
Caracterização dos pacientes com perda auditiva atendidos no serviço de fonoaudiologia de uma universidade em Curitiba – PR

Mônica Porto Lopes

Fonoaudióloga graduada pela Universidade Tuiuti do Paraná - UTP

Ana Cristina Guarinello

Fonoaudióloga

Professora do Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação - UTP

Giselle Massi

Fonoaudióloga

Professora do Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação - UTP

Ana Paula Berberian

Fonoaudióloga

Professora do Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação - UTP

Jessyca Soares Lula Pacholek

Fonoaudióloga graduada pela Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO

Discente do Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação - UTP

Resumo

Este estudo teve como objetivo investigar o perfil das crianças surdas que frequentam a clínica de Fonoaudiologia da Universidade Tuiuti do Paraná, de março de 2009 a novembro de 2012. O levantamento da amostra foi realizado a partir da coleta e análise de dados contidos em protocolos de pacientes com algum grau de perda auditiva, obtendo as variáveis: ano de atendimento (avaliação), faixa etária, gênero, encaminhamento, procedência, acompanhantes, queixa, parecer fonoaudiológico, grau da perda, idade do diagnóstico, idade que recebeu o AASI, início do atendimento fonoaudiológico, motivo do desligamento e pacientes que estão em atendimento. A queixa mais incidente é perda auditiva, o parecer fonoaudiológico mais freqüente é atraso no desenvolvimento da linguagem oral devido à perda auditiva. Quanto a idade do diagnóstico, 23 foram diagnosticados entre 1 e 3 anos de idade, 4 entre 1 e 11 meses de idade, 3 entre 4 e 10 anos e 3 acima de 4 anos. Com relação ao grau de perda, 13 apresentam perda profunda, 10 perda moderada, 7 perda leve e 3 perda severa. Não houve predominância de sexos, a idade média encontrada foi aproximadamente de 4 anos e meio, a maioria dos pacientes são procedentes de Curitiba e todos vêm acompanhados por familiares e são encaminhados por profissionais da área da saúde e pela escola. O parecer fonoaudiológico constatou que aproximadamente 50% dos pacientes apresentam um atraso no desenvolvimento da linguagem oral devido à perda auditiva.

Palavras-chave: Linguagem. Surdez. Detecção Precoce. Fonoaudiologia. Diagnóstico.

Abstract

This study aimed to investigate the profile of deaf children who attend the clinic at the University of Speech Tuiuti from March 2009 to November 2012. The survey sample was made from the collection and analysis of data contained in protocols of patients with some degree of hearing loss, getting variables: year of service (assessment), age, gender, routing, origin, escorts, abuse, sound speech, degree of loss, age at diagnosis, age who received the hearing aid, early speech therapy, reason for termination, and patients who are in attendance. The most frequent complaint is hearing loss, speech seem most frequent delay in oral language development due to hearing loss. As the age of diagnosis, 23 were diagnosed between 1 and 3 years of age, 4 between 1 and 11 months of age between 4 and 10 3 years and 3 more than 4 years. Regarding the degree of loss, 13 have profound loss, moderate loss 10, 7 and 3 mild loss severe loss. There was no predominance of sex, age average was about 4 and a half years, the majority of patients are coming from Curitiba and all are accompanied by family members and are referred by health professionals and school. The opinion speech found that approximately 50% of patients have a delay in the development of oral language due to hearing loss.

Keywords: Language. Deafness. Early Detection. Speech. Diagnosis.

Introdução

A linguagem é uma atividade cognitiva de ação sobre o mundo e comunicativa de ação sobre o outro, pois é a partir dela que a criança age sobre o mundo e sobre o outro (De Lemos, 1998). Nesse sentido a linguagem assume um estatuto de objeto, sobre o qual a criança pode atuar. A perspectiva interacionista centra-se na noção de que a linguagem é uma atividade constitutiva de conhecimento do mundo pela criança. Portanto, é a partir da linguagem que a criança se constrói como sujeito, segmenta e incorpora o conhecimento de mundo e do outro (Scarpa, 1987).

A linguagem tem início nas primeiras relações que a criança estabelece com os demais, de modo específico com a mãe. Tais interações se dão por meio de uma língua própria da relação mãe – filho, a língua materna (Barcellos, 2011).

A audição constitui-se em um pré-requisito para a aquisição e o desenvolvimento da linguagem. Ou seja, audição e linguagem são funções correlacionadas e interdependentes (Gatto & Tochetto, 2007).

Apesar da importância da audição para a linguagem, (Santana, 2007) discute que a linguagem envolve não apenas ouvir, discriminar, memorizar, mas um trabalho (meta) linguístico do sujeito sobre a língua, os movimentos enunciativos aos quais o sujeito recorre e é a subjetividade que põe em evidência as escolhas lexicais, a construção sociocognitiva do sentido. São esses movimentos que fazem o processamento da linguagem se realizar.

A perda auditiva é a deficiência congênita mais frequente dentre aquelas triadas rotineiramente em programas de saúde preventivos, de qualquer tipo e grau de perda (White et al., 1998). Atualmente, a Triagem Auditiva Neonatal (TAN), nos padrões indicados pelo Grupo de Apoio à Triagem Auditiva Neonatal Universal, possibilita a identificação de qualquer tipo e grau de perda auditiva precocemente (Cóser, 2011). No Brasil, desde 02 de agosto de 2010, a Lei n 12.303 em seu Art.1º (Brasil, 2010) refere que é obrigatória a realização gratuita do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocada (EOA), em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências. A avaliação da EOA é executada pelo fonoaudiólogo e pode ser realizada no próprio berçário em sono natural ou em clínica especializada. É o mais recente método para detecção de perdas auditivas em neonatos e é

um tipo de intervenção não invasiva, rápida e de fácil aplicabilidade (Loyola, 1999).

Apesar da importância da detecção precoce das perdas auditivas, a surdez tem sido diagnosticada tardiamente, o que causa prejuízos irreversíveis ao desenvolvimento linguístico, social, cognitivo e emocional das crianças que a possuem. A idade em que é feito o diagnóstico e iniciada a intervenção é decisiva para o prognóstico das habilidades de comunicação oral, integração social, desenvolvimento cognitivo e emocional da criança surda, sendo que, é possível a criança surda adquirir a linguagem muito próxima das crianças ouvintes, desde que seja diagnosticada cedo e que receba intervenção fonoaudiológica precocemente (Cóser, 2011).

Ao contrário dos ouvintes, que utilizam a audição para se comunicar, os surdos se relacionam com o mundo, em geral, por meio de gestos e da visão e, por isso, seu desenvolvimento linguístico ocorre mais naturalmente quando tem a oportunidade de conviver com outro adulto surdo de um modo particular, por meio da língua de sinais, considerada por alguns autores como sua primeira língua (Cromack, 2004; Dizeu, Caporali, 2005).

Apesar desse fato, as estatísticas internacionais apontam que somente 4% ou 5% das crianças surdas são filhas de pais também surdos, tendo, então acesso

precoce a língua de sinais, sendo esse acesso efetuado por meio das interações comunicativas com seus pais surdos, mesmo estando inseridos em uma comunidade majoritária que é ouvinte (Skliar, 1997). Portanto, a maioria das crianças surdas – de 95% a 96% –, não tem as mesmas possibilidades para adquirir a língua de sinais que as que são filhas de surdos. Elas crescem e se desenvolvem dentro de uma família formada em sua totalidade por ouvintes, que geralmente desconhecem ou rejeitam o uso da língua de sinais.

Quando a criança ouvinte nasce, os pares familiares compõem o núcleo social no qual ocorrem os primeiros contatos e interações. Por meio deles, ela é envolvida pela esfera social e simbólica circundante, descobrindo o universo que a rodeia numa relação construída com a convivência. Seus pares significam, nomeiam, recortam o mundo e, nesse processo, ela vai se individualizando. No entanto, para que esses vínculos sejam estabelecidos de modo eficaz, tanto no que concerne aos significados quanto ao desenvolvimento psicoafetivo e cognitivo, é necessário que pais e filhos compartilhem do mesmo canal de comunicação (Kelman et al, 2011).

O nascimento de um filho surdo em uma família ouvinte acarreta uma mescla de sentimentos e pensamentos nessa família, principalmente nas mães que, em geral, convivem diariamente com os filhos e serão as primeiras responsáveis pelo cuidado e

desenvolvimento desse sujeito. Além da constituição da mãe em sua função materna que pode ser problemática independentemente da surdez, há conflitos inerentes à situação da surdez do filho (Coriat, S.D).

Os problemas que muitas vezes ocorrem em uma família de ouvintes que tem um filho surdo são as contradições existentes: entre o filho ouvinte imaginário e o filho real surdo, e entre o domínio linguístico da mãe (língua oral) e as possibilidades linguísticas do filho (Língua de Sinais, língua oral). Além disso, pode haver também um imaginário sobre o que é realmente a surdez, se ela ocasiona ou não déficits cognitivos, o que pode interferir na relação inicial entre o bebê surdo e seus familiares ouvintes (Borne & Ramos, 2007).

A falta de conhecimento sobre a pessoa surda faz com que surjam muitos “mitos” com relação à surdez e ao sujeito surdo, gerando preconceitos. Esse sentimento de preconceito está relacionado tanto à sociedade em geral quanto aos próprios pais que manifestam este sentimento com rejeição ou superproteção. A rejeição faz com que as pessoas se afastem do surdo, evitando o contato com ele e a superproteção está caracterizada pela realização de tarefas no lugar do surdo, em detrimento de sua autonomia, por não acreditar nas suas capacidades (Fletcher & Ross, 1991).

Assim, é necessário que quem realize a função parental frente à criança surda entenda que não existem

limitações cognitivas e afetivas ocasionadas pela surdez, e que o desempenho do bebê surdo depende da reação familiar frente a surdez e às possibilidades sociais oferecidas ao surdo, tanto do ponto de vista linguístico, quanto educacional (Góes, 1996).

Assim que a família começa a perceber a surdez por meio de um novo olhar, pois já receberam maiores informações e foram esclarecidos pelos profissionais (médicos, fonoaudiólogos, professores, entre outros) e até por outros pais, fica mais fácil aceitar essa realidade. Podem trocar os sentimentos negativos por positivos. Inicia-se então a fase de adaptação em que os pais começam a receber mais informações sobre o filho e como lidar com a surdez da criança.

De acordo com a familiaridade que têm com a surdez, com as orientações recebidas dos profissionais que os atenderam e com a expectativa que constroem em relação aos filhos, os pais adotam, mesmo sem o saber, uma determinada concepção de surdez (Paiva e Silva et al., 2007). Ou seja, se considerarem que os filhos devem apenas falar, os pais vão escolher uma instituição que priorize a linguagem falada como forma de comunicação dos e com os surdos. A compreensão da linguagem pela criança surda se dará por meio da leitura orofacial e da via auditiva (devidamente trabalhada), e pelo uso da linguagem oral, sendo os sinais dentro dessas instituições geralmente proibidos.

Se, por outro lado, os pais optarem pelo uso da língua de sinais, poderá escolher uma instituição bilíngue, na qual as crianças surdas são expostas à Língua por meio da interação com pessoas que sinalizam, e à Língua Portuguesa, como segunda língua, nas modalidades oral e escrita.

A língua de sinais e a abordagem bilíngue põem em cheque o modelo da clínica médica, no qual apenas a linguagem oral é enfatizada e possui um novo olhar sobre a surdez e o sujeito surdo. A diferença dessa abordagem e de uma abordagem oralista é que este busca a etiologia no orgânico; e a bilíngue pretende entender o sujeito e suas ações – inclusive as linguísticas – sem distanciar-lo de práticas sociais (Santana & Guarinello, Prelo Revista Distúrbios da Comunicação).

Na prática, como a criança surda, em geral, é trazida para a clínica pelos pais ouvintes, mesmo que eles concordem com a abordagem bilíngue, muitos deles apresentam o desejo da obrigatoriedade da fala para seus filhos. Nesse sentido, é na entrevista e na identificação do sintoma e da queixa da família que o fonoaudiólogo acaba por encontrar uma heterogeneidade própria da surdez: a língua dos filhos não é a língua dos pais. Como se os pais dissessem “eu até aprendo a língua do meu filho, mas quero que ele também aprenda a minha língua”. Esse é geralmente, o bilinguismo no contexto da surdez, um bilinguismo

imposto e não escolhido (Santana & Guarinello, Prelo Revista Distúrbios da Comunicação).

Hoje, no Brasil, há instituições e profissionais que adotam diferentes concepções de surdez e cabe aos pais, com o auxílio de profissionais habilitados, a escolha que esteja mais de acordo com a representação que têm da surdez.

Tendo em vista que, quanto antes a família ouvinte que tem um filho surdo procurar atendimento fonoaudiológico, mais cedo as interações positivas com o filho surdo se iniciam e que a Clínica de Fonoaudiologia da Universidade Tuiuti do Paraná é um centro de referência no diagnóstico e tratamento da surdez. O objetivo do presente estudo é investigar o perfil das crianças surdas que frequentam a clínica de Fonoaudiologia da Universidade Tuiuti do Paraná, no período de março de 2009 a novembro de 2012.

Método

O levantamento da amostra de dados foi realizado a partir da coleta e análise dos dados contidos em protocolos de pacientes com algum grau de perda auditiva, que são atendidos na clínica-escola de fonoaudiologia da Universidade Tuiuti do Paraná. A clínica possui convênio com o SUS, desde 2002, para atuar no programa de Saúde Auditiva e, desde 2008,

está credenciada como serviço de alta complexidade. É considerada uma referência em Curitiba e na região metropolitana da cidade, possuindo caráter interdisciplinar, oportunizando o corpo discente a relacionar teoria e prática, garantindo ao acadêmico a observação, realização de avaliações, de elaboração de parecer fonoaudiológico, de planejamentos e intervenções clínicas fonoaudiológicas. Essa clínica atende cerca de 7000 pacientes por ano e oferece os seguintes serviços: consulta otorrinolaringológica, audiometria tonal, impedanciometria, logaudiometria, teste e adaptação de prótese auditiva, teste da “orelhinha”, potencial auditivo evocado, emissões otoacústicas, processamento auditivo, exames de equilíbrio, avaliação e terapias fonoaudiológicas para as áreas de voz, motricidade orofacial, linguagem oral e linguagem escrita (Girardelli, Prelo Revista Ciências da Saúde).

A grande maioria dos pacientes atendidos na clínica são provenientes do setor de prótese auditiva e vários deles após receberem as próteses são encaminhados para o serviço de reabilitação auditiva na própria clínica. Alguns optam por fazer a reabilitação na clínica, mas a grande maioria opta pelo atendimento externo devido às dificuldades de locomoção, distância, etc.

Para a coleta de dados foram selecionadas as seguintes informações destes protocolos: ano

de atendimento (avaliação), faixa etária, gênero, encaminhamento, procedência, acompanhantes, queixa, parecer fonoaudiológico, grau da perda, idade do diagnóstico, idade que recebeu o AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual), início do atendimento fonoaudiológico, motivo do desligamento e pacientes que ainda estão em atendimento. A amostra foi constituída por 33 crianças de 0 a 10 anos que possuem algum tipo de perda auditiva, cadastradas no serviço de atendimento da Clínica-escola da Universidade Tuiuti do Paraná na cidade de Curitiba, no período de março de 2009 a novembro 2012.

Os usuários desta clínica, ao ingressarem no serviço de atendimento fonoaudiológico, assinam um termo de consentimento, autorizando o uso de seus dados para o desenvolvimento de pesquisas fonoaudiológicas. No entanto, os dados coletados para esta pesquisa não relacionam o usuário ao prontuário, sendo que o nome dos usuários da clínica será mantido em sigilo.

Resultados e discussão

Nesse estudo, através do levantamento dos prontuários clínicos, foi traçado a caracterização dos pacientes com perda auditiva atendidos no serviço de fonoaudiologia de uma universidade em Curitiba, no período de 2009 a 2012.

Quanto ao número de pacientes com algum grau de perda auditiva atendidos na Clínica – Escola da Universidade Tuiuti do Paraná, foram analisados 33 prontuários no período de 2009 a 2012.

Com relação à idade desses pacientes foram encontrados os seguintes dados: faixa etária de 1 a 4 anos – 19 sujeito (57,57%), faixa etária de 5 a 10 - 14 pacientes (42,42%). Dentre esses, 18 (54,54%) são do gênero masculino e 15 (45,45%) do gênero feminino.

Percebe-se com esses dados que a detecção precoce ainda não acontece em todos os pacientes. Apesar de atualmente a Triagem Auditiva Neonatal, possibilitar a identificação de qualquer tipo e grau de perda auditiva precocemente, e que no Brasil, é obrigatória a realização gratuita do exame de EOA, em todas as crianças, em todos os hospitais e maternidades (Cóser, 2011), ainda não são todas as crianças beneficiadas com esse exame, pois no Brasil a TAN é regulamentada por lei em 13 municípios, mas os únicos estados brasileiros que dispõem de lei determinando a obrigatoriedade da TAN são: Paraná, Pernambuco e São Paulo (Gatto & Tochetto, 2011).

Verificou-se que em relação ao encaminhamento, 8 pacientes (24,24%) foram encaminhados por um Fonoaudiólogo, 7 (21,21%) pela Escola, 6 (18,18%) pelo serviço de Triagem da própria universidade, 5 (15,15%) via Hospital/ Posto de Saúde, 3 (9,09%) por Médico Pediatra, 2 (6,06%) por Médico Otorrinolaringologista, 1 (3,03%)

pelo CAIF (Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Lábio Palatal) e 1 (3,03%) pelos próprios pais.

Nosso estudo mostrou de maneira equilibrada, que a demanda maior veio das áreas da saúde e da educação, tais como, fonoaudiólogos, escola, hospital/posto de saúde, serviço de triagem da própria universidade, pediatras e otorrinolaringologistas. Pode-se pensar que os encaminhamentos vindos desses profissionais são previsíveis pelo fato deles terem contato direto com essas crianças nos atendimentos e acompanhamentos, tendo assim, a possibilidade de observar mais atentamente qualquer alteração.

Quanto à procedência desses pacientes, observamos que 21 (63,63%) são de Curitiba, 9 (27,27%) da região metropolitana de Curitiba (São José dos Pinhais, Pinhais, Campo Magro, Colombo, Almirante Tamandaré, Rio Branco do Sul e Fazenda Rio Grande) e 3 (9,09%) de outros municípios do Estado do Paraná (São Mateus do Sul e Morretes).

Esse presente pesquisa evidenciou uma prevalência de pacientes que moram na capital e que 100% desses pacientes vêm para a clínica acompanhados por familiares. Com relação aos pacientes que moram afastados da capital é provável que a maioria destes dê preferência aos atendimentos nos locais mais próximos a sua residência.

Quanto à queixa mais frequente, vale ressaltar que dos 33 pacientes, em 24 prontuários (72,72%), a família

refere que procurou o atendimento devido a perda auditiva do filho, em 3 pacientes (9,09%), a família referiu que a criança não fala, em 4 pacientes (12,12%), a família referiu-se à trocas na fala e em 2 casos (6,06%), a família relatou que as crianças apresentavam dificuldades na fala, na leitura e na escrita.

Com relação ao Parecer Fonoaudiológico dado pelo aluno (a) que estava atendendo os pacientes, verificou-se que 16 pacientes (48%) tinham um atraso no desenvolvimento da linguagem oral devido à perda auditiva, 9 pacientes (27,27%), tinham a necessidade de adaptação do AASI ou do implante coclear, 5 pacientes (15,15%), apresentavam Desvio Fonético devido a perda auditiva e em 3 pacientes (9,09%), constatou-se dificuldade de leitura e escrita.

Em nosso estudo observamos que há uma prevalência em relação à queixa, perda auditiva, que segundo a literatura, é a deficiência congênita mais frequente dentre aquelas triadas rotineiramente em programas de saúde preventivos, de qualquer tipo e grau de perda (White et al, 2003). Assim, nessa população atendida percebeu-se que a grande maioria procura a clínica devido a perda auditiva de seus filhos.

Em contrapartida, no item parecer fonoaudiológico, a incidência maior não foi exatamente em relação à surdez, mas sim, suas consequências, tais como, atraso no desenvolvimento da linguagem oral devido à perda

auditiva. Provavelmente, isso ocorra em virtude de que um déficit de audição impede a criança surda de adquirir, de maneira natural, a língua oral/auditiva usada pela comunidade majoritária.

Quanto a idade do diagnóstico, 23 (69,69%) pacientes foram diagnosticados entre 1 a 3 anos de idade, 4 pacientes (12,12%) entre 1 e 11 meses de idade, 3 (9,09%) pacientes foram diagnosticados entre 4 e 10 anos e 3 pacientes (9,09%) receberam o diagnóstico acima dos 4 anos de idade.

Com relação ao grau de perda, foram observados os seguintes dados: 7 pacientes (21,21%) que apresentam perda auditiva leve, 10 (30,30%) apresentam perda auditiva moderada, 3 (9,09%) perda auditiva severa e 13 (39,39%) perda profunda.

Em nosso estudo observamos que há relação entre idade do diagnóstico e grau de perda, já que aproximadamente 40% dos pacientes receberam o diagnóstico entre 1 e 3 anos de idade, apresentavam perda profunda. Algumas pesquisas da literatura brasileira (Coser, 2011), afirma que, apesar da importância da detecção precoce das perdas auditivas, essas perdas têm sido descobertas tardiamente, o que causa prejuízos irreversíveis ao desenvolvimento linguístico, social, cognitivo e emocional das crianças que as possuem. Nesse caso, o fato dessas crianças com perda profunda terem sido diagnosticadas até 3 anos de

idade é, um fator positivo para evitar maiores prejuízos no seu desenvolvimento. Outro dado constatado é que as crianças que tiveram suas perdas auditivas descobertas após os 4 anos de idade tinham perdas de grau leve e moderado, perdas essas que acarretam prejuízos muito mais amenos ao desenvolvimento da linguagem, o que de certo modo justifica sua descoberta tardia.

Quanto à idade que receberam o AASI, observou-se que dos 33 pacientes, 11 (33,33%) receberam aos 2 anos de idade, 7 (21,21%) com 1 ano, 3 (9,09%) com 3 anos, 3 (9,09%) com 4 anos, 2 (6,06%) com 5 anos, 3 (9,09%) com 7 anos e 4 (12,12%) não fazem uso do AASI, por terem perdas unilaterais.

Vale ressaltar que todos os pacientes que receberam o AASI tardiamente, ou seja, após os 4 anos de idade, apresentavam graus de perda leve à moderada.

Foi observado que dos 33 pacientes, 32 (96,96%) iniciaram o atendimento fonoaudiológico, no mesmo ano do primeiro atendimento, e somente 1 (3,03%) paciente deu início ao seu tratamento no ano seguinte, provavelmente pelo processo de avaliação ter iniciado em um ano e por conta do período de férias iniciou o atendimento somente no ano seguinte.

O fato de iniciar o tratamento logo após o diagnóstico possibilita um bom prognóstico das habilidades oral, integração social, desenvolvimento cognitivo e

emocional da criança surda, oportunizando-a a adquirir a linguagem muito próxima da criança ouvinte.

Pôde-se observar que dos 33 pacientes atendidos, 20 (60,60%) foram desligados, e o motivo do desligamento deu-se da seguinte forma: 10 pacientes (30,30%) foram desligados devido ao número de faltas consecutivas, sem justificativa, 6 (18,18%) desistiram pelo fato de morar muito longe e resolver dar continuidade ao atendimento na sua cidade, 3 (9,09%) receberam alta e 1 (3,03%) por não ter se adaptado ao AASI.

Uma hipótese para a desistência do atendimento é que a maioria dos pais deseja que o filho apenas fale e que desistem, pois essa instituição segue uma abordagem bilíngue, que percebe o sujeito como um todo, em toda sua subjetividade, não enfatizando apenas a linguagem oral, mas qualquer mecanismo de significação para além da oralidade. A literatura aponta que na prática, como a criança surda, em geral, é trazida para a clínica pelos pais ouvintes, mesmo que eles concordem com a abordagem bilíngue, muitos deles apresentam o desejo da obrigatoriedade da fala pra seus filhos. E nesse sentido, é na entrevista e na identificação do sintoma e da queixa da família que o fonoaudiólogo acaba por encontrar uma heterogeneidade própria da surdez: a língua dos filhos não é a língua dos pais. Como se os pais dissessem “eu até aprendo a língua do meu filho, mas quero que ele também aprenda a minha

língua”. Esse é geralmente, o bilinguismo no contexto da surdez, um bilinguismo imposto e não escolhido (Santana & Guarinello, Prelo Revista Distúrbios da Comunicação).

Considerações finais

Com esse estudo foi possível investigar o perfil das crianças surdas que frequentam a clínica de Fonoaudiologia da Universidade Tuiuti do Paraná. Em nossos achados não foi observada diferença significativa entre os sexos, a maioria dos pacientes são procedentes de Curitiba e todos vêm acompanhados por familiares. Constatamos também, que são encaminhados por profissionais da saúde e pela escola, provavelmente pelo contato maior que esses profissionais têm com as crianças. A queixa mais frequente dos pais é a perda auditiva, e o parecer fonoaudiológico em aproximadamente metade dos pacientes é de atraso no desenvolvimento da linguagem oral devido à perda auditiva, a maioria dessas crianças possui perda auditiva de grau profundo, e receberam o AASI até os 3 anos de idade.

O devido estudo constatou a importância de conhecer o perfil dessa população, para que se iniciem os atendimentos precocemente e que as crianças surdas tenham as mesmas possibilidades linguísticas que as crianças ouvintes.

Referências

- BARCELLOS, C. M. *Língua e Linguagem no Diálogo Mãe Ouvinte – Filho Surdo*. 2011. Tese de Mestrado - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2011.
- BORNE, R. M. M.; RAMOS, A. P. Representações de um grupo de surdos em relação à surdez e implicações em suas interações sociais. In: RAMOS, A. P. *A saúde dos grupos: as representações sociais na saúde coletiva*. 1 ed. Canoas: EdULBRA, vol.1, p. 181 – 216, 2007.
- BRASIL. Lei nº 12.303, de 02 de agosto de 2010. *Teste da Orelhinha*. Disponível em: <http://www.faders.rs.gov.br/portal/index.php?id=legislacao&cat=4&cod=405>. Acesso em: 15 nov 2012 às 19h15 min.
- CORIAT, L.; JERUSALINSKY, A. Aspectos estruturales y instrumentales del desarrollo infantil. *Cadernos del desarrollo infantil*. Centro Lydia Coriat, Buenos Aires, S.D.
- CÓSER, M. J. S.; TOCHETTO, T. M.; PEDROSO, F. S.; CÓSER, P. L.; GONÇALVES, M. S. Frequência do diagnóstico de surdez pré-lingual na ausência de indicadores de risco: a importância da triagem auditiva neonatal universal. *Revista Temas desenvolvimento*, vol. 18, jul. – set., 2011.
- CROMACK, E. M. P. C. Identidades, cultura surda e produção de subjetividades e educação. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, vol. 24. nº 4, 2004.
- DE LEMOS, C. T. G. Uma abordagem sócio-construtivista da aquisição da Linguagem: um percurso e muitas questões. In: II Encontro Nacional sobre Aquisição da Linguagem, Rio Grande do Sul, *Anais II ENAL*, PUCRS: 1998, p.61 – 75.
- DIZEU, L. C. T. B.; CAPORALI, S. A. A Língua de Sinais constituindo o surdo como sujeito. *Educação e Sociedade*, Campinas, vol. 91 nº. 26, p. 583 – 597, 2005.
- FLETCHER, P.; LUTHERMANN, D.; ROSS, M. When your child is deaf. *York Press*, Maryland, vol, 21, 1991.
- GATTO, C. I.; TOCHETTO, T.M. Deficiência Auditiva Infantil: Implicações e Soluções. *Revista CEFAC*, São Paulo, vol. 9. nº 1, p. 110 – 15, jan – mar, 2007.
- GIRARDELLI, G. S. Atendimento em fonoaudiologia: estudo de uma clínica-escola na cidade de Curitiba – PR. *Prelo Revista Ciências da Saúde*.
- GÓES, M. C. R. *Linguagem, surdez e educação*. Campinas: Autores Associados, 1996.
- KELMANN, C. A.; SILVA, D. N. H.; AMORIM, A. C. F.; MONTEIRO, R. M. G.; AZEVEDO, D.C. Surdez e Família: facetas das relações parenterais no cotidiano comunicativo bilíngue. *Críticas: revista da Faculdade de Educação*. Universidade de Brasília, Brasília, vol. 17, nº. 33, maio/ago, 2011.

LOYOLA, A. J. *Emissões Otoacústicas e a Detecção Precoce da Deficiência Auditiva em Recém-Nascidos*. CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica – Audiologia Clínica, Goiânia, 1999.

PAIVA E SILVA, A. B.; ZANOLLI, M. L.; PEREIRA, M. C. C. *Mães Ouvintes com Filhos Surdos: Concepção de Surdez e Escolha da Modalidade de Linguagem*. Tese de Mestrado. 2007. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo e Universidade Estadual de Campinas, 2007.

SANTANA, A. P. *Surdez e Linguagem - Aspectos e implicações neurolinguísticas*. São Paulo: Plexus, 2007.

SANTANA, A. P.; GUARINELLO, A. C. A clínica fonoaudiológica e a aquisição do português como segunda língua para surdos. *Prelo Revista Distúrbios da Comunicação*.

SCARPA, E. M. *Aquisição de Linguagem x aquisição de escrita: continuidade ou ruptura?* Estudos Linguísticos. São Paulo, 1987.

SKLIAR, C. Uma perspectiva sócio-histórica sobre a psicologia e a educação dos surdos. In: SKLIAR, C. (Org.) *Educação e exclusão: abordagens sócio-antropológicas em educação especial*. Porto Alegre: Mediação, 1997. p. 105 – 153.

WHITE, R. K.; VOHR, B. R.; BEHRENS, T. R. Universal newborn hearing screening using transient evoked otoacoustic emissions: results of the Rhode Island Learning Assessment Project. *Semin Hear*, 2003.