias atividades de conhecimento e satisfação social. Afirmam, ainda, que na área social e na interação com o ambiente, a orientação e a mobilidade são, sem dúvida, essenciais, pois a dependência da pessoa com deficiência sensorial (visão e audição) pode levá-la a um estado de isolamento e de descrédito.(MEC/SEESP,2002, p.64).

As principais funções dos recursos e instrumentos de mobilidade, como os prolongamentos da sensibilidade de uma pessoa, são de proporcionar a ela um deslocamento sem colisões ou quedas e, no caso específico da bengala, de

percepção e antecipação daquilo que se encontra em seu trajeto. A participação da família neste processo é de grande importância pois, no ambiente familiar, a criança, o adolescente e o adulto vivenciam as experiências próprias de sua realidade com maior naturalidade e destreza. Especificamente em relação à bengala, acredita-se que ela deva fazer parte dos brinquedos da criança para que, no dia-a-dia, ela tome contato com este instrumento, se familiarize com ele e o inclua em seu esquema corporal.

4.2 ALIMENTAÇÃO

A alimentação do ser humano tem início com a amamentação. Esta constitui um dos fatores mais importantes para a saúde da criança, de acordo com a opinião de médicos e psicólogos (SERPA, 2002).

4.2.1 Significado da Amamentação

A amamentação é influenciada por condições culturais, sociais, psíquicas e biológicas, configurando um comportamento humano complexo. A vivência da amamentação é, para a mãe, fortemente mediada pelas próprias experiências como mulher - experiências essas referentes não somente ao fato de ela própria ter sido amamentada ou não, mas também às situações que essa mulher presenciou ao longo de sua vida.

Sabe-se que uma criança ter visto outras pessoas amamentando é fato que tem uma provável influência positiva na possibilidade desta, quando adulta, vir

também a amamentar no futuro. O contrário pode ocorrer pois, ao ver mulheres amamentando às escondidas, transmite-se à criança a idéia de que a amamentação é um evento íntimo, talvez até vergonhoso. Isso pode inibi-la no futuro, quando precisar amamentar em público, tornando-se uma dificuldade extra para o aleitamento.

Segundo Rezende et al. (2002), é preciso levar em conta que tais influências constituem-se possibilidades, uma vez que o ato humano não é mera repetição de outros aos quais foi submetido no passado. A escolha de um comportamento (consciente ou não), é mediada pelo significado que o ato tem para o indivíduo.

O significado de um ato, por sua vez, é constituído não somente por suas experiências, como também pelas compreensões e práticas que determinada comunidade tem a respeito do assunto.

Rezende et al. (2002) exemplifica como atualmente é comum a amamentação ser veiculada pela propaganda, como um comportamento de amor da mãe por seu filho. Desse modo, a propaganda está veiculando uma certa compreensão relativa ao aleitamento, à qual toda a comunidade em geral está submetida. Por sua vez esses conceitos, transmitidos pelos meios de comunicação, tradições, escola, família e outros, exercem influência na tomada de decisão das pessoas.

Um outro ponto fundamental para a promoção do aleitamento materno é o grau de apoio de que a nutriz dispõe (família, condições de trabalho, berçários, creches, etc), conforme afirma Carvalho et al. (1997, p. 253): “Manter a prática de amamentação é uma responsabilidade da sociedade”.

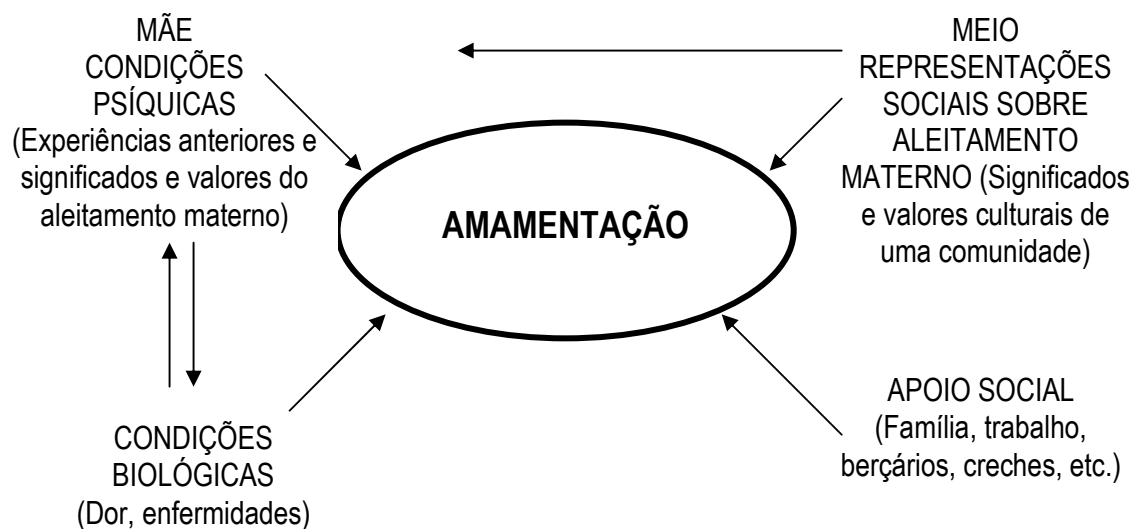
Aos fatores que influenciam na amamentação acrescenta-se outro, que é a condição biológica da mulher. Sabe-se que praticamente todas as mulheres têm possibilidades biológicas para amamentar, ou melhor, para começar a amamentar. Mas, no decorrer da amamentação pode haver ocorrências que interferem na amamentação tais como: fissura nos mamilos, diminuição na quantidade de leite, que podem levar à interrupção da amamentação.

Segundo Winnicott (1998, p.134), “a mãe tem um tipo de identificação extremamente sofisticado com o bebê, ela se sente muito identificada com ele, embora, naturalmente, permaneça adulta”.

Com o intuito de ajudar a nutriz a amamentar, é importante saber como se dá a confluência de todos os aspectos envolvidos no ato de amamentar, a fim de que essa ação ocorra de forma mais eficiente.

Segundo Rezende et al. (2002), as condições e processos que influenciam a amamentação podem ocorrer dessa forma:

FIGURA 1: condições e processos que influenciam na amamentação



FONTE: REZENDE et al. (2002).

Diante disso, é importante a comunicação com a mãe, ouvindo-a, atendendo às suas necessidades e dando-lhe as informações que solicita, no momento adequado (quando ela está em condições de absorvê-las e aproveitá-las). A mãe sentir-se-á segura se tiver conhecimentos sobre a forma apropriada de amamentar seu bebê, sobre a produção e composição do leite e seus benefícios para a saúde do bebê e da mãe, bem como os problemas físicos e dificuldades mais comumente encontradas na prática de aleitamento.

4.2.2 Alimentação Materna

Se pensarmos em uma mãe em luto, tratando de entender a nova situação de um filho com necessidades especiais, mesmo que ela já tenha amamentado um outro filho antes, a situação emocional desta mãe e do bebê torna mais difícil esse momento.

Marquesan (1993) cita que a exploração através da boca é, para o bebê, a principal forma de adquirir conhecimento. Ferioli (1993) refere o aparecimento deste tipo de atraso em crianças surdocegas.

Ao iniciar a amamentação da criança com surdocegueira é muito importante que desde o início, a mãe antecipe à criança que irá alimentá-la, tocando seus lábios e lhe permitindo sentir seu seio.

Através da amamentação, mãe-filho possuem uma maior oportunidade de envolvimento e aprofundamento afetivo. Psicologicamente, ocorre uma redução do efeito traumático da separação provocada pelo parto. Portanto, a amamentação não é apenas um processo fisiológico de amamentar o bebê, mas envolve um padrão mais amplo de comunicação psicossocial entre mãe e filho.

Para Abreu (apud REZENDE et al., 2002) é através deste contato que a criança relaciona-se com o mundo, abrindo-se para novas experiências. É este contato corporal que constitui a origem principal do bem-estar, segurança e afetividade, dando ao bebê a capacidade de procurar novas experiências.

Para se ter uma amamentação adequada é necessário que esta mãe esteja cercada de pessoas que consigam auxiliá-la, orientando-a sobre como amamentar essa criança, sem desqualificar suas capacidades de cuidar do bebê,

buscando um sentimento de autoconfiança e satisfação emocional na relação com essa criança.

Ao iniciar a alimentação com mamadeira, esta deve ser antecipada, tocando a boca do bebê, tocando a mamadeira em suas mãos, para deixá-lo saber o que vai acontecer e imediatamente dar-lhe a mamadeira. Normalmente é uma atividade prazerosa para as crianças. Em nossa experiência e na bibliografia especializada não foram registrados casos de crianças que, mesmo com dificuldades motoras severas, não tenham conseguido sugar a mamadeira com seus lábios. É muito importante que se cumpram os horários de rotina e se mantenha a mesma estrutura do ambiente, oferecendo a mamadeira se possível na mesma posição e no mesmo lugar.

Com o decorrer do tempo, pode acontecer que a criança não tenha nenhum problema para tomar líquidos em uma colher, podendo - se passar à alimentação semi-sólidas, como cereais e compotas de frutas e, com o tempo, a alimentos sólidos como todos os demais membros da família.

Todavia, para algumas pessoas surdocegas, é muito difícil mudar os sabores ou conhecer um novo alimento. Para as crianças é difícil alimentar-se de produtos que impliquem um ato maior que o reflexo aprendido de passar um alimento de um lado para outro lado da boca, já que várias crianças surdocegas apresentam alteração de defesas sensoriais (defensibilidade oral). É possível que essa dificuldade seja devida à falta de antecipação - por não saberem o que está acontecendo, por medo, por falta de experiências ou ainda por outras causas. Por isso é importante a antecipação, não só do ato de comer, mas também do alimento que será introduzido, pois pela ausência da visão e da audição, a criança poderá se sentir ameaçada pela textura do alimento novo.

Serpa (2002) faz uma análise das principais causas e possíveis soluções para melhorar alimentação de líquidos, semi-sólidos e sólidos do indivíduo surdocego:

- Considerar como uma das primeiras pautas a rotina e as antecipações;
- Lembrar que é preferível que a criança coma sempre no mesmo lugar (rotina);
- Indicar de alguma maneira o que vai comer. Pode ser tocando-lhe a boca, colocando-lhe um babador. Esclarecer a importância da antecipação e estabelecer com o pai, mãe ou profissional e as demais pessoas que darão comida à criança o mesmo procedimento (antecipação);
- Falar sempre, enquanto ocorrem as atividades, mesmo que a criança não escute, utilizando os objetos de referência, sinais naturais ou simbólicos, dependendo do nível de comunicação do aluno;
- Verificar a temperatura da comida para que não esteja muito fria ou muito quente;
- Considerar o gosto individual. O sabor depende do gosto do aluno. Nem sempre os sabores que agradam aos adultos agradam às crianças e vice-versa;
- Recordar que o momento da alimentação deve ser uma situação prazerosa. Os adultos, às vezes, transmitem ansiedade e angústia à criança;
- Considerar o momento apropriado da alimentação. Não é igual alimentar uma criança com sono ou doente ou quando ela não está bem.

Gradativamente, devem-se iniciar variações com a pessoa surdocega tendo muita paciência e persistência, pois as mudanças para esses indivíduos não são fáceis de assimilar, pois muitas vezes ocorrerá a persistência da criança pelo tipo de alimentação por ele já conhecido.

Segundo Serpa (2002), os novos sabores preferivelmente devem ser introduzidos pouco a pouco, quando a criança esteja em boas condições de saúde,

com muita paciência, permitindo-lhe que prove (pode-se colocar o novo sabor nos lábios e esperar que o saboreie e se leva da mão à boca - colocar na mão o novo sabor de maneira que “acidentalmente” conheça este sabor).

Segundo Serpa (2002), há uma seqüência apropriada para apresentar os sabores: primeiramente o doce, passa-se para o semi-doce, depois para o salgado e, finalmente, para sabores ácidos.

Muitas vezes, na primeira, segunda ou terceira tentativa, a criança rejeita o novo alimento. Deve-se insistir de uma forma firme, usando as rotinas e antecipando-as, permitindo que prove o sabor e veja se reconhece, podendo aumentar a quantidade de um novo sabor pouco a pouco.

Com o decorrer do tempo, é muito importante usar as rotinas e introduzir um novo sabor no início da alimentação, de maneira que o sabor conhecido seja um reforço para que receba novos sabores que deverão ser acrescentados em cada alimentação, sempre ocorrendo a indicação de forma tátil.

No processo de alimentação, quando o aluno aprender a comer, a mastigar e a engolir, pode-se indicar o morder. Para isso, deve ser escolhido um alimento de que ele goste e colocá-lo em sua boca solicitando-lhe que cerre os dentes. Em seguida, puxa-se a porção do alimento que está fora da sua boca, proporcionando - lhe a aprendizagem de morder.

O surdocego deverá participar de todas as atividades sociais que impliquem alimentação em família, participando em todos os lugares em que a família come, como restaurantes ou ocasiões especiais. Isso evita ter que fazer a comida especial e recordar todo o momento que é uma pessoa com necessidades especiais. É muito importante aprender à comer a mesa, buscando sua independência e sua socialização.

Dentro das atividades de vida autônoma e social, deverá ser realizado o treino dessas habilidades, trabalhando o aprendizado de como pegar um alimento com as mãos, o uso dos talheres, copos, pratos, rotinas de limpeza do local no qual se alimentou. No processo de alimentação, deve-se ensinar-lhe as palavras e os sinais dos alimentos que está comendo, bem como o sinal de que acabou. Sempre que houver o sinal, dizer as palavras relacionadas com a ação ou com a comida.

A alimentação é um fator muito importante a ser trabalhado com a criança surdocega, sendo que deve ser feita uma avaliação da função alimentar compreendendo fatores que envolvem a dinâmica alimentar do sujeito. A criança deve passar por uma avaliação mio-funcional-oral por um fonoaudiólogo - ações analisadas conjuntamente que ajudam a compreender os motivos eventuais de atrasos no processo de alimentação e que auxiliam em suas condutas.

É importante, desde os primeiros dias, observar a mãe alimentando a criança, inicialmente sem interferência e, posteriormente, orientando a forma adequada para facilitar esse processo de alimentação.

Segundo Senise (1995), durante a execução destes procedimentos, a fonoaudióloga procura colher dados, observando os seguintes itens :

- A função de sucção, com o uso da mamadeira da própria criança, e canudo quando possível;
- A função da mastigação, durante a alimentação;
- A deglutição;
- O padrão e o modo respiratório;
- A coordenação da respiração, com as funções neurovegetativas;
- O posicionamento da mãe e da criança;
- Como é a colaboração, ou rejeição da criança, em relação à alimentação;

- Tensões corpóreas da mãe e da criança, no decorrer da alimentação;
- Como se dá à comunicação mãe X filho; em relação ao alimento, a análise da consistência, sabor, temperatura e cor;

Em relação ao sistema mio-funcional-oral:

- Posicionamento dos lábios, língua, dentes e mandíbula;
- Tonicidade da musculatura sistema mio-funcional-oral e eventuais tensões;
- Sensibilidade extra e intra-oral;
- Simetria dos órgãos;
- Mobilidade de lábios, língua e mandíbula;
- As estruturas do palato duro, mole, amídalas e dentes;
- Funcionamento da articulação têmporo mandibular.

A soma dos atrasos cognitivos e emocionais leva à dificuldade na formação de noção de objeto, estabelecimento de relações de causa e efeito, memória e capacidade de imitação. Esta última é apontada por Freeman (1991) como uma das responsáveis pelo atraso na mastigação e aceitação de novos alimentos.

Pelos dados coletados pode-se verificar a relação existente entre o ato de levar objetos a boca e posteriormente levar alimentos com a própria mão a boca, com o desenvolvimento das funções alimentares. A coordenação mão-boca-olhos atua na exploração oral dos objetos e de alimentos desenvolvendo novos esquemas de movimentos orais, dissensibilizando a mucosa oral, melhorando a propriocepção intra-oral e experimentando tatilmente novas texturas. Tudo isso terá como resultado o desenvolvimento das novas praxias orais e preparará a boca para receber alimentos com diferentes texturas e sabores. (PUSCHEL, 1995, p.108)

Observamos que o não brincar com as mãos e o não levar os objetos e alimentos à boca, também dificultam a formação do esquema corporal,

principalmente sua organização em eixo medial marcado pela posição da boca e pelo foco visual dos objetos observados.

Observa-se que levar alimentos à boca tardiamente, ou não chegar a levá-los, tem influência diretamente no atraso em adquirir independência em se alimentar.

É muito importante, à família, entender como se processa a deficiência, já que esses fatores influenciam diretamente as primeiras relações estabelecidas entre a mãe e o filho.

Diferentes autores reiteram o que ficou dito, como pode ser lido a seguir.

Brazelton e Bertrand (1992) ressaltam a importância das respostas do bebê às ações da mãe para o estabelecimento da relação mãe e filho. Desta forma os autores refletem sobre a importância do contato visual e auditivo para a formação deste vínculo.

Winnicott (1994) cita que a alimentação é um dos momentos em que o contato corporal é mais intenso entre a mãe e o filho e, caso a mãe esteja tensa e angustiada, a criança perceberá isso pelo diálogo tônico durante os momentos da refeição.

As atividades de alimentação seguem um programa onde devem ser dadas orientações quanto à textura e consistência do alimento que a criança necessita aprimorar e desenvolver como (SENISE, 1995, p. 32):

- Desenvolvimento de uma rotina na alimentação;
- Desenvolvimento de uma dinâmica positiva e o mais harmoniosa possível entre mãe e filho;
- Atenção e concentração no momento da alimentação;

- Participação e interação durante a alimentação;
- Independência e/ ou autonomia em servir-se e alimentar-se;
- Organização temporal e espacial;
- Utilização adequada de talheres, copos e guardanapos;
- Socialização com colegas e profissionais do refeitório;
- Desenvolvimento de comunicação e linguagem;
- Organização corporal e postural;

Como já foi assinalado, no surdocego o desenvolvimento de uma rotina de alimentação é importante, assim como a utilização de técnicas específicas como mão sobre mão para que, gradativamente, diminua o uso do apoio, já que o surdocego necessita desenvolver não somente o ato de comer; mas, também, a manipulação adequada dos alimentos e dos utensílios que irá utilizar e, assim, desenvolver a comunicação adequada para a situação.

Devem-se tomar cuidados para evitar engasgos e aspirações e promover a mastigação, buscando um posicionamento adequado durante a alimentação, a respeito do que a família deverá ser orientada de forma adequada para realizar essas atividades no dia a dia da criança.

“A criança deverá ter apoio total dos pés, altura adequada da mesa em relação ao tronco, posturas simétricas em relação ao eixo médio, posicionamento retificado da cabeça, e posicionamento adequado no colo da mãe” (SENISE, 1995, p. 45). Devido à dificuldade de alimentar-se, recomenda-se a mudança na textura e consistência dos alimentos quando estes oferecerem riscos ou promoverem poucas experiências para a melhoria de padrão da deglutição e mastigação.

Diferentes informações ao mesmo tempo, na boca, são difíceis de serem processadas, interpretadas e planejadas. Portanto, receber separadamente

cada tipo de consistência é um aspecto facilitador para os indivíduos com dificuldade de deglutição.

A modificação da consistência do alimento pode levar ao risco de engasgamento ou aspiração por isso, como já foi assinalado, deve-se iniciar com líquidos até chegar a alimentos sólidos, desenvolvendo sua mastigação. Isso porque os alimentos mais ralos têm a tendência a se espalhar, dificultando o controle motor e o processo voluntário de deglutição, o que aumenta o risco de aspirações ou engasgo. Ao engrossar os líquidos promove-se o controle voluntário sobre o bolo alimentar, e os sólidos promovem o processo mastigatório, uma vez que o bolo consistente será facilitador se o indivíduo tiver dificuldades de processar a informação sensorial e planejar sua mastigação. É muito importante que as famílias entendam esse processo e experimentem essas diferenças, promovendo uma maior qualidade de vida para o indivíduo.

4.2.3 Alimentação, Família e Escola.

A alimentação é uma necessidade vital para o ser humano. É responsabilidade dos pais darem alimentação aos filhos, tenham estes, ou não, necessidades especiais. É um processo que reúne aspectos como a fala (movimentos dos órgãos que implicam na alimentação e que são utilizados posteriormente para falar), linguagem, desenvolvimento das percepções e interação com o outro.

Em alguns casos, é uma situação especialmente estressante para as mães alimentarem seus filhos, sem importar o tipo de comida que recebem se é leite materno, mamadeira, se é com a colher ou em copo.

Entre os indivíduos surdocegos alguns comem sem problemas, mas para outros é um grande conflito e há os que necessitam ser alimentados por sonda. Se a alimentação é via oral e há uma mudança para passar a alimentar-se de mamadeira para a colher, ocorre uma rejeição do alimento devido às alterações das defesas sensoriais, que deve ser trabalho, pois muitas vezes as crianças choram, não comem, cospem e sentem a angústia da pessoa que as está alimentando. Em alguns casos, ocorre a insistência no mesmo tipo de alimentação que o mesmo já conhece, devido à desistência pais e profissionais em darem continuidade a esse novo processo alimentar.

Segundo Serpa (2002), ao oferecer-lhe sempre a mesma comida, gera-se um círculo vicioso, porque a criança surdocega não aprende a conhecer outros sabores, outros elementos utilizados para alimentar-se e isto segue até além da idade em que não mais deve receber comida líquida através de uma mamadeira, prejudicando o seu desenvolvimento.

Os educadores e profissionais necessitam de paciência para conduzir essa aprendizagem num ritmo crescente, mas sempre com persistência, buscando uma rotina no ensino.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para realizar esta pesquisa sobre Estratégias para o domínio de Atividades de Vida Autônoma e Social, referente à alimentação de crianças surdocegas com fissura lábio palatal, utilizaram-se as diretrizes da pesquisa qualitativa, conforme Lüdke & André (1986) por serem mais apropriadas à compreensão das necessidades no atendimento ao surdocego.

Para a coleta de respostas das mães e professores que atendem a criança surdocega, utilizou-se a entrevista. Segundo Lüdke e André (1986), a entrevista é um dos instrumentos básicos para a coleta de dados na pesquisa qualitativa, sendo uma das principais técnicas utilizadas nas ciências sociais. A entrevista permite captar a informação imediata, esclarecer e adaptar questões quando necessário. Escolheu-se a entrevista estruturada com o objetivo de obter respostas consistentes às questões que requeriam esclarecimentos pois, segundo essas autoras, essa “é usada quando se visa à obtenção de resultados uniformes entre os entrevistados” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). A entrevista estruturada assegura que o foco da atenção se mantenha no tema discutido, por meio de perguntas feitas na mesma seqüência a todos os entrevistados. Essa opção pela entrevista estruturada, concordando com Lüdke e André (1986), pareceu o tipo de entrevista mais adequada para esta pesquisa em educação, pois as informações que se queria obter e os informantes que se queria contatar eram mais convenientemente abordáveis com um instrumento mais uniforme.

5.1 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são as mães e professores de três crianças surdocegas que freqüentam o Setor de Surdocego do Centro de Reabilitação Auditiva (CENTRAU), anexo à Escola Estadual para Surdos Alcindo Fanaya Junior.

Os nomes dos sujeitos da pesquisa são fictícios.

5.2 COLETA DE DADOS

Os dados das crianças foram retirados dos prontuários existentes no Setor de Surdocego (CENTRAU) e das entrevistas realizadas com as mães e professores das crianças. Estas entrevistas foram realizadas no Setor do Surdocego em Curitiba.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos pais e professores e a gravação somente utilizada em casos de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos sobre as respostas que o entrevistador registrava por escrito, logo após o entrevistado responder ao questionário.

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

O material de análise consiste em dados registrados das entrevistas estruturadas com as mães e professores dos surdocegos. Segundo Lüdke e André

(1986), analisar os dados de forma qualitativa significa “trabalhar” todo o material obtido durante a pesquisa.

O primeiro passo da análise consistiu na organização das informações gerais sobre os alunos surdocegos, focos da atenção dos sujeitos da pesquisa (mães e professores), conforme aparecem no QUADRO I.

A análise das entrevistas foi realizada em três etapas, sobre os dados das mães e em três etapas sobre os dados das professoras, conforme segue.

Dados das mães

- 1ª).. Leitura e releitura do material registrado, referente às entrevistas.
- 2ª).. Organização dos dados registrados das respostas das mães às perguntas de 1 a 9 no Quadro II e de 10 a 17 no Quadro III.
- 3ª).. Reflexão sobre os itens analisados das respostas das mães.

Dados das professoras

- 1ª).. Leitura e releitura do material registrado, referente às entrevistas.
- 2ª).. Organização dos dados registrados das repostas das mães às perguntas de 1 a 9 no Quadro II e de 10 a 16 no Quadro III.
- 3ª).. Reflexão sobre os itens analisados das respostas das mães.

O pesquisador manteve-se atento para analisar tanto o conteúdo das entrevistas, quanto as expressões, manifestações corporais, pausa, silêncios, etc., durante a coleta de dados.

Após a o levantamento das necessidades primárias e das dificuldades levantadas, foi feito um trabalho de apresentação de dados, comparando-os com os referenciais teóricos existentes.

5.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DE MÃES E PROFESSORES DE SURDOCEGOS

QUADRO I: informações gerais sobre os sujeitos da pesquisa

Nome	Sexo	Data de nascimento	Idade	Diagnóstico	Escola	Programa
A	M	03/04/95	11 anos	Surdocegueira, fissura lábio palatal, perda auditiva profunda e microftalmia bilateral.	CENTRAU	Comunicação e Atividades de vida autônoma e social.
B	F	02/03/01	5 anos	Surdocegueira, fissura labial, perda auditiva profunda e deficiência visual	CENTRAU	Comunicação e Atividades de vida autônoma e social
C	F	02/03/01	5 anos	Surdocegueira, fissura labial, perda auditiva profunda e deficiência visual.	CENTRAU	Comunicação e Atividades de vida autônoma e social

Fonte: Setor do surdocego - Centro de Reabilitação Auditiva

Os sujeitos da pesquisa são três surdocegos pré-lingüísticos, estando os três seguindo o mesmo programa no Centro de Atendimento ao Surdocego (CENTRAU). O indivíduo A é do sexo masculino, com diagnóstico de surdocegueira e fissura lábio palatal, com perda auditiva profunda e microftalmia bilateral. O indivíduo A tem doze anos e frequenta o programa de Comunicação e de Atividades de Vida Autônoma e Social. O mesmo frequenta a escola há um ano e cinco meses. Frequentou outra escola que não era especializada no atendimento ao surdocego durante quatro anos. O indivíduo B é do sexo feminino, com diagnóstico de surdocegueira, fissura lábio palatal, perda auditiva profunda e deficiência visual

bilateral. O indivíduo tem cinco anos e frequenta o programa de Comunicação e Atividades de Vida Autônoma e Social. Iniciou o atendimento no Setor do Surdocego há um e três meses. O indivíduo C é do sexo feminino, com diagnóstico de surdocegueira, fissura lábio palatal, perda auditiva profunda e deficiência visual bilateral. O indivíduo C tem cinco anos e frequenta o programa de Comunicação e Atividades de Vida Autônoma e Social no Setor do Surdocego.

QUADRO II: resposta das mães às perguntas de 1 a 9 da entrevista.

Questões	sujeitos		
	A	B	C
1	Leite materno com conta gotas, no seio afogava devido a fissura labial.	Leite materno através de sonda até os cinco meses.	Leite industrializado através de sonda até os dois meses. Não aceitou leite materno
2	boa	Aceitou bem.	Aceitou bem
3	Difícil, não estava preparada para ter uma criança com deficiência.	Devido à fissura, não pode amamentar e ficou triste. Recebeu orientações no CAIF após alta de como amamentar.	Devido a fissura, não pode amamentar e ficou triste. Recebeu orientações no CAIF após alta de como amamentar
4	Aos seis meses introduziu o leite industrializado, aos 8 meses com colher e aos três anos com copo.	Aos cinco meses com colher adaptada, não aceitou, voltou a sonda, aos oito meses bico especial da mamadeira para alimentos semi-líquidos.	Aos dois meses com colher adaptada com pouco leite. Aos cinco meses através de mamadeira com bico especial.
5	Não, devido à fissura lábio palatal.	Até dois meses, depois rejeitou.	Não aceitou pois não conseguia sugar.
6	Em casa, não aceita ser alimentado na escola.	Em casa e na escola.	Em casa e na escola.
7	Só com a mãe, ninguém mais da família consegue alimentá-lo, pois não aceita.	De preferência com a mãe, mas se alimenta com o pai.	De preferência com a mãe, mas se alimenta com o pai.
8	Alimentação líquida e pastosa, rejeita alimento seco.	Comida salgada, só aceita macarrão.	Come qualquer tipo de alimento.
9	Necessita de auxílio da mãe para uso de garfo e colher	Usa copo, colher, garfo, sempre com o comando da mãe.	Usa copo, colher, garfo, sempre com o comando da mãe.

LEGENDA: 1. Amamentação 2. Aceitação pela criança 3. Como foi para a mãe 4. Como se deu a passagem 5. Chupeta? 6. Onde faz as refeições 7. Com quem come 8. O que come 9. Come com as mãos?

QUADRO III: resposta das mães às perguntas de 10 a 17 da entrevista.

Questões	sujeitos		
	A	B	C
10	Sim, através de comandos.	Sim, a mãe dá o comando, indica os lugares certos para sentar para se alimentar.	Sim, a mãe dá o comando, indica os lugares certos para sentar para se alimentar.
11	Banana amassada, tudo que seja líquido ou pastoso.	Alimento doce, não seco, salgado macarrão.	Come de tudo , não seco.
12	Não aceita alimento seco, como arroz.	Alimento seco, carne, mesmo batida no liquidificador.	Rejeita alimentos secos.
13	Não, em geral a mãe pergunta e ele responde com a cabeça.	Pede, indica o lugar que senta para alimentar-se.	Pede, indica o lugar que senta para alimentar-se.
14	Por meio do toque e do sinal sim ou não.	Mostra com a mão que quer se alimentar.	Mostra com a mão que quer se alimentar
15	Quatro, café, almoço, lanche e janta.	Quatro refeições diárias	Quatro refeições diárias
16	Quando é servido no copo, outra forma necessita de apoio, dificuldade de mastigação.	Sozinha, com os pais dando o comando.	Sozinha, com os pais dando o comando.
17	Não, a mãe acha muito difícil sua participação.	Quando a mãe faz bolo, salada de frutas, mãe acha difícil no dia a dia.	Quando a mãe faz bolo, salada de frutas, mãe acha difícil no dia a dia.

LEGENDA: 10. Orienta? 11. Alimentos que gosta 12. Alimentos que não gosta
13. Pede alimento quando está com fome? 14. Como se comunica? 15. Frequência da alimentação
16. Alimenta – se com independência? 17. Participa no preparo de alimentos?

6 REFLEXÃO SOBRE OS ITENS DAS RESPOSTAS DAS MÃES

Quanto à amamentação, de acordo com as respostas das mães, nenhuma das crianças foi amamentada ao seio, mas sim através de sondas ou conta gotas, devido à fissura lábio palatal. Segundo Paradise e MC Williams, 1974, a fissura lábio palatal pode prejudicar o processo de sucção, pelo escape de alimentos pelo nariz e ingestão excessiva de ar que provoca vômitos, engasgos e perdas de alimentos. O fato de a criança ser surdocega também influencia, pois muitas vezes os pais não são orientados como alimentar essa criança, pois como Marquesan (1993) informa, a exploração através da boca é para o bebê a principal forma de adquirir conhecimento. Ferioli (1993) refere ser este tipo de atraso mais acentuado em crianças surdocegas. Os dados da entrevista da mãe de A possibilitaram afirmar que isso ocorria devido à falta de preparo e estimulação dos pais, pois conforme a mãe relatou, na escola que A freqüentava anteriormente, forçavam a alimentação para a criança.

Todos aceitaram bem a alimentação através de sonda ou conta gotas, não tendo grandes dificuldades, pois percebiam os espaços entre as gotas e conseguiam engulir.

As mães relataram diferentes expectativas ao amamentarem as crianças. A mãe de A explicitou a dificuldade de lidar com a criança com deficiência, pois esperava uma criança normal, uma vez que os exames pré-natais não mostraram nenhuma alteração no feto. A mãe de B e C referiram – se à expectativa para amamentar as crianças e a frustração que tiveram por não poderem alimentá-las. A mãe do João relata que não recebeu orientações de como agir com a criança

na saída do hospital, enquanto a mãe de B e C informaram que foram encaminhadas para o Centro de atendimento ao fissurado labial.

A passagem da amamentação para a mamadeira não ocorreu, pois os três indivíduos não foram amamentados ao seio. A mãe de A relatou que a alimentação do mesmo se iniciou através das contas gotas até os oito meses. Após, iniciou sua alimentação através de uma colher adaptada e, aos três anos, através do copo. A mãe de B utilizou sonda até os cinco meses de idade, após essa idade iniciou o uso de colher adaptada, a qual não aceitou bem, voltando para a sonda. Aos oito meses iniciou o uso do bico adaptado da mamadeira. A mãe de C iniciou a alimentação através de sonda e após os dois meses, a criança passou a ser alimentada com colher adaptada e, aos cinco meses, através de mamadeira com bico adaptado.

Notamos as dificuldades que essas crianças encontram para sugar e a necessidade de uma exploração com esses recém nascidos para que ocorra a alimentação de forma adequada. Conforme Marquesan (1993) a exploração através da boca é, para o bebê, a principal forma de adquirir conhecimento. Através da amamentação mãe e filho possuem uma maior oportunidade de envolvimento e aprofundamento afetivo, pois a amamentação não é apenas um processo fisiológico, mas envolve um padrão de comunicação entre mãe e filho.

Para Abreu (1998), é através deste contato que a criança relaciona-se com o mundo, abrindo-se para novas experiências. É este contato corporal que constitui a origem principal do bem-estar, segurança e afetividade, dando ao bebê a capacidade de procurar novas experiências.

As crianças A e C não utilizaram chupeta devido à dificuldade de sugar, mas B utilizou até os dois meses de idade e depois rejeitou.

A só realizava as refeições em casa e com a mãe, e B e C em casa, de preferência com a mãe.

A preferência pela alimentação doce predominou nos três casos e não aceitavam alimentos secos. Segundo Serpa (2002), os novos sabores preferivelmente devem ser introduzidos pouco a pouco, quando a criança está em boas condições de saúde, com muita paciência permitindo-lhe que prove (pode-se colocar o novo sabor nos lábios e esperar que o saboreie e se leva da mão à boca - colocar na mão o novo sabor de maneira que “acidentalmente” conheça este sabor). Provavelmente com essas crianças, pela falta de experiências dos pais, essa introdução lenta do novo alimento não ocorreu de forma adequada. Serpa (2002) informa que, ao oferecer-lhe sempre a mesma comida, gera-se um círculo vicioso, porque a criança surdocega não aprende a conhecer outros sabores, outros elementos utilizados para alimentar-se e isto segue até além da idade que não mais deve receber comida líquida através de uma mamadeira, prejudicando o seu desenvolvimento. Assim, muitas vezes essa criança terá dificuldade de se alimentar com alimentos de texturas diferentes.

As três crianças necessitavam do comando dos pais para se alimentar, sendo realizadas quatro refeições determinadas pelos pais. A mãe da B e C relatou que, quando as crianças estavam com fome indicavam o lugar que costumavam sentar para se alimentar e mostravam com a mão que queriam se alimentar. A mãe do A relatou que costumava perguntar ao mesmo se ele queria comer e ele respondia com o sinal de sim ou não. Os três necessitavam de orientação e apoio para se alimentarem. Conforme Senise (2002), é necessário o desenvolvimento de uma rotina na alimentação onde ocorra atenção e concentração da criança no momento da alimentação, para alcançar autonomia e independência em servir-se e

alimentar-se, socialização com os pais, colegas e profissionais da escola, desenvolvimento da comunicação e da linguagem e postura adequada ao se alimentar. A, B e C já buscam certa autonomia quando querem se alimentar, pois indicam aos pais quando estão com fome, o local que costumam utilizar para se alimentarem. A criança A segue uma rotina imposta pelos pais, pois é alimentada em horários estipulados pela mãe, sem se expressar quando esta com fome.

Os pais relataram que, no dia a dia, as crianças não auxiliam no preparo do alimento, pois acham difícil sua participação. Segundo Serpa (2002), no entanto, o surdocego deverá participar de todas as atividades sociais que impliquem alimentação em família, estando em todos os lugares onde a família come, como restaurantes ou ocasiões especiais. A, B e C não participavam na confecção dos alimentos em casa, pois os pais relataram que os mesmos encontram dificuldades para realizar essas atividades.

QUADRO II: respostas dos professores às perguntas de 1 a 9 da entrevista

Questões	Sujeitos		
	A	B	C
1	Através de conta gotas.	Não foi informada.	Através de sonda.
2	Não soube informar	Não soube informar.	Tinha medo de como alimentar com medo que ficasse desnutrida.
3	Contas gotas e mais tarde copo	Não soube informar.	Através da sonda.
4	Não realiza alimentação escola, não aceita.	Cozinha funcional.	Cozinha funcional.
5	Não se alimenta na escola	Com a professora, irmã e colegas de classe.	Com a professora, irmã e colegas de classe.
6	Não soube informar	Todos os tipos de alimento doces. Esta sendo realizado trabalho com alimentação salgada.	Todos os tipos de alimentos.
7	Relata que a Mãe informou que não usa talheres.	Sim, para apegar os alimentos, utiliza os utensílios de forma adequada.	Utiliza todos os utensílios, alguns não usados na escola devido a fissura.

8	Não soube responder	Constantemente, e aproveita-se para ensinar LIBRAS, correspondente ao alimento.	Sim, em todos os momentos, mostrando os sinais referentes aquele alimento.
9	Não soube responder	Bolacha recheada, pão, suco, café com leite, chocolate.	Biscoito recheado, pão com margarina,, chocolate e café com leite.

LEGENDA: 1. Amamentação 2. Como foi para mãe 3. Como se deu a passagem 4. Refeições na escola? 5. Com quem come 6. O que come? 7. Come com as mãos 8. Você orienta? 9. Alimentos que gosta.

QUADRO V: resposta dos professores às perguntas de 10 a 16 da entrevista

Questões	sujeitos		
	A	B	C
10	Não soube responder	Alimentos salgados.	Na escola se alimenta de tudo que é proposto.
11	Não	Não soube informar, pois na escola segue uma seqüência de rotinas.	Sim
12	Não soube responder	Não soube informar.	Mostra onde esta o alimento, através de gestos, leva a pessoa onde esta o alimento.
13	Pela manhã a mãe dá um café reforçado para que não sinta fome na escola.	No horário estipulado pela escola.	No horário estipulado pela escola.
14	A professora relata que em casa usa a caneca e se alimenta sozinho.	Alimenta-se sozinha, no qual são dados os comandos.	Alimenta-se sozinha, através dos comandos, tomar cuidados sólidos para não se afogar.
15	Dentro do programa proposto um dia na semana ocorre o preparo do alimento.	Sim, pois na escola tem um dia que os alunos preparam seu alimento. Ex: mingau, pipoca, gelatina.	Sim, explicado e feito a seqüência do preparo, tanto na mesa como da própria alimentação.
16	Em relação a alimentação o aluno tem atividades de ir ao mercado, na padaria e na feira, na volta ocorre o preparo do alimento.	Visita a outros grupos de alunos, festas, saídas externas em supermercado, feiras e lanchonetes.	Visita a outros grupos de alunos, festas, saídas externas em supermercado, feiras e lanchonetes.

LEGENDA: 10. Alimentos que não gosta. 11. Pede alimento quando está com fome? 12. Como se comunica? 13. Frequência da alimentação 14. Alimenta – se com independência? 15. Participa no preparo de alimentos? 16. Como é realizada Atividade de Vida autônoma e Social?

7 REFLEXÃO SOBRE OS ITENS DAS RESPOSTAS DOS PROFESSORES

Em relação à amamentação, de acordo com as respostas referenciadas pelos professores nenhuma das crianças foi amamentada ao seio. Conforme a professora, a criança A foi amamentada por contas-gota, informação dada pela mãe à professora em conversa informal. Sobre a criança B, a professora não soube informar como foi amamentada, se foi através do seio ou se foi utilizada outra forma. Sobre a criança C, a professora informou ter sido relatado pela mãe que a mesma foi amamentada através de sonda. Em relação à aceitação da amamentação pela mãe, as professoras de A e B não souberam informar de como se deu essa aceitação. A professora de C informou que a mãe, quando amamentava a criança ficava muito ansiosa, tendo dificuldades de aceitar a amamentação através da sonda. Notamos que, para essas crianças surdocegas e com fissura lábio palatal este tipo de atraso e ansiedade das mães para realizar a alimentação acabará ocorrendo. É de grande importância iniciar o trabalho de estimulação com essas crianças logo após o nascimento, pois nessa situação a mãe será instruída que, desde o início, se faça a antecipação com esta criança no momento da sua alimentação.

Em relação à aceitação da alimentação da criança na passagem da amamentação para a mamadeira, na criança A iniciou-se através do contas-gota e, mais tarde, a alimentação foi realizada através do copo, devido à fissura lábio palatal, pois a professora supõe que a criança não conseguia sugar. Sobre a criança B, a professora não soube informar. Quanto à criança C a professora relata que a mãe a alimentou através do contas-gota, não sabendo informar até que idade.

Na amamentação, mãe-filho possuem uma maior oportunidade de envolvimento afetivo e de comunicação e, com essas crianças surdocegas, é muito

importante que os pais busquem uma forma de interagir com eles pois, segundo Abreu (1998), é através deste contato que a criança se relaciona com o mundo, abrindo-se para novas experiências. Quando não se constitui essa segurança e afetividade, poderá não ocorrer por parte do bebê a procura de novas experiências.

Quanto à realização de alimentação na escola, a criança A não se alimentava na escola. A professora relatou que o mesmo só aceitava a alimentação realizada pela mãe. O aluno participava das atividades realizadas na cozinha funcional da escola, mas não aceitava nenhum tipo de alimentação levado a sua boca. As crianças B e C realizavam a alimentação na escola, na cozinha funcional, junto com a professora e colegas de classe. A professora relatou que não encontrou dificuldades de não aceitação das crianças B e C na hora da alimentação. Notou-se a importância de se realizar a antecipação, pois, como ocorre na criança A, a mesma não aceita alimentos na escola. Serpa (2002), faz uma análise das principais causas e possíveis soluções para melhorar a alimentação do surdocego. Ela refere que deve-se considerar como uma das primeiras pautas a rotina e as antecipações, buscando uma comunicação com a criança. Isso muitas vezes acaba ocorrendo principalmente quando a criança não esperava esta alimentação que estava sendo fornecida, gerando muitas vezes a rejeição e a não aceitação do alimento.

Em relação ao tipo de alimentos que os indivíduos aceitavam, a criança A, a professora não soube informar, pois o mesmo não se alimentava na escola. Sobre a criança B a professora relatou que aceitava todos os tipos de alimentos doces e que estava sendo realizado um trabalho em relação à alimentação salgada com a criança. A criança C aceitava todos os tipos de alimentos, doces ou salgados, mesmo tendo uma fissura lábio palatal maior que a criança C. Gradativamente, devem-se iniciar variações de alimentos com a criança surdocega, pois é muito

comum ocorrer à insistência da criança pelo mesmo alimento. De acordo com Serpa (2002) os novos sabores, preferivelmente, devem ser introduzidos pouco a pouco, quando a criança esteja em boas condições de saúde, com muita paciência permitindo-lhe que prove e saboreie o alimento. Pode ser utilizada a técnica de passar o alimento nos lábios, nos dedos e deixando que as crianças conheçam esse sabor acidentalmente.

Em relação à forma como as crianças se alimentavam, se ocorria através de talheres ou se comiam com as mãos, a professora da criança A não soube informar. A professora da criança B informou que a mesma comia com as mãos e utilizava os utensílios adequados para se alimentar. Segundo a professora, a criança C comia com as mãos e utilizava os utensílios de forma adequada, mas alguns utensílios, como o garfo, não são utilizados devido à fissura lábio palatal.

Em relação às orientações que os professores dão para os alunos sobre a alimentação, a professora da criança A não soube informar. A professora das crianças B e C informou que eram dadas orientações constantemente, sendo que também eram utilizadas as comunicações em LIBRAS correspondentes ao alimento. As orientações dadas pelos professores são muito importantes, pois nesse momento busca-se uma forma de comunicação e rotina com essas crianças, pois o mesmo não necessita somente desenvolver o ato de comer, mas a manipulação adequada dos alimentos e dos utensílios que irá utilizar e, assim, desenvolver a comunicação adequada para a situação.

De acordo com relato dos professores em relação aos alimentos que os indivíduos gostavam, a professora da criança A não soube responder, pois relatou novamente que o mesmo não se alimentava na escola. A professora de B relatou que a aluna gostava de bolacha doce, café com leite, tendo preferência a

alimentos doces. A criança C gostava de bolacha doce, pão com margarina, café com leite, e qualquer outro alimento oferecido para aluna era aceito. Quanto aos alimentos de que não gostavam, a professora de “A” não soube responder; a professora de “B” informou que a aluna não aceitava alimentos salgados e a aluna “C” aceitava todos os alimentos oferecidos na escola. No desenvolver do trabalho, segundo Serpa (2002), há uma seqüência apropriada para apresentar os sabores para esta criança: primeiramente o doce, passa-se para o semidoce, passa-se para o salgado e, finalmente, para os sabores ácidos. Muitos alimentos são rejeitados pela criança e se não há não persistência dos pais, a criança acaba não aceitando outros tipos de sabores. Isso deverá ser insistido de uma forma firme usando-se rotinas e antecipações.

Quanto ao aluno pedir alimento quando está com fome, sobre a criança A, a professora não soube informar, sobre a criança B, a professora informou que a criança não pedia alimentos, pois a escola segue uma rotina. A professora de “C” informou que a mesma pedia o alimento quando estava com fome, mesmo a escola tendo uma rotina a ser seguida.

A professora de A não soube informar como o aluno se comunicava quando estava com fome. Já a professora de B não soube informar como ocorria a comunicação neste momento, e a professora de C informou que a mesma apontava para o alimento quando estava com fome. É de grande importância que a criança busque uma forma de se comunicar quando está com fome. Pois, segundo Brown; Certo; Gruenewald, (1979), são necessárias a busca de habilidades para que o aluno surdocego possa ser mais independente na escola, em casa, na comunidade e no trabalho. A ênfase não é o ensino de habilidades motoras individuais, de socialização, de comunicação, fora do contexto diário deste aluno, mas o ensino

destas habilidades em uma rotina de vida autônoma e social, de forma natural, em ambientes naturais freqüentados pelos alunos. Através do currículo funcional, podem-se explorar estas habilidades de forma adequada.

De acordo com a professora de A, o mesmo não se alimentava na escola sendo que a mãe, em casa, dava um café reforçado para o filho. Segundo a professora, B e C se alimentavam em horário estipulado pela escola.

Quanto a se alimentar com independência, a professora de A informou que, em casa, o mesmo se alimentava sozinho, utilizando uma caneca, segundo relato da mãe. As crianças B e C se alimentavam sozinhas seguindo comandos dados pelos professores na hora do lanche.

Em relação à participação dos alunos no preparo dos alimentos, as professoras informaram que um dia, na semana, ocorre o preparo dos alimentos junto com os alunos, em uma cozinha funcional da escola.

Quanto às atividades de vida autônoma e social, a professora de A relatou que o aluno possuía atividades de ir ao mercado, à padaria e à feira, e na volta ocorria o preparo dos alimentos. A professora de B e C informou que ocorrem visitas a outros grupos de alunos, festas, saídas externas a supermercado, feiras e lanchonetes.

A análise das entrevistas evidenciou que o programa de atividades de vida autônoma e social deve iniciar-se o mais cedo possível, buscando uma intervenção adequada, partindo do nível de experiência perceptiva da criança e dos significados, além do nível conceitual do indivíduo, bem como, nesse sentido, dando orientação à família. Isso é reiterado por Jesus (1994), quando afirma que é muito importante a atividade de vida autônoma e social, pois ela tem como objetivo proporcionar à criança condições para que, dentro de suas potencialidades, possa

formar hábitos de auto-suficiência que lhe permitam participar ativamente da sociedade e do ambiente em que vive.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação propôs uma análise sobre o domínio de Atividades de Vida Autônoma e Social referente à alimentação de crianças surdocegas com fissuras lábio palatal tendo como objetivos: buscar se há intervenção da família na aquisição de hábitos alimentares, identificar a intervenção dos professores na aquisição de hábitos alimentares e mostrar a importância de aquisição de hábitos alimentares à família e à sociedade.

Foram três os sujeitos estudados, com cujas mães e professoras foram realizadas entrevistas com as mães e professores das crianças.

No decorrer da pesquisa notou-se a falta de orientação aos pais em relação à fissura lábio palatal e como eles podem interagir com essas crianças em relação à sua alimentação.

A análise de dados das entrevistas com os professores, evidenciou a falta de conhecimento do professor sobre a história do seu aluno e de registros, na escola, sobre seu desenvolvimento, pois muitas das questões feitas aos professores, os mesmos não foram respondidas, por não terem conhecimento de dados do seu aluno.

Somente no Setor do Surdocego (CENTRAU) encontram-se os prontuários dos alunos com seu diagnóstico, anamnese com os pais e entrevista sobre o desenvolvimento da criança, realizada com a assistente social.

Em relação às mães, nota-se a falta de informações recebidas pelos profissionais de como agir com essa criança após o nascimento. Nota-se que, das três crianças, nenhuma delas foi indicada para receber estimulação e orientações logo após o nascimento, quando poderiam ser realizadas estimulações e serem

propostas orientações da forma adequada para facilitar o seu desenvolvimento, estabelecendo-se uma forma de comunicação com esta criança.

Notou-se que os pais encontram dificuldades no que se refere às informações sobre a surdocegueira, seu diagnóstico e seu prognóstico, desconhecendo formas de como poderão se comunicar com essa criança para que ela tenha acesso à informação de melhor forma possível, mesmo com sua limitação auditiva e visual.

Através desta dissertação, buscou-se a história da surdocegueira, quando encontramos várias pessoas surdocegas que conseguiram surpreender a sociedade pela sua capacidade, mostrando o potencial que uma pessoa surdocega pode ter, se for estimulada de forma adequada. Analisou-se as principais causas que levam a surdocegueira, notando que a falta de prevenção é um dos fatores primordiais que acabam levando à deficiência.

A da análise sobre comunicação permitiu notar a importância de se iniciar cedo a estimulação da criança surdocega, através de uma abordagem curricular adequada para o desenvolvimento dessa criança para que a mesma busque sua autonomia na sociedade.

Foram encontradas restrições para estudar a alimentação e a forma adequada de trabalhar a autonomia desta atividade com o surdocego, por ser a literatura relacionada à alimentação do surdocego muito escassa. Este trabalho propiciou aprofundar estudos sobre este tema e, nas atividades profissionais, possibilitou incentivar as pessoas que trabalham com pessoas surdocegas para analisarem quais as formas mais adequadas de propiciar o domínio de Atividades de Vida Autônoma e Social referente à alimentação de crianças surdocegas com fissura lábio palatal.

Caberia deixar como sugestões a continuidade deste trabalhando visando:

- Um melhor preparo do professor para atuar com o aluno surdocego com fissura lábio palatal;

- A elaboração de um protocolo de avaliação e orientações da área da saúde aos pais e profissionais para o atendimento da criança surdocega com fissura lábio palatal em sua alimentação;

- A realização de um trabalho com a família de como e quando deve ser o ingresso da criança surdocega na estimulação essencial, para que a mesma possa buscar uma autonomia em sua vida futura.

REFERÊNCIAS

ADMIRAL, R.J.C. *Síndromes Genéticas raras associadas com defeitos visuais e auditivos*. Conferência de Waruvick – Michielsgestel – Holanda, 1993.

ALMEIDA, M.L.G.; PASSEROTTI, A.L.A.C. Amamentação materna em fissurados: estudos retrospectivos. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 21, n.2, p. 85 – 90, 1986.

BAINE, D. *Handicapped children in developing countries: assessment, curriculum and instruction*. Edmonton: Vectors Educational Psychology, University of Alberta, 1991.

BLOOM, K. GOLD; BLOOM, R. B. ; STEVENS, F E. Factors affecting the mother's choice of infant feeding method. *Acta Paediatric Scand*, 1982; suppl: 300 p. 3-8.

BRAZELTON, T. B. ; BERTRAND, G.A. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. *Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica*. Brasília: MEC/ SEESP, 2001.

BROWN, L., CERTO.N., GRUENEWALD.L. Strategies for developing chronological age-appropriate and functional curricular content for severely handicapped adolescents and young adults. *The Journal Of Special Education*, Madison, v.13, n. 1, 1979.

BRIQUET, R. *Patologia da Gestação*. São Paulo: Renascença, 1948.

BROWN, L. et al. *Critérios de Funcionalidad*. Barcelona: Ediciones Milan, Fundación Catalana Síndrome de Down, 1989.

CADER-NASCIMENTO, Fátima Ali Addalah Abdel et al. *Descobrimos a Surdocegueira: educação e comunicação*. São Carlos, SP: EdUFScar, 2005.

CAMACHO, E. H. Necesidades que perciben los educadores para atender a la población con sordoceguera ubicada em aulas especiales. Apresentado na maestria. Estudos interdisciplinarios. In: *Discapacidad com énfasis in Discapacidad Múltipla y Sordoceguera*. Costa Rica, 2002.

CARVALHO, M. R. et al. Aleitamento materno. In: BENGUIGUI, Y. ; LAND, S. ; PAGANINI, J. M. *Ações de saúde materno infantil a nível local segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância*. Washington (DC): Organização Pan – Americana da Saúde, 1997. p. 247 -264.

COOL, C. et al. *Desenvolvimento Psicológico e Educação*; necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

COLLINS, M. *La sordoceguera definicion*. Disponível em: < <http://www.asocide.org/solotexto/sordoceguera/definicion.htm>> Acesso em: 12 nov.2005.

COMERDI, M.A. *Referências de currículo na elaboração de programas educacionais individualizados para surdocegos congênitos e múltiplos deficientes*. Dissertação de mestrado. Universidade Presbiteriana Mackenzie. Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo, 2005.

DEAFBLIND INTERNACIONAL. Liasison Group. 2002. *La sordoceguera definicion*. Disponível em: <[http// www.asocide.org/solotexto /sordoceguera/classificacion.htm](http://www.asocide.org/solotexto/sordoceguera/classificacion.htm)>. Acesso em: 12 nov.2005.

DOWNING, J.E. *Including studenets with severe and multiple disabilities in typical classrooms: practical strategies for teachers*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.,1996.

_____. EICHINGER, J. Educating students with diverse strengths and needs together; rationale and assumptions. In: DOWING, J.E. *Including students with severe and multiple disabilities in typical classrooms: practical strategies for teachers*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 1996.

EICHENGER, J., DOWNING, J.E., HOUGHTON, J. *Functional curriculum development and implementation: service provider training module*. Ohio: Ohio State University, 1990.

FERIOLI, G. O. *Desenvolvimento da comunicação: sua abordagem na etapa pré-lingüística*. São Paulo: Summus, 1993.

FREEMAN, P. *El bebé sordo-ciego*. Madri: O.N.C.E., 1991.

GOETZ. Inclusion of students who are deaf-blind. What does the future hold? In: HARING, N., ROMER, L. T. *Welcoming students who are deaf-blind into typical classrooms: facilitating school participation, learning and friendships*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Co, 1995.

GRUPO BRASIL. Surdocegueira. *Grupo Brasil de Apoio ao Surdocego e Múltiplo Deficiente Sensorial*. Folheto Informativo. São Paulo, 2003.

JESUS, Elisabeth F. *Atividades de Vida diária*. INSTITUIÇÃO. Rio de Janeiro, 1994. Apostila.

JONG, G. A. C.; RAEMAEEKERS, M. L. C.; ZAMBONE, A. M. *Learning by doing together; a functional curriculum approach for children and youth with multiple impairments*. Bartiméus: ICEVI Publication, 2002.

KELLER, H. *A história de minha vida*. São Paulo: Edições Waldorf, 2001.

LAGATI.S. "Deaf – Blind" or DEAFBIND – International Perspectives on Terminology. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. p.306, May/June 1995. Tradução Laura Lebre Ancilotto. Projeto Ahimsa/Hilton Perkins, , 2003.

LUDKE, M. ; ANDRÉ, M. *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MAIA, S. R. *A Educação do Surdocego – Diretrizes Básicas para pessoas não especializadas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Presbiteriana Mackenzie. Curso de Pós Graduação de Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo, 2004.

MAR, H. H. Assessment of Communication Skills. In: HUEBNER, K. M.; PRICKETT, J.G.; WELCH, T.R.; JOFFEE, E. *Hand in Hand: essentials of communication and orientation and mobility for your students who are deaf-blind*. v.1. New York: AFB – American Foundation for Blind Press, 1995.

MARQUESAN, I. *Motricidade Oral*. São Paulo: Pancast, São Paulo, 1993.

MILLES, B.; RIGGIO, M. et al. *Remarkable Conversation: a guide to developing meaningful communication with children and young adults who are deafblind*. Watertown: Perkins School for the Blind, 1999.

MONTEIRO, M.A. Surdez-cegueira. In: BRASIL/MEC. Título do texto. *Revista Benjamin Constant*. IBCENTRO. Rio de Janeiro, n. 3, 1996.

OLIVEIRA, M.K. Vygotski e o processo de formação de conceitos. In: LA TAILLE, Y., OLIVEIRA, M. K., DANTAS, H. *Piaget, Vigotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*. São Paulo: Summus, 1992.

_____. *Vygotski : aprendizado e desenvolvimento; um processo histórico*. São Paulo: Scipione, 2004.

ORELOVE, F. P.; MALATCHI, A. Curriculum and Instruction. In: ORELOVE F. P.; SOBSEY, D. *Education children with multiple disabilities; a transdisciplinary approach*. 3. ed. Baltimore: Paul H. Publishing Co., 1996.

PARADISE, J. L.; MC WILLIAMS, B. B. Simplified feeder for infants with cleft palate. *Pediatrics*, Springfield, v.53, n.4, p. 566 – 568, 1974.

PERES, S. P. B. A. Alimentando uma criança portadora de lesão lábio palatal; primeiro ano de vida. *Nutri Vitae*, São Paulo, v. 2, n. 2, p.45 – 54, 1999.

PETERSEN, M. I. et al. *O despertar de uma nova realidade*. In: XII Conference Dbi – Estoril. Portugal, 1999.

PUSCHEL, S. M. ; ZAUSMER, E. Alimentando a criança pequena. In: PUSCHEL, S.M. et al. *Síndrome de Down guia para pais e Educadores*. Campinas,SP: Papyrus, 1995.

REZENDE, J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara.1985.

REZENDE, M. A. *Amamentação e trabalho na Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo; um estudo sobre representações sociais*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem/USP, São Paulo, 1998.

_____. O processo de Comunicação na promoção do aleitamento materno. *Revista Latino –am. Enfermagem*, São Paulo, p. 234 – 238, mar./abr. 2002.

SAYERS G. Influences on breast feeding in socioeconomically disadvantaged women. *Pediatrics*, Springfield, n. 164,p. 281-284, 1995.

SARAIVA, N. T. de. Tentativas de Implantação da Educação do Surdo-cego no Brasil. In: Anais do I Seminário Brasileiro de Educação do Deficiente Audiovisual, ABEDEV. São Paulo, 1977.

SENISE, A. T. *Avaliação Mio-Funcional-Oral em Crianças Surdas-Cegas Congênitas*. Monografia de Especialização. Curso de Pós-Graduação em ----- . FMUSP, 1995.

SERPA, X. *Manual para pais e professores "Ensino a criança surdocega"*. Sense Internacional Latinoamérica. 2002. Tradução Grupo Brasil de Apoio ao Surdocego e ao Múltiplo Deficiente Sensorial, 2003.

_____. *Sordoceguera*. Projeto SENSE – AHIMSA, 1999. Disponível em :<
<http://sordoceguera.org/bibliotecavirtual>. Acesso em: dia mês ano

SMITH, D. W. *Síndromes de Malformações Congênitas – aspectos genéticos, embriológicos e clínicos*. São Paulo: Manole, 1989.

SMITHDAS, R. Psychological Aspects of Deaf-Blindness. In: WALSH, S.; HOLZENBERG, R. *Understanding and Educating the Deaf - Blind/severely and Profoundly Handicapped*. Springfield ILL: Charles C. Thomas, 1981.

STILLMANN, R.; BATTLE, C. Developing prelanguage communication in Severely handicapped: an Interpretation of the Van Dijk Method. In: *Seminars in Speech an language*, v.5, n.3, 1984.

STYER, G. W.; FREEH, K. Feeding infants with cleft lip ad for palatal. *Jogn Nursing*, Philadelphia, v. 10, n.5, p.329 – 332, 1981.

VAN DIJK, J. Moviment and communication with rubella children. Tradução de Dalva Rosa, Madrid: ONCE, In: *Conferência na reunião geral anual da organização nacional de cegos da Espanha*, 1968. São Paulo: AHIMSA, Anais... São Paulo, 1968.

_____. The Sint – Michielsgestel approach to diagnosis and education of multisensory impaired persons. Sensory impairment with mult-handicap. In: *WARWICK'89 EUROPEAN CONFERENCE*, 1989. Reino Unido. Anais. Reino Unido, 1989, p.89 – 104.

YVGOSTSKI, L.S. *A formação Social da Mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. Obras Escogidas: V *Fundamentos de defectologia*. Traducción de Julio Guillermo Blank. Madrid: Visor Dis S.A., 1997.

_____. *Pensamento e Linguagem*. Tradução Jefferson Luis Camargo. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003

WARUVICK. *Síndromes Genéticas raras associadas com defeitos visuais e auditivos*. Conferência de Waruvick – Michielsgestel, Holanda, 1993.

WATERHOUSE, E. J. A História da Educação do Surdo-Cego em todo o mundo. In: *Anais do I Seminário Brasileiro de Educação do Deficiente Audiovisual*, ABEDEV. São Paulo, p. 26-30, 1977.

WEST, L. Functional Curriculum for transition. *A Resource Guide*. University of Missouri. Columbia. 1989.

WINDHOLF, M. H. *Passo A Passo, seu caminho*. São Paulo: EDICON, 1988.

WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

Entrevista mãe e professor do sujeito A da pesquisa

Entrevista mãe do sujeito A da pesquisa:

Informações Gerais

I – Informações do aluno:

Nome da criança: A. Sexo; Masculino.
Cidade: Curitiba. Escola: CENTRAU.

Data de nascimento: 03/04/95
Idade: 12 anos.

II – Antecedentes de Saúde

Diagnóstico:

Surdocegueira e fissura lábio palatal.

Avaliação Audiológica:

Não foram encontrados registros potenciais eletrofisiológicos em intensidade de 130 dB spl máximo do equipamento. Perda profunda bilateral.

Avaliação Oftalmológica:

O paciente possui microftalmia bilateral.

Ajudas Ópticas:

- utiliza óculos para ver longe: não.
- utiliza lupas: não.
- utiliza óculos para perto: não.
- utiliza ajuda óptica combinada: não

Avaliação de Atividades de Vida Autônoma e Social (alimentação)

1- Como foi a amamentação do seu filho?

R: Não foi amamentado ao seio devido a fissura lábio palatal, desde o início retirava-se o leite materno o qual era dado a criança com conta gotas.

2- Como foi a aceitação pela criança?

R: Teve uma boa aceitação, pois com a mamadeira ele se afojava.

3- Como foi para a mãe amamentar esse filho?

R: A mãe relata que foi muito difícil não amamentar a criança, pois tinha uma grande expectativa, pois veio engravidar novamente após 12 anos. Durante o pré-natal não foi constatado nenhuma alteração na criança, fez o curso no hospital de como amamentar, cuidados a serem tomados para não rachar o bico do seio, como fazer para uma melhor higienização. Quando a criança nasceu ficou decepcionada pois nunca foi preparada para ter uma criança com deficiência. A mãe relata a falta de informações que não foram prestadas pelo hospital de como agir com a criança em casa.

4- Como se deu a passagem da amamentação para a mamadeira?

R: A mãe relata que a criança não foi amamentada através do seio, mamadeira, a amamentação se iniciou através do conta gotas, aos oito meses com colher e aos três anos com o copo. A mãe relata que aos seis meses iniciou o uso de leite industrializado com a criança.

5- Seu filho utilizou chupeta? Até que idade?

R: Não utilizou devido a fissura, relata que até hoje não consegue sugar.

6- Onde seu filho faz as refeições?

R: Em casa, não aceita ser alimentado na escola.

7- Com quem seu filho come?

R: Só com a mãe. Nenhum outro membro da família consegue alimentá-lo, pois a criança não aceita.

8- O que ele come?

R: Alimentação líquida e pastosa rejeita qualquer alimento seco.

9- Come com as mãos? Usa colher, garfo, copo?

R: Necessita de auxílio da mãe para comer com as mãos, colher e garfo. Para o uso do copo não necessita de auxílio, desde que o mesmo tenha duas asas. Necessita somente do comando.

10- Você orienta (ou) a respeito? Como?

R: Sim, através de comandos.

11- Alimentos que gosta?

R: O alimento que mais gosta é a banana amassada, no geral se alimenta de tudo que sirva líquido ou pastoso.

12- Alimentos que não gosta?

R: Não aceita alimentos secos como exemplo arroz.

13- Seu filho pede alimento quando está com fome?

R: Não, no geral a mãe pergunta se ele quer comer, onde o mesmo faz o sinal de sim ou não.

14- Como ele se comunica neste momento?

R: Através de toque e através do sinal sim ou não.

15- Com que frequência ele se alimenta?

R: Quatro refeições diárias, café da manhã, no qual é feito um reforço pelo mesmo não aceitar alimentação na escola, almoço, lanche no período da tarde no qual ele come uma fruta, e o jantar.

16- Alimenta-se com independência?

R: Somente quando é servido no copo, mais necessita de orientação, de comandos, outro forma de alimentação necessita de apoio, pois tem dificuldade na mastigação.

17- Participa no preparo dos alimentos?

R: Não, a mãe acha muito difícil sua participação no preparo e no manuseio dos alimentos.

Entrevista Professor do sujeito A da pesquisa:

Avaliação de Atividades de Vida Autônoma e Social (alimentação)

01-Você sabe informar como foi a alimentação do seu aluno?

R: A professora relata que a mãe informou que a criança foi amamentada através de conta gotas.

02-Você sabe informar de como foi para mãe amamentar esse filho?

R: Não soube informar, mas relata que deve ter sido difícil pois a mãe é muito ansiosa.

03-Você sabe informar de como se deu a passagem da amamentação para mamadeira?

R: A professora relata que a criança só foi amamentada através de conta gotas e mais tarde iniciou o uso do copo.

04-Na escola aonde a criança realiza suas refeições?

R: A criança não realiza refeições na escola, pois não aceita, a professora relata que está sendo realizado um treino com a criança de conhecimento dos utensílios utilizados na alimentação, como copo, prato, talheres, no qual o aluno busca fazer a identificação do utensílio

05-Com quem ele realiza as refeições na escola?

R: A professora relata que por ele não aceitar alimento é somente feito o treino do reconhecimento dos objetos.

06-O que ele come?

R: Não soube responder

07-Come com as mãos? Usa colher, garfo, copo?

R:A professora relata que a mãe, fala que ele se alimenta de tudo, mais somente líquido e pastoso não utilizando talheres..

08-Você orienta (ou) a respeito? Como?

R: Não soube responder

09-Alimentos que gosta?

R: Não soube responder

10-Alimentos que não gosta?

R: Não soube responder

11- O aluno pede alimento quando está com fome?

R: Não

12-Como ele se comunica neste momento?

R: Não soube responder

13-Com que frequência ele se alimenta?

R: A professora relata que a mãe de manhã dá um café reforçado em casa para que o mesmo não sinta fome na escola.

14-Alimenta-se com independência?

R: A professora relata que a mãe fala que o aluno em casa utiliza a caneca com alimento sozinho.

15-Participa no preparo dos alimentos?

R: A professora relata que dentro do programa proposto um dia na semana as crianças preparam o alimento o qual está sendo iniciado com o aluno, no qual o mesmo sente o cheiro dos alimentos não tendo repulsa o qual antes ao chegar na cozinha o aluno já começava a chorar e a suar.A mãe relatou a professora que na escola anterior que o aluno estava forçavam a criança se alimentar.

16-Como é realizada na escola a atividade de vida autônoma e social com esse aluno?

R: A professora relata que é trabalhada as AVD's, e também é realizado com o aluno atividades de ir no mercado, na padaria e na feira fazer compras aonde é trabalhado o reconhecimento dos alimentos. No qual na volta é realizado o preparo do alimento comprado.

Entrevista mãe e professor do sujeito B da pesquisa

Entrevista mãe do sujeito B da pesquisa

Informações Gerais

I – Informações do aluno:

Nome da criança: B. Sexo: Feminino.

Cidade: Curitiba. Escola: CENTRAU.

- Data de nascimento: 02/03/01

Idade: 05 anos.

II – Antecedentes de Saúde

Diagnóstico:

Surdocegueira e fissura lábio palatal.

Avaliação Audiológica

R: Perda auditiva Sensório neural bilateral de grau profundo, observando resposta tátil em 500Hz, na via óssea à direita.

Avaliação Oftalmológica:

R: Coloboma do nervo óptico bilateral com nistagmo e estrabismo. Ambos os olhos Fácio, cavidade vítrea anecoica, não apresenta descolamento de retina. Potencial evocado visual indica aumento da latência ao estímulo a direita.

Ajudas Ópticas:

- utiliza óculos para ver longe: não.

-utiliza lupas: não.

- utiliza óculos para perto: não.

- utiliza ajuda óptica combinada: não

Avaliação de Atividades de Vida Autônoma e Social (alimentação)

01-Como foi a amamentação do seu filho?

R: Não foi amamentada ao seio devido a fissura lábio palatal, através de sonda até os cinco meses de idade. Utilizou o leite materno.

02-Como foi a aceitação pela criança?

R: Aceitou bem.

03-Como foi para a mãe amamentar esse filho?

R: A mãe relata que gostaria de ter amamentado, mais devido a fissura não tinha condições, tinha uma expectativa para alimentar acabou ficando muito triste por não conseguir amamentar mais assim que teve alta foi encaminhada para o CAIF(Centro de atendimento integrado ao Fissurado Labial) aonde recebeu orientações de como amamentá-la.

04-Como se deu a passagem da amamentação para a mamadeira?

R:Utilizou a sonda até aos cinco de meses de idade, onde se iniciou a alimentação através da colher adaptada a qual não aceitou bem, voltando para sonda, aos oito meses iniciou o uso do bico especial da mamadeira para alimentos semi-líquidos.

05-Seu filho utilizou chupeta? Até que idade?

R: Utilizou até dois meses, depois rejeitou.

06-Onde seu filho faz as refeições?

R: Em casa, e na escola.

07-Com quem seu filho come?

R: Com a mãe de preferência e com o pai.

08-O que ele come?

R: Comida salgada só aceita macarrão.

09-Come com as mãos? Usa colher, garfo, copo?

R: Utiliza copo, garfo, colher sempre com o comando da mãe, come com as mãos.

10-Você orienta (ou) a respeito? Como?

R: Sim, a mãe dá o comando de vamos papar, indica os lugares certos para sentar para se alimentar.

11-Alimentos que gosta?

R: Alimento doce desde que não seja seco, alimento salgado, gosta de macarrão.

12-Alimentos que não gosta?

R: Rejeita alimentos secos e a carne mesmo sendo batida no liquidificador, ou misturada no macarrão rejeita..

13-Seu filho pede alimento quando está com fome?

R: Pede quando está com fome, aonde indica o lugar que senta a se alimentar.

14-Como ele se comunica neste momento?

R: Mostra com a mão que quer se alimentar.

15-Com que frequência ele se alimenta?

R: Quatro refeições diárias.

16-Alimenta-se com independência?

R: Alimenta-se sozinha mais com apoio dos pais dando o comando.

17-Participa no preparo dos alimentos?

R: No dia-a-dia, não somente quando a mãe faz bolo, salada de frutas, a mãe relata que acha difícil sua participação no dia-a-dia.

Entrevista professor do sujeito B da pesquisa:

Avaliação de Atividades de Vida Autônoma e Social (alimentação)

01-Você sabe informar como foi a alimentação do seu aluno?

R: A mãe não informou na anamnese de como foi a amamentação da criança.

02-Você sabe informar de como foi para mãe amamentar esse filho?

R: Não.

03-Você sabe informar de como se deu a passagem da amamentação para mamadeira?

R: Não.

04-Na escola aonde a criança realiza suas refeições?

R: Na escola possuímos uma cozinha funcional.

05-Com quem ele realiza as refeições na escola?

R: Com a professora, com a irmã e os coleguinhas de classe.

06-O que ele come?

R: Todo tipo de alimento doce, e na escola está sendo feito um trabalho com a alimentação salgada.

07-Come com as mãos? Usa colher, garfo, copo?

R: Sim para pegar os alimentos, também utiliza os utensílios de forma adequada.

08-Você orienta (ou) a respeito? Como?

R: Sim, ela recebe orientação constantemente, a qual é feita no corpo da criança, e também aproveitando para ensinar a LIBRAS correspondente.

09-Alimentos que gosta?

R: Bolacha recheada, pão, suco, café com leite, chocolate.

10-Alimentos que não gosta?

R: Na escola ela rejeita alimentos salgados.

11- O aluno pede alimento quando está com fome?

R: Na escola não tivemos essa situação, pois temos uma programação que é seguida..

12-Como ele se comunica neste momento?

R: Não sei informar.

13-Com que frequência ele se alimenta?

R: No horário estipulado pela escola.

14-Alimenta-se com independência?

R: Alimenta-se sozinha, no qual é dado os comandos.

15-Participa no preparo dos alimentos?

R: Sim, pois tem um dia na escola que os alunos preparam seu próprio alimento como ex: fazer gelatina, mingau, pipoca, etc.

16-Como é realizada na escola a atividade de vida autônoma e social com esse aluno?

R: A criança é levada para visitar outros grupos de alunos na escola, participa de festas, saídas externas em supermercados, panificadoras, lanchonetes e feiras.

Entrevista professor do sujeito C da pesquisa:

Avaliação de Atividades de Vida Autônoma e Social (alimentação)

01-Você sabe informar como foi a alimentação do seu aluno?

R: A mãe informou que a criança tinha dificuldade de sugar o peito por causa da fissura e sua alimentação foi através da sonda.

02-Você sabe informar de como foi para mãe amamentar esse filho?

R: A mãe informou que tinha preocupação em como alimentá-la com medo que ela ficasse desnutrida.

03-Você sabe informar de como se deu a passagem da amamentação para mamadeira?

R: Através da sonda..

04-Na escola aonde a criança realiza suas refeições?

R: Na escola possuímos uma cozinha funcional.

05-Com quem ele realiza as refeições na escola?

R: Com a professora, com a irmã e os coleguinhas de classe.

06-O que ele come?

R: Devido ao trabalho realizado pela mãe, a criança se alimenta muito bem com qualquer tipo de alimento.

07-Come com as mãos? Usa colher, garfo, copo?

R: Sim, a criança come normalmente, com colher, garfo e utiliza o copo, o garfo não é utilizado na escola devido aos dois dentes na frentes que são salientes e para não machucar a fissura.

08-Você orienta (ou) a respeito? Como?

R: Em todos os momentos, ensinado a correta utilização dos utensílios ou como se alimentar-se independentemente. Os sinais referentes aquele alimento o qual é feito diretamente no corpo da criança.

09-Alimentos que gosta?

R:Adora Wafer, biscoito recheado, pão com margarina, bolos, chocolate e café com leite.

10-Alimentos que não gosta?

R: Na escola ela se alimenta de tudo que é proposto.

11- O aluno pede alimento quando está com fome?

R: Sim

12-Como ele se comunica neste momento?

R: Mostra-se onde está o alimento, levando a pessoa até onde está o alimento, e através de gestos..

13-Com que frequência ele se alimenta?

R: No horário estipulado pela escola.

14-Alimenta-se com independência?

R: Alimenta-se sozinha, no qual é dado o comando, tendo que tomar cuidado com sólidos para não se afogar.

15-Participa no preparo dos alimentos?

R: Sim, Sempre é explicado e feito a seqüência do preparo, tanto na mesa como da própria alimentação.

16-Como é realizada na escola a atividade de vida autônoma e social com esse aluno?

R: Trabalhando AVD's para que ela adquira independência, fazendo o reconhecimento constante do ambiente escolar e participando de atividades coletivas.

Entrevista mãe e professor do sujeito C da pesquisa

Informações Gerais

I – Informações do aluno:

Nome da criança: C Sexo: Feminino.

Cidade: Curitiba. Escola: CENTRAU.

- Data de nascimento: 02/03/01

Idade: 05 anos.

II – Antecedentes de Saúde

Diagnóstico:

Surdocegueira e fissura lábio palatal.

Avaliação Audiológica:

R:As avaliações eletrofisiológicas indicam limiar eletrofisiológicos sugestivo de perda auditiva bilateral profunda.Perda auditiva sensorio neural profunda bilateral.

Avaliação Oftalmológica:

R: Coloboma do nervo óptico bilateral com nistagmo e estrabismo, má formação do nervo óptico.

Ajudas Ópticas:

- utiliza óculos para ver longe: não.

-utiliza lupas: não.

- utiliza óculos para perto: não.

- utiliza ajuda óptica combinada: não

Avaliação de Atividades de Vida Autônoma e Social (alimentação)

01-Como foi a amamentação do seu filho?

R: Não foi amamentada ao seio devido a fissura lábio palatal, através de sonda até os dois meses de idade, desde o início utilizou leite Nan.

02-Como foi a aceitação pela criança?

R: Aceitou bem, mais tinha muita cólica.

03-Como foi para a mãe amamentar esse filho?

R: A mãe relata que gostaria de ter amamentado, mais devido a fissura não tinha condições, tinha uma expectativa para alimentar acabou ficando muito triste por não conseguir amamentar mais assim que teve alta foi encaminhada para o CAIF(Centro de atendimento integrado ao Fissurado Labial) aonde recebeu orientações de como amamentá-la.

04-Como se deu a passagem da amamentação para a mamadeira?

R:Após os dois meses a criança passou a ser alimentado com colher adaptada com pouco leite. Aos cinco meses através da mamadeira com bico especial..

05-Seu filho utilizou chupeta? Até que idade?

R: Não aceitou, pois não conseguia segurar e sugar.

06-Onde seu filho faz as refeições?

R: Em casa, e na escola.

07-Com quem seu filho come?

R: Com a mãe de preferência e com o pai.

08-O que ele come?

R: Come todo tipo de alimento, só não gosta de arroz por ser muito seco, A mãe relata que aos três anos iniciou a passagem do pastoso para o sólido o qual a criança não teve grandes dificuldades.

09-Come com as mãos? Usa colher, garfo, copo?

R: Utiliza copo, garfo, colher sempre com o comando da mãe. Possui maior facilidade de comer com as mãos.

10-Você orienta (ou) a respeito? Como?

R: Sim, a mãe dá o comando de vamos papar, indica os lugares certos para sentar para se alimentar.

11-Alimentos que gosta?

R: Come tudo desde que não seja seco, gosta mais de maçarão.

12-Alimentos que não gosta?

R: Rejeita alimentos secos.

13-Seu filho pede alimento quando está com fome?

R: Pede quando está com fome, aonde indica o lugar que senta a se alimentar.

14-Como ele se comunica neste momento?

R: Mostra com a mão que quer se alimentar.

15-Com que frequência ele se alimenta?

R: Quatro refeições diárias.

16-Alimenta-se com independência?

R: Alimenta-se sozinha mais com apoio dos pais dando o comando.

17-Participa no preparo dos alimentos?

R: No dia-a-dia, não somente quando a mãe faz bolo, salada de frutas, a mãe relata que acha difícil sua participação no dia-a-dia.