

ARTIGO ORIGINAL

Identificação das formas de comunicação em portadores de surdocegueira para planejamento da intervenção terapêutica

The identifying of deaf-blind communication forms for the planning of therapeutic interventions

Emerson Fachin Martins¹, Nadia Ivanov²

RESUMO

Alterações auditivas e visuais são capazes de afetar o desenvolvimento motor e cognitivo de crianças e comprometer a aquisição de habilidades funcionais no adulto. A deficiência sensorial pode alterar a qualidade de percepção apresentada ao cérebro e influenciar a aprendizagem. Desta forma, a adaptação sensorial é condição necessária para o fornecimento de informações que possam favorecer o desenvolvimento de sujeitos com surdocegueira. O presente estudo verificou as formas de comunicação apresentadas por crianças e adultos surdocegos visando identificar estratégias para o planejamento da intervenção terapêutica. Para isso, foram entrevistadas 19 famílias que possuíam um dos membros sendo portador de surdocegueira. Os sujeitos foram divididos em dois grupos etários que foram considerados como crianças (até 17 anos) ou adultos (acima de 17 anos). Os resultados não apontaram predominância de qualquer forma de comunicação expressiva nos

dois grupos etários. Entretanto, para a comunicação receptiva, LIBRAS foi, significativamente, mais usada que as demais formas de comunicação receptiva pelos adultos. Conclui-se que profissionais que prestam atendimento a sujeitos com surdocegueira devem capacitar-se a diferentes modalidades de comunicação e habilitar-se a comunicação por LIBRAS para interagir com sujeitos surdocegos e planejar adequadamente sua intervenção terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE

barreiras de comunicação, surdez, cegueira, terapêutica

ABSTRACT

Visual and auditory disorders can affect motor and cognitive developments in children and compromise the functional acquisition in adults. Sensory impairments can alter the quality of the perception presented to the brain influencing the learning. In such cases the sensory adaptation is a necessary condition for the supplying of information that will benefit the development of the deaf-blind. Through the present study the communication forms presented by deaf-blind children and adults were verified aiming to identify strategies for the planning of therapeutic interventions. In order to accomplish that 19 families (with one of the members being deaf-blind) were interviewed. The deaf-blind subjects were divided into two groups according to their age, being considered as children subjects up to 17 years old and adults subjects more than 17 years old. The results didn't show any predominant expressive

communication form between the two age groups. However LIBRAS (brazilian sign language) was significantly more used by the adults in receptive communication forms than the other categories. It was concluded that professionals attending deaf-blind subjects must learn other forms of communication (mainly LIBRAS) to interact with deaf-blind patients and to plan therapeutic interventions appropriately.

KEYWORDS

communication barriers, deafness, blindness, therapeutics

1 Doutor em Psicologia, Professor Adjunto, Curso de Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB)

2 Especialista em Intervenção em Neuropediatria, Fisioterapeuta formada pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Universidade de Brasília
Campus de Ceilândia
QNN 14, Área Especial - Ceilândia Sul
Brasília, DF
Cep 72220-140
E-mail: efmartins@unb.br

INTRODUÇÃO

As modalidades sensoriais são desenvolvidas conforme a interação do indivíduo com o meio ambiente. Segundo Chaikin¹ o estímulo visual está vinculado à sensação olfativa, tátil, vestibular e proprioceptiva em estágios bem precoces da infância, fazendo com que a criança seja impelida a tocar, provar, cheirar e manipular o que vê. Assim, da infância até a maturidade, a visão proporciona plenas associações multissensoriais que proporcionam memórias e imagens tão complexas que imaginar comer uma maçã pode até recriar o cheiro, o ruído de mastigar, o sabor e a sensação da experiência.¹

Conforme relatado pela Organização Mundial de Saúde em 2005,² cerca de 1% da população mundial apresenta algum grau de deficiência visual. Mais de 90% destes encontram-se nos países em desenvolvimento onde a população com deficiência visual é composta por 5% de crianças, enquanto os idosos correspondem a 75% desse contingente.

A deficiência visual parcial ou total designa um comprometimento de visão que, mesmo quando corrigido, prejudica o desempenho educacional de crianças.³ Quando presente desde o nascimento, à cegueira afeta o desenvolvimento da percepção espacial, do comportamento social, assim como da habilidade motora, pois a visão é fundamental para a criança adquirir destreza nas tarefas motoras, por fornecer as principais informações sensoriais para o controle destes atos.⁴

Indivíduos raramente apresentam defeitos visuais isolados, sendo mais comum apresentarem uma combinação desses, normalmente inter-relacionados com disfunções motoras, de linguagem e cognitivas, todos eles comprometendo as atividades de vida diária.¹ O desenvolvimento da linguagem e cognição, assim como o desenvolvimento motor, é dependente da integração sensorial. Assim, deficiências na capacidade visual e auditiva comprometem a comunicação na infância que acarretará em efeitos significativos nas habilidades cognitivas e sociais do indivíduo. Uma vez detectadas as alterações sensoriais, intervenção fonoaudiológica também poderá ajudar a criança com deficiência sensorial a se desenvolver.^{5,6}

A Fundação Hilton Rocha orienta aos pais das crianças deficientes visuais que é necessário estimulá-las o mais precocemente possível, realizando atividades em casa com a finalidade de melhorar a integração sensorial por meio dos estímulos tátil, proprioceptivo e vestibular. Com esta estimulação das outras modalidades sensoriais, estará se favorecendo a oportunidade da criança responder adequadamente à demanda do ambiente.⁷

Evidenciada a necessidade de intervenção física para estimulação destes sujeitos, a fisioterapia bem como outras modalidades terapêuticas assumem importância neste contexto, pois, irá facilitar a entrada de estímulos e movimentos funcionais proporcionando desenvolvimento e aquisição dos movimentos básicos para realização independente das atividades de vida diária.⁸ Da mesma forma, a deficiência auditiva também compromete o desenvolvimento da criança. De acordo com Russo & Santos,⁹ as crianças com deficiência auditiva, possuem grande necessidade de explorar visualmente o ambiente, fazendo com

que marcha torne-se ruidosa, com arrastar dos pés. Se, como parte da perda auditiva ocorrer danos aos canais semicirculares do ouvido interno, é provável que surjam também problemas de equilíbrio e esses, por sua vez, podem manifestar-se por atrasos no desenvolvimento motor e na aquisição de capacidades motoras. Não havendo oportunidades que proporcione o aprender dos movimentos por meio da participação em atividades físicas ou outras formas de estimulação motora, os deficientes auditivos poderão sofrer atrasos nas habilidades motoras.³

A criança surdocega não é uma criança surda que não pode ver e nem um cego que não pode ouvir. Não se trata de simples somatória de surdez e cegueira, nem é só um problema de comunicação e percepção. Tais pacientes possuem deficiência sensorial em que os problemas relacionados à aprendizagem dos comportamentos socialmente aceitados e a adaptação ao meio se multiplicam.

A falta dessas percepções limitadas para a criança surdocega na antecipação do que vai ocorrer a sua volta, faz com que a entrada da mãe no quarto do bebê possa não significar tranquilidade. Comida ou carinho não representar uma ação que possa acalmá-lo, mas sim promover instabilidade e insegurança. Sua dificuldade na antecipação dos fatos faz com que cada experiência possa parecer nova e assustadora, como ser transportada de um lugar para o outro, sentir na boca a introdução de um alimento novo ou ser tocado repentinamente. Ainda, como resultado da privação da visão e audição, sua motivação na exploração do ambiente é proporcionalmente diminuída. Seu mundo se limita ao que por casualidade está ao alcance de sua mão e, sobretudo, a si mesmo.¹⁰

A surdocegueira não oferece nenhuma oportunidade de aprendizagem incidental, isso significa que é necessário ensinar tudo a pessoa surdocega. O auxílio de um interventor, pessoa que trabalha individualmente com a pessoa surdocega, indicando-lhe exatamente tudo o que está acontecendo no ambiente, é essencial.³

As principais formas de comunicação para as pessoas que são surdocegas são toques, gestos indicativos, objetos simbólicos, desenhos simbólicos, linguagem por sinal, soletrar com os dedos, leitura dos lábios, escrita e leitura em braile, método Tadoma de leitura da fala, letras grandes para escrita e leitura, dentre outros.¹¹

OBJETIVO

Assim, o presente estudo procurou verificar as formas de comunicação de crianças e adultos portadores de surdocegueira, visando identificar estratégias para a intervenção terapêutica.

MÉTODO

Sujeitos

Participaram deste estudo 19 sujeitos portadores de surdocegueira matriculados em Escolas Especializadas de São Paulo e São Caetano do Sul, com idade mínima de 3 e máxima de 25 anos, com a média de idade de $16,4 \pm 6,8$ anos. Os sujeitos foram divididos em dois grupos etários, sendo considerado criança os que possuíam até 17 anos e adultos os sujeitos acima desta idade.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista em questionário previamente elaborado e realizado por profissionais devidamente treinados nas Escolas. Os questionários foram direcionados aos cuidadores das pessoas surdocegas, juntamente com o termo de consentimento para a realização deste estudo que foi recolhido de cada participante.

Nesta entrevista registrou-se a forma de comunicação predominantemente usada pelo portador de surdocegueira para se expressar (comunicação expressiva) e compreender (comunicação receptiva). Dentre as formas de comunicação, todas as identificadas foram registradas e agrupadas em 6 categorias, sendo elas: comunicação por linguagem falada, por LIBRAS, por gesto indicativo, por apresentação de objeto concreto, por expressão corporal ou por choro.

Análise Estatística

Os dados registrados foram organizados em distribuição de frequência absoluta e relativa para cada grupo etário quanto à forma de comunicação expressiva ou receptiva. Para verificação da maior utilização de uma ou outra categoria de comunicação pelos grupos etários, foi realizado um teste Qui-Quadrado comparando a frequência esperada para as crianças, frente à frequência observada nos adultos dentro de cada modalidade de comunicação expressiva ou receptiva. Para viabilizar a análise por esta ferramenta, as comparações foram feitas comparando a frequência de uma das categorias frente à soma da frequência nas outras.

RESULTADOS

A distribuição de frequência das categorias de comunicação expressiva utilizada pelas crianças aponta que 57% utilizam gestos indicativos, seguido por 29% que se expressam por meio do choro e 14% utilizam a expressão corporal (figura 1).

Já nos adultos encontrou-se que 42% usaram gestos indicativos,

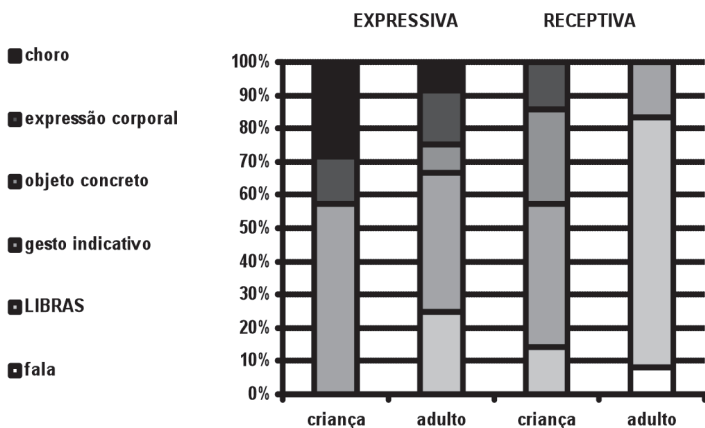


Figura 1

Distribuição de frequência da categoria de comunicação expressiva ou receptiva entre os grupos etários expressa em porcentagem do total de sujeitos crianças ou adultos. O valor indicado pela seta branca representa diferença significativa ($p < 0,05$) detectados pelo teste Qui-Quadrado.

seguido por uso de LIBRAS com 25%, pela expressão corporal utilizada por 17%, e tendo o objeto concreto e choro encontrado como forma de expressão em 8% da amostra (figura 1).

Para as formas receptivas de comunicação, 43% das crianças a realizam por meio de gestos indicativos, seguido por 29% que entendem por meio de objetos concretos e 14% do grupo compreendem tanto LIBRAS quanto expressão corporal (figura 1).

Já para os adultos a compreensão se faz principalmente, por meio de LIBRAS, representando 75% do grupo, seguido de 17% para os gestos indicativos e apenas 8% entendem a fala (figura 1).

A figura 1 mostra que dentre os valores esperados, somente o valor observado para ocorrência da utilização de LIBRAS na comunicação receptiva do adulto apresentou-se significativamente mais usada ($p < 0,05$) quando comparada às outras categorias de comunicação.

DISCUSSÃO

As formas de comunicação dos surdocegos são de extrema variabilidade, pois esta condição está associada a comportamentos diversificados como repetição de atividades não produtivas, dificuldade em deslocar-se de uma tarefa para a outra, reações exageradas para pequenos estímulos, hiperatividade ou hipotividade e imaturidade emocional. Tais comportamentos acarretam em formas de comunicação mais primitivas como o choro, a explosão de raiva e as agressões físicas.¹² Nossos resultados corroboram com os descritos por Riester,¹² visto que a comunicação utilizada por esta população foi de forma bem primitiva, ou seja, gestos indicativos, do qual não houve diferença significativa entre crianças e adultos.

Porém para a forma de comunicação receptiva, os adultos evoluíram para LIBRAS que se tornou a forma de comunicação melhor compreendida entre eles.

Estudos de Osaki et al.¹³ revelam que a surdocegueira está fortemente envolvida em interpretar linguagem tátil, aumentando a ativação cortical do processo cognitivo e semântico. Este estudo justifica a demanda tátil comunicativa desta pesquisa, representada por gestos indicativos e LIBRAS, principalmente, seguidas por outras formas como, objeto concreto e expressão corporal, também táteis.

Nossos resultados evidenciaram que a comunicação expressiva nas crianças está num estágio mais primitivo, podendo ser considerado este como linguagem tátil, conforme sugeriu Osaki et al.¹³ sendo que conforme se tornam adultos e adquirem mais vivências e oportunidade de explorar seu meio, a comunicação expressiva também é enriquecida.

Para a comunicação receptiva os resultados apontaram o mesmo padrão, com a diferença de que a comunicação por meio de LIBRAS torna-se a mais utilizada nos adultos.

Como a maioria das intervenções terapêuticas para esta população compreende aplicação de recursos que envolvem estimulação por meio de métodos e técnicas que buscam favorecer processos cognitivos, é de fundamental importância que os terapeutas estejam habilitados à compreensão de diferentes formas de linguagem e, ainda, sejam capazes de se comunicar por meio de LIBRAS.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que as crianças, predominantemente, se expressam por modalidades táteis e primitivas de comunicação. Para compreensão, as crianças entendem, em sua maioria, por gestos indicativos, seguidas por objetos concretos e, a minoria, por LIBRAS e expressão corporal. Já, para os adultos, a compreensão se faz, principalmente, por meio de LIBRAS, seguido de gestos indicativos e para discreta porcentagem, entendem a fala.

REFERÊNCIAS

1. Chaikin EL. Distúrbios da visão e disfunção visuo-perceptiva. In: Umphred D. Reabilitação neurológica. São Paulo: Manole; 2004. p. 93-133.
2. Kostanjsek N, Bedirhan Üstün B. ICF: a multi-dimensional approach for measuring health and disability. Geneva: World Health Organization; 2005.
3. Winnick PJ. Educação física e esportes adaptados. São Paulo: Manole; 2004.
4. Shepherd R. Fisioterapia em pediatria. São Paulo: Santos; 1996.
5. American Speech and Hearing Association. How Does Your Child Hear and Talk? [text on the Internet]. Washington: ASHA [cited 2008 Set 20]. Available from: <http://www.asha.org/public/speech/development/chart.htm>
6. Northern J, Downs MP. Hearing in children. 14 ed. Baltimore: William & Wilkins; 1991.
7. Fundação Hilton Rocha. São Paulo. Braille; 1986 2: 119-121.
8. Fundação Hilton Rocha. São Paulo. Braille; 1987 3: 22-23.
9. Russo ICP, Santos TMM. Audiologia infantil. São Paulo: Cortez; 1994.
10. Ministério da Educação. Saberes e práticas da inclusão dificuldades de comunicação e sinalização: surdocegueira e múltipla deficiência sensorial. Brasília: MEC/SEESP; 2004.
11. Miles B. Perspectiva general sobre la sordo-ceguera. Monmouth: DB-LINK; 1995. [citado 2008 Set 20]. Disponível em: <http://www.dblink.org/pdf/over-span.pdf>
12. Riester AE. Partnering to run a community-based program for deaf-blind young adults. *Am Ann Deaf.* 1992;137(5):411-5.
13. Osaki Y, Doi K, Takasawa M, Noda K, Nishimura H, Ihara A, et al. Cortical processing of tactile language in a postlingually deaf-blind subject. *Neuroreport.* 2004;15(2):287-91.