

# **FONOAUDIOLOGIA E EDUCAÇÃO: uma parceria necessária**



Organizadoras  
Ângela Ribas  
Solange Pazini

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"  
Universidade Tuiuti do Paraná

F675 Fonoaudiologia e educação: uma parceria necessária /  
Organização Ângela Ribas, Solange Pazini. – Curitiba:  
UTP, 2010.  
88 p.

ISBN 978-85-7968-002-1

1. Fonoaudiologia. 2. Fonoaudiologia - Educação. 3.  
Distúrbios da linguagem. I. Ribas, Ângela (org.). II.  
Pazini, Solange (org.). III. Título.

CDD – 371.914

**FONOAUDIOLOGIA E EDUCAÇÃO:  
uma parceria necessária**

2010

## **ORGANIZADORAS**

### **Ângela Ribas**

É Fonoaudióloga, docente do curso de Fonoaudiologia da UTP, especialista em Audiologia pelo CFFa, Mestre em Distúrbios da Comunicação pela UTP, Doutora em Meio Ambiente e Desenvolvimento Urbano pela UFPR e Conselheira do CREFONO 3.

### **Solange Pazini**

É Fonoaudióloga, Pós-graduada em Educação para o Deficiente Auditivo pela UTP e em Atenção Psicossocial pela FURB. Conselheira do CREFONO 3.

## SUMÁRIO

- 7 Prefácio
- 9 Atuação fonoaudiológica nas escolas  
*Ângela Ribas*  
*Maria Regina Franke Serrato*
- 17 Critérios fundamentais para o diagnóstico fonoaudiológico dos distúrbios de leitura e escrita.  
*Cláudia Sordi-Ichikawa*
- 38 Alterações vocais no aluno - Relato de caso em uma Escola de Educação Infantil.  
*Ana Paula Pamplona da S. Müller*
- 42 Professor: a voz da educação  
*Tânia T. Tozi Coelho*  
*Lara Cristina Fernandes Castilho*
- 48 Os distúrbios de comportamento no respirador oral  
*Maria Luiza Michelini Wippel*  
*Simone Ferreira dos Santos*
- 56 Percepção auditiva  
*Ângela Ribas*  
*Thelma Costa*
- 66 Inclusão escolar  
*Ione Lacerda L.M.Sanches*
- 76 Fonoaudiologia, telessaúde e educação à distância  
*Josiane Borges*
- 82 O ensino superior e a Fonoaudiologia no Brasil  
*Ney Stival*  
*Jaqueline Medeiros de Mello*



## **PREFÁCIO**

O ambiente escolar vem se constituindo historicamente como importante campo de atuação da Fonoaudiologia. As concepções teóricas metodológicas que norteiam a prática do fonoaudiólogo nas instituições educacionais são diversas, conforme as perspectivas da Fonoaudiologia enquanto área de conhecimento que visa todos os aspectos da comunicação humana.

É fato que alterações relacionadas à audição, linguagem oral e escrita, fala, motricidade orofacial e voz interferem no processo ensino aprendizagem, bem como nas condições de interlocução comunicativa.

Ainda que a Fonoaudiologia esteja inserida na área da saúde, os conhecimentos específicos da formação do fonoaudiólogo se articulam de forma explícita com questões e demandas que emergem no sistema educacional. A prática fonoaudiológica é imprescindível nesse contexto.

Os autores do livro “Fonoaudiologia e educação: uma parceria necessária” demonstram nos seus estudos as diversas demandas e as competências com as quais esse profissional se depara na estrutura educacional, além de apresentarem como proposta a promoção da saúde fonoaudiológica neste contexto. Delineiam as diversas formas de atuação, com ações voltadas para a promoção, prevenção, avaliação, diagnóstico, orientação, monitoramento e habilitação das funções comunicativas de todos os atores envolvidos no processo ensino aprendizagem.

Aqui encontramos um trabalho valioso, que oferece não só atualização específica na área da Fonoaudiologia, como também esclarece a outras áreas de conhecimento a abrangência da atuação do fonoaudiólogo nas instituições educacionais. Ratifica também, o papel do fonoaudiólogo na função social e de cidadania da escola, contribuindo na construção da autonomia e na formação de seres humanos capazes de assumir uma postura crítica e criativa perante o mundo.

Essa iniciativa do Conselho Regional de Fonoaudiologia - CREFON03 sugere que o papel de um Conselho Profissional é muito mais que regular e fiscalizar a profissão. A criação de pontes que fortalecem a profissão e sua inserção nos diferentes contextos de trabalho evidencia o comprometimento desta instituição em solucionar temas de interesse da sociedade, além de garantir e defender o direito do profissional de dispor de preparação e conhecimento que lhe permita assumir responsabilidade social quando do seu exercício profissional.

Ana Cláudia Ferigotti  
Conselheira Efetiva do Conselho Federal de Fonoaudiologia  
Março - 2010



# **ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NAS ESCOLAS**

**Ângela Ribas  
Maria Regina Franke Serrato**

## **Introdução**

A escola sempre foi campo fértil para a Fonoaudiologia. Quando pensamos em atuação fonoaudiológica no ambiente escolar, não conseguimos pensar em um profissional especialista, pois somente alguém com uma visão generalista, porém profunda, da Fonoaudiologia, pode atuar com tão diferentes demandas. É na escola que o profissional fonoaudiólogo se depara com todas as áreas de competência da ciência fonoaudiológica, ou seja, comunicação oral e escrita, voz, fala, audição e outras. Ali ele pode realizar trabalhos de prevenção, de detecção de problemas fonoaudiológicos que interferem no processo de ensino-aprendizagem, pode realizar orientações, encaminhamentos, pesquisa e outras ações inerentes à sua atuação.

Neste capítulo abordaremos questões práticas e legais que abrangem o tema, apontando as possibilidades de atuação para fonoaudiólogos que possuem interesse em trabalhar neste campo: a escola.

## **Aspectos legais da atuação fonoaudiológica em escolas**

A idealização da profissão de fonoaudiólogo no Brasil data do início do século passado e surge da preocupação da Medicina e da Educação com questões relacionadas à correção de “erros de linguagem” apresentados por escolares.

Assim sendo, explicitaremos a seguir, as bases legais para a atuação de um tipo específico de fonoaudiólogo, o que atua em escolas, sem, entretanto, deixar de considerar as outras condições.

Quando falamos em aspectos legais não podemos nos furtar, primeiramente, de citar a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988).

## Ângela Ribas e Maria Regina Franke Serrato

A Constituição, em seu artigo art. 6o, expressamente prevê que a EDUCAÇÃO é um direito social de todo cidadão. Frise-se que referido art. 6, encontra-se dentro do Título II, do documento, que dispõe sobre os direitos e garantias fundamentais, do que se extrai que a educação não só é um direito social, mas é um direito fundamental de todo brasileiro.

Ora, não é possível pensar educação de qualidade sem que o indivíduo esteja com sua saúde em perfeitas condições. Ainda mais quando o assunto é escolaridade.

Para que se garanta a aprendizagem é necessária a integridade sensorial (VYGOSTKI, 1995) e boas condições cognitivas do aluno (FONSECA, 1995); professores motivados e saudáveis (GERBER, 1996); um ambiente educacional saudável e higienizado (KLODZINSKI, ARNAS e RIBAS, 2005); uma equipe interdisciplinar atuante; metodologias e políticas educacionais consistentes. E, neste contexto, onde se insere o trabalho fonoaudiológico?

A Lei 6965 de 1981 (BRASIL, 1981), que dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo, em seu artigo 4o inciso L, determina que:

“É da competência do fonoaudiólogo participar de equipe de orientação e planejamento escolar, inserindo aspectos preventivos ligados a assuntos fonoaudiológicos”.

Mais adiante, o CFFa (2003), buscando regulamentar a Lei, publicou o documento onde estão descritas as grandes áreas de competência do fonoaudiólogo.

Segundo este documento (p.15):

“O fonoaudiólogo é um profissional da saúde, de atuação autônoma e independente, que exerce suas funções nos setores público e privado. É responsável por promoção de saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia, monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, na linguagem oral e escrita, na articulação da fala, na voz, na fluência, no sistema miofuncional orofacial e cervical, e na deglutição. Exerce também atividades de ensino, pesquisa e administrativas”.

Segundo Terçariol (2009), no âmbito escolar, muitas vezes o profissional se depara com uma demanda que não se coaduna com sua proposta, ou seja, a escola pede o atendimento clínico com vistas a eliminar as dificuldades das crianças. É importante que o fonoaudiólogo entenda e divulgue, que no âmbito escolar o cliente não é o aluno, mas a escola. As ações serão diferentes daquelas elaboradas para atendimento clínico, mas nem por isso menos importantes ou efetivas.

Neste sentido, estão vigentes no Brasil, quatro resoluções de interesse da classe fonoaudiológica, todas pautadas na Lei 6965/81.

A primeira que abordaremos aqui é a Res. CFFa 309/05 (CFFa, 2005) que “dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na educação infantil, ensino fundamental, médio, especial e superior”.

De acordo com esta norma, compete ao fonoaudiólogo, desenvolver ações em parceria com os educadores, que contribuam para a promoção, o aprimoramento e a prevenção de problemas relacionados à audição, linguagem oral e escrita, motricidade oral e voz.

A atuação pode ocorrer em todos os níveis educacionais e atingir todos os agentes: alunos, professores, profissionais dos setores administrativos da escola, familiares dos alunos, entre outros.

A resolução explica que o fonoaudiólogo pode, e deve, realizar, no âmbito escolar: orientações, palestras e estudos de caso; planejar e desenvolver programas fonoaudiológicos; realizar observações e triagens, em grupo ou individuais; promover ações que melhorem a qualidade ambiental; colaborar no planejamento pedagógico da escola.

No caso de realizar triagens auditivas, deve-se observar o disposto na Res. CFFa 274/2001 (CFFa, 2001), que normatiza o assunto. Vale à pena lembrar que a triagem não deve ser encarada como um fim em si mesma, mas o caminho para o fonoaudiólogo detectar em crianças em fase escolar, problemas auditivos que interfiram no processo de aprendizagem. É vedada a realização de triagem gratuita, como meio de angariar clientes, salvo em campanhas que promovam a saúde da comunidade.

Todo trabalho de triagem fonoaudiológica deve vir acompanhado de ações que permitam a continuação do processo diagnóstico e terapêutico, ou seja, o fonoaudiólogo deve assessorar e encaminhar as crianças que falharam na triagem para atendimento especializado.

## **Ângela Ribas e Maria Regina Franke Serrato**

Para realizar estas atividades e outras tantas que vão surgindo na medida em que a profissão se expande, o fonoaudiólogo pode ser contratado pela escola, pode ser concursado por uma secretaria de educação estadual ou municipal, ou ainda pode ser prestador de serviço.

Em todos os casos, é importante que se apliquem outras duas resoluções: a CFFa 331/2006 que “dispõe sobre o responsável técnico em Fonoaudiologia e suas atribuições” (CFFa, 2006) e a CFFa 339/2006 que “dispõe sobre o registro de Pessoas Jurídicas nos Conselhos de Fonoaudiologia” (CFFa, 2006b).

Estas duas resoluções cumprem o disposto no art. 17, parágrafo único da Lei 6965/81, que diz:

“É obrigatório o registro nos Conselhos Regionais das empresas cujas finalidades estejam ligadas à Fonoaudiologia, na forma estabelecida em regulamento”.

Assim sendo, sempre que uma escola possuir o serviço de Fonoaudiologia, ela deve comunicar o fato ao Conselho Regional de sua jurisdição, proceder seu cadastro, e um fonoaudiólogo será o responsável técnico pelo serviço. Não proceder esta comunicação constitui infração disciplinar e a falta poderá ser apurada pela Comissão de Ética dos Conselhos.

## **Fonoaudiologia e psicopedagogia**

Um assunto que é recorrente no meio fonoaudiológico atualmente, principalmente em nível dos Conselhos, é a atuação do psicopedagogo.

De início era uma especialização, cursada com a finalidade de aprimoramento profissional por quem está envolvido com o processo de ensino aprendizagem (fonoaudiólogos, psicólogos e pedagogos).

Hoje, está na iminência de ser aprovada a Lei que regulamenta a profissão de psicopedagogo no Brasil. O projeto de lei 3.512/08, que tramita nas Casas Legislativas em Brasília, prevê que o psicopedagogo poderá exercer atividades no que se refere à pesquisa, prevenção, diagnóstico e intervenção relacionados aos problemas de aprendizagem.

Quando lemos o projeto de lei, que está disponível em [www.camara.gov.br](http://www.camara.gov.br), verificamos que o texto é muito similar ao da Lei 6965,

que reconheceu a Fonoaudiologia como profissão em 1981. Desta forma, é de se supor, que caberia ao profissional fonoaudiólogo atuar na prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas de linguagem escrita, conforme descreve o artigo 4o da referida Lei.

O que aconteceu?

Por quê há necessidade do reconhecimento de uma outra profissão para atuar onde já existem profissionais habilitados e com competência para tal?

Tentando responder a este questionamento e visando subsidiar as ações do Conselho Federal de Fonoaudiologia no que se refere ao PL 3512/08, o CRFa 3a encaminhou a todos os fonoaudiólogos dos estados do Paraná e Santa Catarina, uma correspondência solicitando dados acerca de sua atuação profissional. Foram postados 2.802 ofícios, sendo que até abril de 2009, data limite para o envio dos dados ao Federal, retornaram ao Conselho 781 respostas, ou seja, 27% da amostra. Destes respondentes, 26 (3,3%) fonoaudiólogos informaram possuir especialização em psicopedagogia; 8 (1%) informaram atuar no ensino superior e 16 (2%) informaram atuar na área de leitura/escrita.

Concluiu-se que estes dados são importantes, na medida em que demonstram o pouco envolvimento do profissional fonoaudiólogo na área escolar ou da linguagem escrita, o que acarreta uma grande procura da comunidade por profissionais especializados em psicopedagogia.

É possível reverter este quadro, basta o fonoaudiólogo compreender que a área escolar necessita da sua atuação profissional, e se apresentar como aquele que é competente para atuar nas questões que dizem respeito à saúde dos agentes escolares.

## **Ler o código de ética faz bem para a saúde da Fonoaudiologia**

O Código de Ética da Fonoaudiologia (CFFa, 2004) é um documento norteador das práticas fonoaudiológicas e das relações com a sociedade.

Em todas as ações fonoaudiológicas os preceitos éticos se aplicam, porém, neste momento elegemos alguns itens que dizem respeito à atuação em escolas.

## Ângela Ribas e Maria Regina Franke Serrato

No art. 5o, inciso II do código está escrito que “é direito do fonoaudiólogo o exercício da atividade com ampla autonomia e liberdade de convicção”. Aqui está a grande explicação para o fato do fonoaudiólogo não poder clinicar no ambiente escolar. Quando se depara com uma metodologia ou filosofia educacional que não se aplique ao seu cliente, o profissional deve ter autonomia para indicar a mudança de escola e/ou metodologia de ensino, sem se sentir constrangido.

O art. 6o, inciso II afirma que “é dever do fonoaudiólogo exercer a atividade de forma plena, utilizando os conhecimentos e recursos necessários, para promover o bem estar do cliente e da comunidade”. O trabalho fonoaudiológico na escola permite que o profissional atue em diferentes frentes e disponibilize à comunidade em geral, conhecimentos relativos à comunicação humana.

No art. 7o, inciso II, consta que “consiste infração ética permitir que pessoas não habilitadas realizem práticas fonoaudiológicas”. É comum, nos Conselhos, o recebimento de denúncias de que professores, pedagogos, ou outros profissionais, intitulados terapeutas da fala, estimuladores auditivos, etc..., estão atuando nas escolas regulares ou especiais, “praticando” a Fonoaudiologia, muitas vezes em detrimento da contratação de um profissional legalmente habilitado. É obrigação do fonoaudiólogo informar ao Conselho que irá orientar a escola.

O art. 11, inciso II diz que “o fonoaudiólogo deve recorrer a outros profissionais sempre que necessário”. Na escola, a troca de informações entre profissionais é essencial. Todos os membros da equipe interdisciplinar são importantes quando o assunto é educação, seja no que diz respeito à saúde do aluno ou do professor. Discutir um caso, concluir em conjunto engrandece a todos, e beneficia o cliente, ou seja, a escola. Para Cutolo e Mancopes (2009) “os problemas fonoaudiológicos são problemas de saúde e como tal são eminentemente interdisciplinares, tanto quanto a realidade que os determina” (p.82). Apesar da troca de informações, o fonoaudiólogo deve estar atento ao sigilo profissional (art. 13).

O art.15 mostra que o fonoaudiólogo que atua em empresas (escolas, por exemplo) não pode prestar serviços gratuitos ou participar gratuitamente de projetos que visem lucro. Isto porquê ao oferecer seus

serviços sem custo para um cliente, o profissional está comprometendo o mercado de trabalho e privando outros profissionais de terem acesso a atividades devidamente remuneradas. Sugerimos que antes de realizarem trabalho voluntário, os fonoaudiólogos pesquisem sobre a Lei 9608/98 que dispõe sobre o serviço voluntário.

Para finalizar, lembramos que o não cumprimento das disposições emanadas do Código de Ética da Fonoaudiologia se constitui infração disciplinar que está sujeita às penalidades previstas na Lei 6965/81.

### **Considerações finais**

Para arrematar nossas considerações, é importante demonstrar que a mudança de paradigma é emergente para o fonoaudiólogo que atua ou deseja atuar na área escolar. Ele deve entender que o modelo da “clínica” não se aplica às demandas escolares. Muitos fonoaudiólogos insistem em replicar o modelo nos quais foram formados na sua prática e esquecem de fazer reflexões importantes acerca das necessidades de um grupo.

Reuniões de equipe para discussão de casos, oficinas, grupos de orientação, intervenções em salas de aula, palestras, são práticas que exigem disponibilidade do fonoaudiólogo e se enquadram perfeitamente no ambiente escolar, onde a visão reducionista da patologia não mais se aplica.

Esperamos ter contribuído no sentido de sensibilizar a classe fonoaudiológica para a necessidade da atuação profissional nas escolas, campo fértil para o desenvolvimento desta profissão da área da saúde que, com muita propriedade, se insere na educação.

### **Referências**

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei 6965. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo. Brasília: Presidência da República, 1981.

CFFa. Resolução 274. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo frente a triagem auditiva escolar. Brasília: CFFa, 2001.

### **Ângela Ribas e Maria Regina Franke Serrato**

\_\_\_\_\_. Exercício profissional do fonoaudiólogo. Brasília: CFFa, 2003.

\_\_\_\_\_. Código de ética da Fonoaudiologia. Brasília: CFFa, 2004.

\_\_\_\_\_. Resolução 309. Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo na educação infantil, ensino fundamental, médio, especial e superior. Brasília: CFFa, 2005.

\_\_\_\_\_. Resolução 331. Dispõe sobre o responsável técnico em Fonoaudiologia e suas atribuições. Brasília: CFFa, 2006.

\_\_\_\_\_. Resolução 339. Dispõe sobre o registro de Pessoas Jurídicas nos Conselhos de Fonoaudiologia. Brasília: CFFa, 2006b.

CUTOLO, LRA; MANCOPE, R. A interdisciplinaridade na formação do fonoaudiólogo. In: TOMÉ, MC. Dialogando com o coletivo. São Paulo: Editora Santos, 2009.

FONSECA, V. Introdução às dificuldades de aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GERBER, A. Problemas de aprendizagem relacionados à linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KLODZINSKI, ; ARNAS, F; RIBAS, A. O ruído em salas de aula de Curitiba. Revista Psicopedagogia. V.22, p. 105-110, 2005.

TERÇARIOL, D. A comunicação humana é um atributo de saúde? In: In: Tomé, MC. Dialogando com o coletivo. São Paulo: Editora Santos, 2009.

VYGOTSKI, L. Fundamentos da defectologia. Cuba: Pueblo e Educación, 1995.

### **Ângela Ribas**

É Fonoaudióloga, docente do curso de Fonoaudiologia da UTP, especialista em Audiologia pelo CFFa, Mestre em Distúrbios da Comunicação pela UTP, Doutora em Meio Ambiente e Desenvolvimento Urbano pela UFPR e Conselheira do CREFONO 3.

### **Maria Regina Franke Serrato**

É Fonoaudióloga, Mestre em Distúrbios da Comunicação pela UTP e coordenadora do curso de Fonoaudiologia da UTP.



# **CRITÉRIOS FUNDAMENTAIS PARA O DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO DOS DISTÚRBIOS DE LEITURA E ESCRITA**

**Cláudia Sordi-Ichikawa**

## **Introdução**

Na literatura sobre aprendizagem, muito se tem discutido sobre distúrbio versus dificuldade de aprendizagem, ficando claro que não são sinônimos. Falar de dificuldade de aprendizagem tornou-se fato comum tanto nas escolas como nas clínicas de acompanhamento fonoaudiológico e psicopedagógico. O número de nomenclaturas para explicar porque uma criança não aprende é crescente e, termos como distúrbios, desordens, déficits, entre tantos outros, são facilmente utilizados.

As dificuldades de aprendizagem constituem, talvez, área das mais difíceis de conceituar. Há muitas teorias, modelos e definições para esclarecer esse problema. De acordo com Ide (2002) o termo “dificuldades de aprendizagem” começou a ser usado mais frequentemente no século passado, década de 60, para descrever uma série de incapacidades relacionadas com o insucesso escolar, as quais não tinham uma causa definida. A mesma autora ainda ressalta que o aparecimento deste termo surgiu para justificar aos educadores e pais a convicção de que algumas crianças possuíam problemas em relação à aprendizagem e tais problemas não poderiam ser enquadrados nas classificações já existentes. Porém, não havia consenso quanto à sua conceituação, etiologia, prevalência e aos tipos de intervenção apropriados.

No Brasil, foi Lefèvre (1975) que introduziu o termo distúrbio de aprendizagem como sendo:

“Síndrome que se refere à criança de inteligência próxima à média, média ou superior à média, com problemas de aprendizagem e/ou certos distúrbios do comportamento de grau leve a severo, associados a discretos desvios de funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), que podem ser caracterizados por várias combinações de déficit na percepção, conceituação, linguagem, memória, atenção e na função motora”.

Cláudia Sordi-Ichikawa

Atualmente, nos defrontamos com dois termos para o diagnóstico fonoaudiológico com relação às questões que envolvem a leitura e a escrita: o primeiro, Dificuldade Aprendizagem e o segundo, Distúrbio de Aprendizagem. Entretanto, do que falamos especificamente. Cabe aqui, esclarecer a diferença básica entre dificuldade e distúrbio, que segundo o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa quer dizer:

“Dificuldades - s.f. Qualidade do que é difícil. / Impedimento, obstáculo. / Apuro, aperto.”

“Distúrbios - s.m. Agitação tumultuosa. / Desinteligência, desunião. / Inquietude, agitação produzida por emoção. / Anomalia funcional de um órgão ou de um sistema. / &151; S.m. pl. Sublevação popular; rebelião.”

### **Caracterizando a dificuldade de aprendizagem e o distúrbio de aprendizagem**

A partir da definição acima, fica claro que o termo *Distúrbio*, está mais próximo de um diagnóstico fonoaudiológico. Porém, a confusão terminológica, ainda é latente entre os profissionais da área. Esta confusão aumenta, quando incluímos no rol de diagnóstico fonoaudiológico o termo Dislexia. Capellini *et al.* (2008) destacam os estudos de Johnson, Myklebust (1967), Rebello (1993), Fonseca (1995), Ciasca e Rossini (2000) e Guerra (2002), os quais relatam que o distúrbio de aprendizagem não deve ser utilizado como sinônimo de dificuldade de aprendizagem, sendo a dificuldade um termo mais global com causas envolvendo questões como: conteúdo pedagógico, ao professor, aos métodos de ensino, ao ambiente físico e social da escola. Já o Distúrbio está relacionado a um grupo de dificuldades que são mais específicas e pontuais, caracterizada pela presença de uma disfunção neurológica.

De acordo com Capellini *et al.* (2008), o diagnóstico dos problemas relacionados à aprendizagem, exige do fonoaudiólogo um conhecimento detalhado dos aspectos biológicos, sociais e educacionais, pois existe um número significativo de escolares com problemas no aprendizado não sendo necessariamente um transtorno específico como por exemplo, a Dislexia ou o Distúrbio de Aprendizagem.

Collares e Moysés (1992 e 1993) referem que o uso do termo Distúrbio de Aprendizagem está sendo utilizado pelos professores de uma forma indiscriminada, e que este fato é preocupante, pois mostra uma tendência à patologização da aprendizagem.

Neste mesmo contexto, Saravali (2005) destaca que, embora a própria definição do termo dificuldades de aprendizagem seja conceitualmente ainda confusa com uma grande variabilidade entre os autores, é importante ressaltar que normalmente a culpa do s recai, na grande maioria das vezes, no próprio aprendiz. Ou seja, independentemente de qualquer fato ou histórico do aluno, é ele que deve procurar mudar, se adequando aos métodos e técnicas do professor.

Ainda tentando conceituar os termos dificuldade e distúrbio, Jardini (2003) define que o termo “dificuldade” está mais relacionado aos problemas de ordem psicopedagógica e/ou sócio-culturais, ou seja, o problema não está somente no aprendiz. A autora destaca que problemas como baixo desempenho escolar por falta de interesse, inadequação metodológica não podem ser considerados como patológicos. Já, o termo “Distúrbio” ou Transtorno de Aprendizagem” está relacionado aos problemas intrínsecos do aprendiz, como na presença de comprometimentos neurológicos.

Ciasca e Rossini (2000) defendem que a dificuldade de aprendizagem é um déficit específico da atividade acadêmica, enquanto o distúrbio de aprendizagem é uma disfunção intrínseca da criança relacionada aos fatores neurológicos.

Com base no exposto acima, delimitamos a área do diagnóstico fonoaudiológico entre Dificuldade de Aprendizagem e Distúrbio de Aprendizagem. Doravante, este capítulo tem como objetivo tratar especificamente dos Distúrbios de Aprendizagem ligados à Leitura e Escrita, com especial destaque para a Dislexia.

Jardini (2003) define que o Distúrbio de Aprendizagem é um termo genérico para caracterizar as alterações de leitura e escrita, podendo apresentar-se de muitas formas, como: Distúrbio do Déficit de Atenção e Hiperatividade, Distúrbios da Escrita como a Disgrafia, Distúrbios do Comportamento, Limítrofes ou deficiência mental leve e Dislexia.

Entretanto, Zorzi (2004) postula que o Distúrbio de Aprendizagem afeta o modo pelo qual crianças com inteligência média, ou acima da média,

### Cláudia Sordi-Ichikawa

recebem, processam ou expressam informações e que se mantêm por toda a vida. Isto prejudica a habilidade para aprender habilidades básicas em leitura, escrita ou matemática. Já, Capellini *et al.* (2008) asseveram que a função cognitiva pode ou não estar alterada, ou seja, o déficit cognitivo pode fazer parte do quadro dos Distúrbios de Aprendizagem..

Zorzi (2004) destaca ainda, o que o Distúrbio de Aprendizagem não é:

- Déficit de atenção, tal como o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH). Podem ocorrer ao mesmo tempo, porém não são a mesma coisa;
- Deficiência ou retardo mental, autismo, deficiência auditiva ou visual, distúrbio emocional ou o processo normal de aquisição de uma segunda língua;
- Problemas de aprendizagem desencadeados por falta de oportunidade educacional, falhas no ensino de habilidades básicas ou qualquer outro fator extrínseco à aprendizagem.

A seguir, relacionaremos as principais características do Distúrbio de Aprendizagem na visão de Zorzi (2004):

Distúrbios de aprendizagem	
1. Definição	Modo pelo qual crianças com inteligência média, ou acima da média, recebem, processam ou expressam informações e que se mantêm por toda a vida. Isto prejudica a habilidade para aprender habilidades básicas em leitura, escrita ou matemática
2. Características Fase pré-escolar	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atraso de aquisição da linguagem;</li><li>• Dificuldades na utilização de palavras adequadas ao contexto;</li><li>• Dificuldades para nomeação rápida dentro da mesma categoria;</li><li>• Dificuldades com rimas;</li><li>• Dificuldades na aprendizagem do alfabeto;</li><li>• Comportamento agitado e distraído;</li><li>• Dificuldades para seguir ordens e rotinas.</li></ul>

Fase escolar inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades em aprender a relação fonema / grafema;</li> <li>• Dificuldades na sintetização dos sons e formação de palavras;</li> <li>• Presença de erros consistentes de leitura e de ortografia;</li> <li>• Dificuldades para lembrar seqüências e para dizer as horas</li> <li>• Lentidão para aprender novas habilidades</li> <li>• Dificuldades em termos de planejamento</li> </ul>
----------------------	---

Ainda de acordo com o mesmo autor, encontram-se incluídas nas categorias dos Distúrbios de Aprendizagem, as Dislexias denominadas também, como distúrbios específicos da linguagem escrita: "... dificuldades significativas na aquisição e uso de habilidades para... ler, escrever..." (Joint Committee of Learning Disabilities).

Neste sentido, o autor explica que existem tentativas de diferenciar os Distúrbios de Aprendizagem dos Distúrbios específicos da leitura e da escrita, ou Dislexias. Um dos critérios estabelecidos para realizar tal distinção é o histórico da criança, como por exemplo: quando surgiu o problema (antes da escolarização ou só na fase escolar), perfil comunicativo (presença de atraso de linguagem ou distúrbio fonológico).

Zorzi (2004) reúne os estudos de Giacheti (2002) e Cappellini e Salgado, (2003) para diferenciar os Distúrbios de Aprendizagem do Distúrbio específico da leitura e da escrita, ou Dislexia. Estas características para o diagnóstico diferencial estão dispostas no quadro a seguir:

Distúrbio de Aprendizagem	Dislexia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemática mais específica, associada à presença de uma disfunção neurológica.</li> <li>• Apresenta integridade cognitiva (ZORZI, 2004) / Função cognitiva pode ou não estar alterada (CAPELLINI <i>et al.</i>, 2008).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O processo de desenvolvimento inicial da criança não revela alterações. Dificuldades significativas começarão a surgir no aprendizado da leitura-escrita, no início do processo de alfabetização.</li> <li>• Apresenta integridade cognitiva.</li> </ul>

## Cláudia Sordi-Ichikawa

<ul style="list-style-type: none"><li>• Histórico de atraso de linguagem anterior à escolarização e presença de Distúrbio fonológico;</li><li>• Falhas em habilidades sintáticas, semânticas e pragmáticas;</li><li>• Comprometimento da habilidade de narrar fatos ou contar e recontar histórias;</li><li>• Falhas nas funções receptivas e ou expressivas;</li><li>• Alteração no processamento de informações auditivas e visuais;</li><li>• Histórico de comprometimento do desenvolvimento da aprendizagem desde os primeiros anos de vida, manifestando-se principalmente na linguagem;</li><li>• As dificuldades antecedentes á alfabetização, irão afetar diretamente o aprendizado da leitura, da escrita e da aritmética, podendo comprometer o desempenho acadêmico como um todo;</li><li>• Dificuldades nas relações espaço temporais;</li><li>• Problemas na aquisição de estratégias para aprender;</li><li>• Falta de organização e utilização de funções metacognitivas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificuldades na correspondência fonema/grafema;</li><li>• Nível de leitura abaixo da média para a escolaridade;</li><li>• Ausência de problemas neurológicos, cognitivos, sensoriais, emocionais e educacionais primários que possam justificar as dificuldades;</li><li>• Preservação das habilidades orais para narração de fatos, vocabulário e organização da sintaxe;</li><li>• Entretanto, há prejuízo das habilidades fonológicas, elaboração de narrativas;</li><li>• A função expressiva e o processamento de informações podem apresentar comprometimentos como os observados nos distúrbios de aprendizagem.</li></ul>
---	---

## Divergências na nomenclatura

Acerca dessa questão, podemos observar uma divergência de opiniões entre os autores. No início deste capítulo, teorizamos sobre a conceituação dos termos dificuldade e distúrbio. Chegamos a um consenso de que o distúrbio está relacionado a problemas intrínsecos à criança. Agora temos um novo impasse. O que podemos considerar um

distúrbio de aprendizagem? Se os problemas secundários ao TDAH em relação à escolarização não podem ser considerados como tal, então de que maneira vamos classificar os problemas escolares encontrados nessas crianças? E no caso de limitações cognitivas leves ou limítrofes?

É evidente que essas crianças não podem ser enquadradas no rol das Dificuldades de Aprendizagem. Agindo assim, estaríamos na contra-mão do que foi discutido anteriormente, pois as dificuldades acadêmicas apresentadas por essas crianças (TDAH, limítrofes, distúrbios de comportamento) são decorrentes de fatores intrínsecos e não extrínsecos, como: conteúdo pedagógico inadequado, professor despreparado, métodos de ensino, ambiente físico e social da escola, entre outros importantes aspectos externos, mas alheios à natureza da criança. Entretanto, e apesar de algumas ressalvas, concordamos com a distinção feita por Zorzi (2004) no que o autor refere como de Distúrbio de Aprendizagem e Dislexia. É preciso ter cuidado no diagnóstico. Porém, além da lacuna na nomenclatura dessa distinção, também não há uma concordância em relação à questão cognitiva nos Distúrbios de Aprendizagem, já que Zorzi (2004) defende que essas crianças apresentam inteligência na média ou até acima dela, e Capellini *et al.* (2008), asseveram que tal função pode ou não estar alterada.

Seguindo no mesmo tema, Cavadas (2003) faz a distinção entre Dislexia (Distúrbio específico de leitura) e Distúrbio de Leitura e Escrita (DLE), sugerindo as mesmas características apresentadas por Zorzi (2004) só que com outro nome. Para a autora, Dislexia é um transtorno específico e DLE um transtorno global.

O que Zorzi (2004) considera como Distúrbio de aprendizagem, Cavadas (2003) denominou um Distúrbio de Leitura e Escrita (DLE). Neste sentido, ressaltamos o conceito de DLE dado por Santos e Navas (2002):

“Embora a manifestação seja mais evidente durante o aprendizado da leitura e da escrita, alguns sinais de dificuldades mais amplas de linguagem podem aparecer já nos anos pré- escolares, como vocabulário pobre, uso inadequado da gramática e problemas no processamento fonológico. Nas séries iniciais da escolaridade, além de dificuldade em reconhecer palavras e compreender a leitura, podem demonstrar problemas de compreensão auditiva e de discurso, assim como na produção de narrativa” (Santos & Navas, 2002).

**Cláudia Sordi-Ichikawa**

Portanto, parece mais esclarecedor para nortear tanto a avaliação, quanto o diagnóstico fonoaudiológico, a divisão citada por Jardini (2003), que separa os Distúrbios de Aprendizagem de acordo com sua patologia primária, e usar a nomenclatura proposta por Cavadas (2003), fazendo a distinção entre Dislexia e DLE.

É oportuno observar, no quadro abaixo, o breve resumo das principais características de cada patologia descritas por Jardini (2003):

Distúrbio de Aprendizagem	Definição/Característica
1. Distúrbio do Déficit de Atenção e Hiperatividade	<p>Patologia de etiologia neuroquímica, mais comumente conhecida como hiperatividade ou disfunção cerebral mínima. Inteligência normal, dificuldades de leitura e escrita não são consistentes, apesar de comprometer a continuidade escolar.</p> <p>Quanto ao sintomas, são quatro tipos definidos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• tipo desatento – negligência em detalhes, erros por falta de cuidado, dificuldade em manter a atenção, dificuldades na organização ou tarefas que exigem esforço mental, distraídos;</li><li>• tipo hiperativo/impulsivo – bastante agitado desde pequeno, dificuldade em manter-se quieto ou assistir TV, muito falante mas sem conseguir manter o tópico, sem dar continuidade ao assunto. Hiperativa no pensamento e na ação;</li><li>• tipo combinado – apresenta os dois critérios apresentados nos anteriores;</li><li>• tipo específico – apresenta apenas algumas características, porém em número insuficiente para um diagnóstico definido. Entretanto, esses sintomas causam prejuízo à sua vida escolar.</li></ul>



2. Distúrbios da escrita	Distúrbios neurológicos que afetam especificamente a produção da escrita e podem aparecer de maneira isolada ou combinados a outras patologias. O tipo mais conhecido é a Disgrafia. Apresenta letra irregular e ininteligível, dificuldades com a lateralidade, orientação espacial e alterações na coordenação motora fina porém, sem prejuízo da função cognitiva.
3. Distúrbios do Comportamento	Distúrbios emocionais que podem ou não estarem associados a alterações neurológicas, apresentados em diferentes fases do processo de aprendizagem. Comportamento perturbado em consequência de uma disfunção cerebral, muitas vezes neuroquímica. Podem apresentar de forma inconstante os seguintes sinais: agressividade, apatia, desinteresse, flutuação do humor, inconstância no aprendizado, agitação, trocas de letras na escrita de forma aleatória, confusão de sentimentos, períodos de extrema afetividade alternados com choros sem causa aparente. Causam muita perturbação familiar, e neste caso é imprescindível uma avaliação com o psicólogo e psiquiatra. São crianças de inteligência normal ou rebaixada, quando o distúrbio estiver associado à alterações neurológicas.
4. Limitrofes ou deficiência mental leve	Distúrbios neurológicos associados ao aspecto cognitivo, seqüelas de uma patologia já definida. Apresenta como principais características: raciocínio lento e impreciso de maneira global, falhas de atenção e concentração, atraso ou alterações na fala, contaminações de idéias e vocabulário não compatível com sua idade cronológica. A inteligência está levemente abaixo do normal com limitações em cálculos e lógica.

5. Dislexia	“Alterações resultantes de limitações sensoriais discretas ou de anomalias na organização dinâmica dos circuitos cerebrais responsáveis pela coordenação visuo-audiomotora. Os indivíduos acometidos são portadores de diferenças de aprendizagem específicas, não tratando-se de uma patologia e sim de um modo diferente de pensar, não uma incapacidade.” (SMYTLE, 2000 apud JARDINI, 2003). Trata-se de um distúrbio de origem neurológica congênita e hereditária, com prevalência para o sexo masculino. Apresenta em seu quadro clínico os seguintes fatores: eletroencefalograma normal, exame neurológico normal, tomografia computadorizada encefálica normal, possíveis atrasos ou alterações de fala, dificuldades de aprendizagem, acuidade auditiva e visual normal, alterações de Processamento Auditivo Central, PETSCAN alterado, ressonância nuclear magnética por imagem com volumes cerebrais homogêneos, ausência de assimetria cerebral e inteligência normal ou acima da média.
-------------	--

### **A dislexia: sem medo do diagnóstico**

Seguindo a divisão feita por Jardini (2003), a Dislexia faz parte do grupo de Distúrbios de aprendizagem, com características próprias e peculiares e que pode também ser chamada de Distúrbio específico da leitura e da escrita.

De acordo com a Associação Brasileira de Dislexia (ABD) a Dislexia é definida como *“um distúrbio ou transtorno de aprendizagem na área da leitura, escrita e soletração, a dislexia é o distúrbio de maior incidência nas salas de aula. Pesquisas realizadas em vários países mostram que entre 05% e 17% da população mundial é disléxica.”*

Segundo a ABD, e ao contrário do que uma grande maioria pensa, a dislexia não é o resultado de má alfabetização, desatenção, desmotivação, condição sócio-econômica ou baixa inteligência. Trata-se de uma condição hereditária com alterações genéticas, apresentando ainda alterações no padrão neurológico.

É importante ressaltar que as pessoas são disléxicas e não estão disléxicas, esta é uma condição natural, pessoas nascem disléxicas ou não-disléxicas, e assim permanecem por toda a vida.

Capellini e Navas (2008) ressaltam a importância da investigação familiar. De acordo com as autoras a Dislexia é decorrente de uma herança familiar e hereditária, colocando a história familiar como um dos mais importantes fatores na identificação da Dislexia.

Seguindo este critério, a possibilidade de detecção precoce do risco para a Dislexia aumentaria, e com isso as escolas poderiam adotar medidas preventivas, as quais minimizariam os problemas relacionados à aprendizagem nessas crianças.

Normalmente, o diagnóstico de Dislexia é dado por volta dos 8 a 9 anos de idade, quando a criança já passou pelo período de alfabetização. Entretanto, sabemos que determinados métodos de alfabetização não são indicados para crianças com Dislexia, contribuindo para aumentar uma dificuldade já existente. Os primeiros anos escolares são os mais importantes para o desenvolvimento da auto-estima da criança e o favorecimento de um bom ambiente escolar.

Capovilla (s/d) ressalta que o fator ambiental que influencia a dislexia é o tipo de instruções para a alfabetização que a criança recebe. Para a autora são dois os métodos de alfabetização especialmente indicados para os indivíduos disléxicos: o método multissensorial e o método fônico. Capovilla (s/d) refere que o método multissensorial é mais indicado para crianças mais velhas, aquelas que já possuem histórico de fracasso escolar, e o método fônico é indicado para crianças mais jovens e deve ser introduzido logo no início da alfabetização.

É muito difícil encontrar uma criança iniciante do processo ensino/aprendizagem que não goste da escola. Com raras exceções, o ambiente escolar é o sonho da maioria das crianças, em que o brincar e aprender estão sempre juntos. Desta forma, o desenvolvimento de práticas pedagógicas adequadas ao disléxico, ou melhor dizendo, ao grupo de risco para a Dislexia favoreceriam a aquisição da leitura e escrita nas séries iniciais. O sistema escolar atual é desenvolvido para a maioria, que é não disléxica. Os disléxicos ficam à margem de um sistema educacional que os exclui e os aprisiona.

Um outro aspecto que deve ser evidenciado com relação ao diagnóstico da Dislexia é o fato de que é dado por exclusão. Os fatores

**Cláudia Sordi-Ichikawa**

que são exclusivos no diagnóstico do disléxico são os seguintes: presença de integridade cognitiva normal ou até superior, presença de integridade auditiva e visual, métodos de alfabetização adequados, ter acesso à escolarização ou qualquer outra causa que não seja intrínseca à criança. Portanto, apesar de o aluno ter todas as condições necessárias para aprender ainda falha em adquirir a leitura e a escrita, aí estamos com um possível quadro de Dislexia.

Capellini *et al.* (2008) asseveram que, pelo fato de o diagnóstico da Dislexia ser realizado por exclusão, é indispensável a participação de uma equipe multidisciplinar, e que, o fonoaudiólogo é parte fundamental desta equipe. Os autores ainda referem que houve aumento no número de escolares com problemas de aprendizagem devido às falhas no processo de alfabetização, e que o diagnóstico deve ser dado com cuidado.

### **Algumas considerações sobre a política educacional brasileira**

Analisando o exposto acima, sem a intenção de patologizar, porém, se considerarmos a realidade educacional brasileira podemos falhar no diagnóstico por exclusão. Principalmente se o escolar for de um nível socioeconômico desfavorável. Não é mais suficiente apenas o conhecimento do que é patológico em comparação aos dados de aquisição normal. É necessário tomar conhecimento das Políticas Públicas Educacionais e a sua relação com Fonoaudiologia.

De acordo Zorzi (2003), estima-se que 40% dos alunos brasileiros estão tendo dificuldades de aprendizagem, e os demais estudantes estão apresentando baixo rendimento escolar. Em 2003, os resultados do Programa Internacional de Avaliação de Alunos (PISA) demonstram fraca atuação dos estudantes brasileiros em leitura.

De acordo com os dados divulgados pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB), 55% dos estudantes de 4ª série e 23% dos de 8ª série apresentam rendimento baixo de aproveitamento em Língua Portuguesa.

Com a possibilidade de maior acesso ao Ensino Fundamental alguns problemas da educação brasileira tornaram-se mais evidentes,

sobretudo, os relativos à alfabetização. De acordo com Charlot (2005, p.77) é comum o professor justificar o fracasso escolar a vários fatores, menos ao trabalho pedagógico.

De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Educação com relação à revisão dos resultados do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) em 2008, apenas 2% das escolas (1.188) mudaram de conceito. Entre os municípios, 59 dos 5.553 que participaram da avaliação alteraram sua posição. Desses, 17 ficaram com IDEB mais baixo do que antes. Ou seja, estamos diante de um verdadeiro caos educacional.

Bernadete Gatti (2008) apresentou durante a Semana da Educação, os dados de uma pesquisa sobre formação inicial dos professores encomendada pela Fundação Victor Civita. Os resultados foram alarmantes. A pesquisa analisou os currículos e ementas dos cursos brasileiros de Licenciatura em Pedagogia, Letras, Ciências Biológicas e Matemática, verificou a ausência de foco na capacitação dos futuros docentes. A conclusão da pesquisadora foi que os nossos professores saem desinstrumentalizados.

Diante do quadro educacional apresentado, como diagnosticar uma criança com Dislexia? Não podemos considerar a Dislexia como um distúrbio de elite.

## **Considerações finais**

Como já foi falado anteriormente, estima-se que no Brasil cerca de 40% dos estudantes sofrem algum tipo de dificuldade ou distúrbio de aprendizagem. De acordo com a ABD, a Dislexia é a de maior incidência merecendo uma atenção especial dos gestores de política educacional, pois segundo a (ABD) de 10 a 15% da população brasileira sofre com o distúrbio de aprendizagem. Portanto, os educadores devem ficar atentos com os alunos que apresentam qualquer sinal de dificuldade acadêmica.

Quanto mais cedo identificar o problema, menor será o prejuízo escolar. Segundo a Associação Brasileira de Dislexia, uma das medidas mais indicadas após a identificação do problema de rendimento escolar, os quais podem ser percebidos na escola ou até mesmo em casa, a criança deve ser encaminhada a um serviço especializado. Reforça ainda, a importância da

**Cláudia Sordi-Ichikawa**

avaliação multidisciplinar e de exclusão antes de concluir diagnóstico da Dislexia.

Uma das formas de tentar amenizar tal situação seria identificar as crianças de risco já na pré-escola, oportunizando assim o método de alfabetização adequado, neste caso, o fônico. Este trabalho de identificação do risco pode ser realizado pela professora, desde que ela esteja orientada por um profissional habilitado, neste caso o fonoaudiólogo, para a realização do procedimento. O primeiro passo é a realização de uma anamnese, com o objetivo de levantar fatores de risco para a aprendizagem, e especificamente no caso da Dislexia, o histórico familiar.

O diagnóstico precoce é imprescindível para a continuidade escolar das crianças disléxicas. Reconhecer as características é o primeiro passo para evitar o fracasso escolar, que poderá levar ao desinteresse pela escola e a tudo o que está em torno dela, chegando a desenvolver um medo extremo em relação às tarefas que exijam a leitura e a escrita. Qualquer criança que apresente uma dificuldade escolar, independentemente de sua origem, necessita de acompanhamento educacional diferenciado para que possam desenvolver suas habilidades, e quanto mais cedo for detectado o problema, melhores serão os resultados.

Este acompanhamento educacional diferenciado é amparado por lei. De acordo com a Resolução CNE/CEB nº 2/2001, de 11 de setembro de 2001, que institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, o disléxico é considerado um aluno com necessidades especiais, e como tal, têm seu direito garantido e deve ser respeitado.

Pensando nisto, reunimos uma série de informações sobre os riscos de uma criança disléxica e elaboramos um protocolo para sondagem da Dislexia. Este material está no anexo 1, pode ser utilizado tanto por fonoaudiólogos como por professores, pois o objetivo é a identificação de grupos de risco para Dislexia, ou até mesmo para outros Distúrbios de Aprendizagem.

Finalizando, o fonoaudiólogo deve estar atento às políticas nacionais de educação, para que possa compreender melhor os Distúrbios de Aprendizagem e assim conduzir com maior propriedade sua prática clínica.

## Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLEXIA (ABD). DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM: UMA INDEFINIÇÃO? Disponível no site [www.dislexia.org.br](http://www.dislexia.org.br). Acesso em agosto de 2009.
- CAPELLINI, SA., NAVAS, ALG. Questões e desafios atuais na área da aprendizagem e dos distúrbios de leitura e escrita. cap. 1, p. 15-28, In: ZORZI, J., CAPELLINI, SA. Dislexia e outros Distúrbios da Leitura e Escrita: letras desafiando a aprendizagem. São José dos Campos: Pulso, 2008.
- CAPELLINI, SA., SALGADO, CA. Avaliação fonoaudiológica do distúrbio específico de leitura e distúrbio de aprendizagem: critérios diagnósticos, diagnóstico diferencial e manifestações clínicas. Em Ciasca, SM. (Org.) Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2003, p. 141-164.
- CAPELLINI, SA., SILVA, APC., SILVA, C., PINHEIRO, FH. Avaliação e Diagnóstico fonoaudiológico nos Distúrbios de Aprendizagem e Dislexias. Cap. 6. p.95-111, In: ZORZI, J. e CAPELLINI, SA. Dislexia e outros Distúrbios da Leitura e Escrita: letras desafiando a aprendizagem. São José dos Campos: Pulso, 2008.
- CAPOVILLA, AGS. Compreendendo a dislexia: definição, avaliação e intervenção. Cadernos de Psicopedagogia, v. 1, n.2, p.36-59, 2002.
- CAPOVILLA, AGS. Dislexia do desenvolvimento: definição, intervenção e prevenção (s/d). Disponível em: [[www.abpp.com.br/artigos/59.htm](http://www.abpp.com.br/artigos/59.htm)]. Acesso em agosto de 2009.
- CAVADAS, M. Dislexia X Distúrbios de aprendizagem. 2003. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra). Disponível em: [http://www.idcp.pro.br/doc%5CMARCIA\\_CAVADAS.pdf](http://www.idcp.pro.br/doc%5CMARCIA_CAVADAS.pdf). Acesso em agosto de 2009.
- CHARLOT, B. Relação com o saber, formação dos professores e globalização. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CIASCA, SM. & ROSSINI, SDR. Distúrbio de aprendizagem: mudanças ou não? Correlação de uma década de atendimento. Temas sobre desenvolvimento, 8(48): 11-16, 2000.

**Cláudia Sordi-Ichikawa**

COLLARES, C.; MOYSÉS, MA. Preconceitos no cotidiano escolar – ensino e medicalização. Campinas: Cortez, 1996.

GATTI, B. Formação de professores para o ensino fundamental: instituições formadoras e seus currículos. Pesquisa da Fundação Victor Civita em parceria com a Fundação Carlos Chagas/ Nova escola. 2008. Disponível: <http://revistaescola.abril.com.br/fvc/pdf/bernardete1.pdf>. Acesso em agosto de 2009.

GIACHETI, CM. Diagnóstico e intervenção multiprofissional das crianças com dificuldades de aprendizagem. Livro do 6º Simpósio Nacional sobre Distúrbios da aprendizagem. São Paulo, 2002, 37-44.

GONÇALVES, VMG. Neurologia dos distúrbios de aprendizagem. Em Ciasca, SM. (Org.) Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2003, p. 33-54.

IDE, SM. Revista da FAEEDBA – Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 11, n. 17, p. 57-64, jan./jun., 2002.

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Resultados do Saeb 2003. Brasil e São Paulo Brasília DF, junho, 2004a. Versão Preliminar. [http://www.inep.gov.br/download/saeb/2004/resultados/SAO\\_PAULO.pdf](http://www.inep.gov.br/download/saeb/2004/resultados/SAO_PAULO.pdf). Acesso em agosto de 2009. INEP. Melhora desempenho brasileiro no Pisa. [http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/outras/news04\\_51.htm](http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/outras/news04_51.htm). dez. 2004b.. Acesso em agosto de 2009.

JARDINI, RS. Métodos das boquinhos: alfabetização e reabilitação dos distúrbios da leitura e escrita. Fundamentação teórica – livro 1. São Paulo: Casa do psicólogo, 2003.

LEFRÈVE, AB. (Coord.) Disfunção Cerebral Mínima. São Paulo: Editora Sarvier, 1975.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - Secretaria de Educação Infantil e Fundamental-Departamento de Políticas Educacionais. s/d. <http://www.porlainclusion.educ.ar/documentos/Brasil.pdf>. Acesso em agosto de 2009.

SANTOS, MTM. e NAVAS, ALGP. Distúrbios de Leitura e Escrita, cap. 2, p.27-74. In : SANTOS, M. T. M e NAVAS, A. L. G. P. Distúrbios de Leitura



**Cláudia Sordi-Ichikawa**

e Escrita: Teoria e Prática. São Paulo: Manole, 2002.

SARAVALI, EG. Dificuldades de Aprendizagem e Interação Social – implicações para a docência. Taubaté: Cabral, 2005. 156p.

ZORZI, JL. A Aprendizagem Da Leitura E Da Escrita: Indo Além Dos Distúrbios, CEFAC on line, 2001. Disponível: <http://novo.cefac.br/publicar/artigos.php>. Acesso em agosto de 2009.

\_\_\_\_\_. O que devemos saber a respeito da linguagem escrita e seus distúrbios: indo além da clínica. Em ANDRADE, C.R.F. e MARCONDES, E. (org.)Fonoaudiologia em Pediatria. São Paulo: Sarvier, 2003, 120-134.

\_\_\_\_\_. Os distúrbios de aprendizagem e os distúrbios específicos de leitura e da escrita. CEFAC ON LINE, 2004. Disponível: <http://novo.cefac.br/publicar/artigos.php>. Acesso em agosto de 2009.

**Cláudia Sordi-Ichikawa**

É Fonoaudióloga, Especialista em Linguagem pelo CFFa, Especialização em Educação Especial pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Mestre em Estudos da Linguagem pela Universidade Estadual de Londrina, Doutora em Linguística e Língua Portuguesa pela Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho - UNESP - Araraquara, Docente dos Cursos de Especialização em Psicopedagogia e Educação Especial da Universidade Norte do Paraná e Conselheira do CREFONO 3.

## ANEXO 1

PROTOCOLO DE SONDAÇÃO DA DISLEXIA			
ESCOLA			
CIDADE			
ALUNO		D/N:	SÉRIE:
FONOAUDIÓLOGO			
PROFESSOR		GRAU DE INSTRUÇÃO :	
CURSO	( ) PEDAGOGIA ( ) LETRAS ( ) OUTROS : _____		
DATA DA APLICAÇÃO :			
1. ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS			
1.1. familiar com histórico de dificuldades escolares	( ) sim ( ) não	identifique o grau de parentesco:	
1.2. apresenta ou apresentou dificuldades na linguagem oral	( ) sim ( ) não	( ) não fala ( ) fala pouco ( ) troca de sons na fala	
1.3. apresenta ou apresentou dificuldades na coordenação motora global	( ) sim ( ) não	especifique a dificuldade:	
1.4. toma algum tipo de medicamento:	( ) sim ( ) não	qual:	
2. SINAIS DE ALERTA			
2.1. sempre presente	( ) dificuldades com a linguagem e escrita; ( ) dificuldades em escrever; ( ) dificuldades com a ortografia; ( ) lentidão na aprendizagem da leitura;		

2.2. com frequência	<input type="checkbox"/> apresenta letra feia, ilegível ou dificuldade no traçado; <input type="checkbox"/> dificuldade com a matemática, principalmente com símbolos, não consegue decorar tabuada; <input type="checkbox"/> desorganizado e dificuldades com a memória de curto prazo; <input type="checkbox"/> dificuldades na realização de tarefas complexas e execução de sequências; <input type="checkbox"/> dificuldades para compreender textos escritos; <input type="checkbox"/> dificuldades em aprender uma segunda língua.
2.3. às vezes	<input type="checkbox"/> dificuldades com a linguagem oral; <input type="checkbox"/> dificuldade com a percepção espacial; <input type="checkbox"/> confusão entre direita e esquerda.
3. SINAIS DE ALERTA NA PRÉ-ESCOLA	<input type="checkbox"/> desatento e se dispersa com facilidade; <input type="checkbox"/> atraso no desenvolvimento da fala e da linguagem; <input type="checkbox"/> dificuldade no aprendizado de rimas e canções; <input type="checkbox"/> coordenação motora deficitária; <input type="checkbox"/> dificuldade com quebra cabeça; <input type="checkbox"/> baixo interesse por materiais impressos;
3.1. observação	<p>crianças que apresentarem algumas das características acima, não significa que estamos diante de uma criança disléxica, mas sim com uma criança de criança de risco. neste caso, como a fase é de pré-alfabetização, a escolha de um método de alfabetização adequado é indispensável. pesquisas apontam o método fônico como o mais indicado.</p>
3.2. resultado	<input type="checkbox"/> escolar sem risco <input type="checkbox"/> escolar com risco

<p>4. SINAIS DE ALERTA NO ENSINO BÁSICO – 1 ° AO 9 ° ANO.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>( ) dificuldades com rima (sons iguais no final das palavras) e aliteração (sons iguais no início das palavras);</li><li>( ) disperso e desatento;</li><li>( ) dificuldade na realização de cópias;</li><li>( ) dificuldade na coordenação motora fina (desenhos, pintura) e/ou grossa (ginástica,dança,etc.);</li><li>( ) indisciplinado, mostra uma desorganização geral com constantes atrasos nas entregas dos trabalhos;</li><li>( ) confusão entre esquerda e direita;</li><li>( ) dificuldade no manuseio de mapas, dicionários, listas telefônicas;</li><li>( ) vocabulário pobre, com sentenças curtas e imaturas ou sentenças longas e vagas;</li><li>( ) memória de curto prazo deficitária, como para realizar instruções ou dar um recado;</li><li>( ) dificuldades em decorar seqüências, como meses do ano, alfabeto, tabuada;</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>( ) dificuldade na matemática e desenho geométrico;</li><li>( ) dificuldade em nomear objetos e pessoas;</li><li>( ) troca de letras na escrita;</li><li>( ) dificuldade na aprendizagem de uma segunda língua;</li><li>( ) problemas de conduta como: depressão, timidez excessiva ou o "palhaço" da turma;</li><li>( ) bom desempenho em provas orais.</li></ul>

<p>4.1. OBSERVAÇÕES</p>	<p>Se o aluno continua apresentando algumas das características, é necessário o encaminhamento à equipe especializada para o diagnóstico e acompanhamento terapêutico adequado. Quanto mais cedo realizar o diagnóstico, menor será o prejuízo acadêmico; É importante rever as formas de avaliação do disléxico. Valorizar o conhecimento oral.</p>
<p>4.2. resultado</p>	<p>( ) encaminhar para avaliação multidisciplinar: ( fonoaudiólogo, psicólogo / psicopedagogo e neurologista)</p>
<p>5. NO ADULTO</p>	<p>( ) persistências das dificuldades de leitura e escrita; ( ) prejuízo na memória imediata; ( ) dificuldade na aprendizagem de uma segunda língua; ( ) dificuldade na nomeação de objetos e pessoas; ( ) dificuldade com direita e esquerda; ( ) desorganizado;</p>
<p>5.1. observações</p>	<p>Se não houver acompanhamento adequado (terapêutico e acadêmico), as dificuldades persistirão até a fase adulta, podendo acarretar prejuízos emocionais, sociais e profissionais.</p>
<p>6. RESULTADO FINAL</p>	<p>Descrever o planejamento de ações que serão realizadas no ambiente escolar.</p>

FONTE: Este protocolo foi adaptado utilizando como referência as informações da Associação Brasileira de Dislexia (ABD)

## **ALTERAÇÕES VOCAIS NO ALUNO**

### **Relato de caso em uma Escola de Educação infantil**

**Ana Paula Pamplona da S. Müller**

Falamos anteriormente das alterações vocais do professor, mas não é somente esse que apresenta patologias vocais na escola. Os crescentes casos de crianças e adolescentes nos consultórios otorrinolaringológicos e fonoaudiológicos denuncia o excesso de ruído nas escolas. A competição sonora entre alunos, entre alunos e professores e entre alunos, professores e os ruídos externos só faz aumentar os casos de disfonias nesta faixa etária.

A competição sonora é um hábito que frequentemente causa alterações vocais. É comum a tentativa de manter a conversação em ambientes ruidosos e com isso aumentar a intensidade vocal.

No ambiente escolar, as crianças intercalam momentos de grande euforia, como no recreio ou educação física e diálogos sussurrados ou cochichados, onde um esforço maior que o necessário é realizado.

Entre as principais causas das disfonias infantis, temos os abusos vocais causando distúrbios laríngeos, quadros sistêmicos, deficiência auditiva, distúrbios neurológicos e causas hormonais.

Segundo PINHO (2001), a incidência de nódulos vocais na infância é maior entre os cinco e dez anos de idade, e mais frequentemente no sexo masculino.

O aumento das brincadeiras agressivas, que são típicas dessa idade, justificam esse dado. Além disso, as crianças que apresentam disфонia, na maioria dos casos são mais agitadas, líderes e muitas vezes agressivas e ansiosas. Em contra partida temos as crianças tímidas que por terem uma comunicação contida também desenvolvem a disфонia.

Partindo do ponto que rouquidão nunca é normal, precisamos avaliar em nossa rotina fonoaudiológica, do consultório ou da fonoaudiologia escolar os aspectos fisiológicos, acústicos e psicológicos da voz.

No ambiente escolar o termo saúde vocal mostra-se adequado para o trabalho preventivo. Segundo BEHLAU & (2001), este é um conceito que engloba vários aspectos, tais como: voz limpa e clara, emitida sem esforço e agradável ao ouvinte. Além disso, uma voz apresenta-se

saudável quando o indivíduo consegue variá-la em qualidade, frequência intensidade e modulação, de acordo com o ambiente, a situação e o contexto da comunicação.

Observa-se nessa faixa-etária, que quando a professora tem uma intensidade vocal aumentada, como consequência seus alunos também falam mais alto. Esse ciclo vicioso se repete diariamente até que o mau hábito instala-se.

De acordo com o metabolismo de cada indivíduo tem-se uma resistência vocal diferenciada. Por esse motivo alguns alunos podem apresentar patologias vocais, enquanto outros não, mesmo estando no mesmo ambiente e possuindo hábitos parecidos.

O trabalho de saúde vocal deve iniciar na educação infantil, onde os hábitos são internalizados com maior facilidade. Esta é uma área de atuação da fonoaudiologia. A resolução do CFFa, nº 309 de 1 de abril de 2009 regulamenta que:

Art. 1º - Cabe ao fonoaudiólogo, desenvolver ações, em parceria com os educadores, que contribuam para a promoção, aprimoramento, e prevenção de alterações dos aspectos relacionados à audição, linguagem (oral e escrita), motricidade oral e voz e que favoreçam e otimizem o processo de ensino e aprendizagem, o que poderá ser feito por meio de :

- a) Capacitação e assessoria, podendo ser realizadas por meio de esclarecimentos, palestras, orientação, estudo de casos entre outros;
- b) Planejamento, desenvolvimento e execução de programas fonoaudiológicos;
- c) Orientações quanto ao uso da linguagem, motricidade oral, audição e voz;
- d) Observações e triagens fonoaudiológicas, com posterior devolutiva e orientação aos pais, professores e equipe técnica, sendo esta realizada como instrumento complementar e de auxílio para o levantamento e caracterização do perfil da comunidade escolar e acompanhamento da efetividade das ações realizadas e não como forma de captação de clientes.
- e) Ações no ambiente que favoreçam as condições adequadas para o processo de ensino e aprendizagem;

**Ana Paula Pamplona da S. Müller**

f) Contribuições na realização do planejamento e das práticas pedagógicas da instituição.

O barulho excessivo e a competição sonora em uma escola de Educação Infantil de Santa Catarina levantou a necessidade de se intervir precocemente na saúde vocal dos alunos e professores.

Num primeiro momento as educadoras receberam informações sobre higiene vocal, como a importância da ingestão de água, alimentos favoráveis e desfavoráveis e intensidade vocal. A importância do modelo saudável de voz também foi enfatizado.

Em seguida foi a vez dos alunos receberem as orientações. Mostrou-se, através de desenhos como funciona nosso aparelho fonador, a respiração, a velocidade do ar no momento de um grito. Em seguida os pequenos também puderam ver uma prega vocal já com alteração pelo excesso de esforço vocal. Desenhos das pregas vocais foram realizados pelos alunos. Cada um desenhou a prega vocal como achava que era a sua própria. Alguns já colocaram os “calos”, dizendo que como gritavam muito a sua devia ser assim.

Os desenhos ficaram colados no mural da sala e todos os dias a professora mostrava e perguntava como estava a voz de cada um. Quando as crianças gritavam, ela referia o esforço que estavam fazendo e a consequência disso.

A cada semana a fonoaudióloga perguntava como estava a saúde vocal de cada sala e aos poucos os desenhos foram mudando. Inclusive o das professoras. As pregas vocais estavam mais “saudáveis” e sem nódulos nos desenhos expostos.

Esse trabalho de conscientização não pode ser desenvolvido e desejado a curto prazo. Deve-se levar em conta que o exemplo do adulto (professor ou pais) é sempre o mais importante. Alterando o abuso vocal do adulto, estaremos educando e impondo um novo modelo para os alunos.

Essa proposta também deve ser encaminhada, através de informativos ou palestras, aos pais. Eles devem participar ativamente desta reeducação. O modelo em casa não é menos importante do que o da escola.

Para PINHO (2001), a base de todo tratamento consiste na orientação familiar alterando o comportamento dos pais em relação à criança. Este



**Ana Paula Pamplona da S. Müller**

trabalho conjunto, entre escola e família é que trará bons resultados a saúde vocal dos pequenos.

As normas de higiene vocal são simples e fáceis de serem seguidas. Alterações vocais apresentadas pelos alunos, persistindo por mais de quinze dias, apresentando dor ao falar ou fadiga vocal devem ser investigadas. Quanto mais precocemente for detectada alteração, maiores as chances de reabilitação rápida.

Os resultados do trabalho na escola citada foram colhidos a longo prazo. Todo início do ano, professoras e pais são orientados e ao longo deste, as crianças vão recebendo orientações. É um trabalho contínuo, mas que trás um ótimo resultado em nível preventivo. Hoje temos um ambiente mais saudável acusticamente com menos problemas vocais entre professores e alunos.

## **Referências**

BEHLAU, M., P. HIGIENE VOCAL – Cuidando da Voz. 3ª Ed. Revinter: Rio de Janeiro, 2001.

BEHLAU, M. O melhor que vi e ouvi II – Atualização em Laringe e Voz. Revinter: Rio de Janeiro, 2000.

PINHO, S. Tópicos em Voz. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro. 2001.

**Ana Paula Pamplona da S. Müller**

É Fonoaudióloga e Conselheira do CREFONO 3.

## **PROFESSOR: A VOZ DA EDUCAÇÃO**

**Tânia T. Tozi Coelho**  
**Lara Cristina Fernandes Castilho**

A incidência de problemas vocais em professores tem sido tema de discussões e pesquisas na área da fonoaudiologia. Estes problemas são as principais causas de afastamentos e licenças nesta classe profissional, o que culmina a necessidade emergencial de programas de preservação da saúde vocal, com ações preventivas e de promoção de saúde deste trabalhador.

O uso da voz é essencial para uma comunicação efetiva na viabilização do trabalho, sendo que aproximadamente 25% da população economicamente ativa dependem da voz para exercer suas ocupações.

A Fonoaudiologia é uma ciência que tem como objeto de estudo a comunicação humana em condições normais ou patológicas (PEDROSO, 2000). De acordo com a lei 6965 de 1981, "o fonoaudiólogo é o profissional com graduação plena em fonoaudiologia, que atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz" (BRASIL, 2004, P.5).

Entre as diversas atuações do fonoaudiólogo, podemos destacar o trabalho junto a profissionais que têm a voz e a fala como ferramentas de trabalho, tais como: cantores, atores, professores, dubladores, locutores, repórteres, telefonistas, padres, pastores, gerentes, encarregados de sessão, supervisores, bem como juizes, promotores e advogados.

A voz do professor é vulnerável ao tempo e ao uso inadequado, sem cuidados especiais, devendo ser tratada como voz profissional. As condições de sua rotina de vida e trabalho apresentam situações estressantes e fatores de risco para a sua saúde vocal e geral.

Segundo Behlau e Algodoal (2009), estima-se que 5% a 8% da população apresenta alguma dificuldade em relação à voz que possa comprometer a comunicação, como voz rouca, esforço e/ou cansaço ao falar. De acordo com as autoras, a ocorrência desses problemas aumenta em profissionais da voz como os professores, sendo estes considerados a maior população de risco, seguidos por atores e cantores, podendo

atingir índices de 25% em algumas condições de trabalho.

De acordo com Souza (2004), o uso demasiado da voz na organização do trabalho tem acarretado alterações vocais, com isso o afastamento e até mesmo a incapacidade de desempenhar suas funções. Sendo que estas alterações não são reconhecidas como doença do trabalho.

No caso dos professores os prejuízos causados na comunicação devido aos diversos agentes de risco poderão induzi-lo a minimizar o uso da voz, influenciando de maneira negativa e causando prejuízos profissionais e pessoais, problemas emocionais, redução das suas atividades, perdas de dias de trabalho e prejuízos na aprendizagem do aluno.

Associado a isso, a prática de saúde vigente não prevê a inserção de fonoaudiólogos nos serviços de saúde pública, bem como nas próprias unidades escolares, dando suporte aos problemas vocais já existentes e prevenindo o aparecimento de outros.

Várias pesquisas mostram que os professores são os profissionais mais acometidos por problemas vocais. A disfonia está tão presente nesta classe profissional que a rouquidão muitas vezes caracteriza a voz do professor, tornando um aspecto “normal” da vida deles.

A causa de tais alterações, na maioria das vezes, está relacionada à demanda vocal que os professores tem, utilizando a voz durante toda a jornada de trabalho, que pode chegar até 60 horas semanais. Ou seja, a demanda vocal deste profissional é muitas vezes incompatível com a saúde vocal.

Associado a esta realidade, existe ainda o fato do despreparo na formação do professor quanto ao uso adequado da voz. Noções básicas de produção e cuidados com a voz são muitas vezes desconhecidos por esta classe profissional, que ao longo dos anos, desenvolve um padrão vocal inadequado, tanto para a saúde vocal como para a transmissão de seus conhecimentos, se tornando assim uma comunicação ineficaz com seus alunos.

De acordo com Behlau, Dragone e Nagano (2004) a voz preferida do professor é de forte intensidade, muitas vezes obtida com esforço, com precisão de movimentos articulatórios, modulação excessiva, boa projeção, velocidade de fala adequada ao assunto, com tendência à tensão.

**Tânia T. Tozi Coelho e Lara Cristina Fernandes Castilho**

Esta falta de preparo vocal para exercer a docência faz com que o professor desenvolva disфония sem ao menos se dar conta disto. Para eles o problema vocal faz parte da sua profissão. Não é raro encontrar um professor que relata ter problemas vocais ao longo de toda a sua carreira e se aposentar sem nunca ter acesso a um tratamento.

As questões físicas e ambientais se tornam mais um agravante para o desenvolvimento das disfonias. A realidade no qual o professor está inserido envolve salas de aulas lotadas, com ventiladores barulhentos, mal arejadas, com acústica inadequada, ocorrendo competição sonora com ruídos internos e externos .

O ruído ambiental é considerado um dos principais fatores de risco para o professor, sob o ponto de vista da saúde vocal. As Normas Reguladoras (NR) estabelecem condições mínimas para impedir a interferência do ruído na saúde do trabalhador. A atividade escolar em todos os níveis deve ter estas condições mínimas preservadas, tendo em vista que neste caso o ruído ambiental prejudica não apenas a saúde do professor, influenciando negativamente em suas condições de trabalho, mas afeta também o aluno e por consequência seu aprendizado.

De acordo com Araújo *et al.* (2008), avaliação dos fatores associados às alterações vocais nos professores, nas diferentes dimensões do problema (aspectos sócio-demográficos, características do trabalho e hábitos de uso vocal) poderá contribuir para que os programas de intervenção possam ser elaborados a partir da compreensão dos fatores, em contextos concretos, que podem determinar ou contribuir para a ocorrência do evento estudado.

Diante das adversidades em que o professor está submetido, o mesmo desenvolve intuitivamente mecanismos inadequados de produção vocal. Este padrão vocal uma vez instalado na atividade laboral do professor se mantém também fora da sala de aula. É muito comum os familiares deste profissional se queixarem da intensidade vocal utilizada pelo professor em casa. Este fato culmina em mais abuso vocal mesmo fora da atividade profissional. Um trabalho de desaquecimento e de conscientização sobre a auto percepção vocal poderiam minimizar este aspecto.

O estresse, a pressão do trabalho e o comportamento dos alunos com o professor, também tem sido relevantes na contribuição para o

surgimento de alterações vocais. Situações como estas causam tensões musculares resultando em esforços extras ao aparelho fonador.

As questões de saúde vocal que afastam o professor da sala de aula causam, além de um problema de saúde, uma fonte de frustração e insatisfação. A voz não é apenas seu instrumento de trabalho, mas também o instrumento que permeia a relação com o outro, sendo responsável pelas interações humanas. Desta forma podemos pensar que um sujeito sem voz é um sujeito pela metade.

Todas estas situações adversas no ambiente de trabalho tornam a voz do professor vulnerável, colocando-o numa situação de risco para doenças ocupacionais.

Segundo Gonçalves et al. (2005), tem se tornado destaque a relação entre as condições de trabalho e as condições de saúde dos trabalhadores, visto que este é um elemento estratégico da luta sindical na defesa de padrões de vida mais qualificado.

Atualmente, as condições financeiras e de saúde restringem o acesso destes profissionais a um tratamento adequado. Associado a isso, a prática de saúde vigente não prevê a inserção de fonoaudiólogos nos serviços de saúde pública, bem como nas próprias unidades escolares. De acordo com Gonçalves *et al.* (2005), as propostas atuais de política pública enfocam estratégias de promoção de saúde e de formação de ambientes saudáveis visando a melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida do trabalhador.

De acordo com pesquisa publicada em 2009 por Ferreira *et al.* que teve como objetivo levantar as leis sobre saúde vocal entre os anos de 1998 a 2006, constatou-se que estas leis são na maioria de abrangência estadual, mais numerosa na região sudeste, cuja viabilização compete a parcerias entre as Secretarias de Saúde e Educação Estaduais. De modo geral, a legislação preconiza a assistência preventiva por meio de cursos (90,91%) ministrados por fonoaudiólogos com a ressalva de que será oferecido ao professor com distúrbio vocal acesso ao tratamento fonoaudiológico e/ou médico (77,27%), três leis propõem ações de reabilitação mencionando o ambiente de trabalho, e em dois casos a legislação considera os direitos do professor trabalhador.

## **Tânia T. Tozi Coelho e Lara Cristina Fernandes Castilho**

Em relação aos autores acima, considerando o grande número de casas legislativas no Brasil a legislação proposta em favor da saúde do professor, especialmente em relação a sua voz, ainda é escassa, além disso, para que esta legislação seja aplicada e transformada em programas de saúde vocal, estas iniciativas devem partir de competência constitucional própria de maneira a garantir os recursos financeiros necessários a sua viabilização.

Finalmente por tratar-se de assunto de saúde pública, com potencial para atingir um número significativo de trabalhadores, é imprescindível a criação de uma legislação específica, que considere os distúrbios vocais provenientes do exercício da atividade profissional, caracterizando-as como doença ocupacional em benefício de todos os profissionais que fazem da voz, seu instrumento de trabalho.

## **Referências**

- ARAÚJO, TM., *et al.* - Fatores associados a alterações vocais em professoras. Cad. Saúde Pública v.24 n.6 Rio de Janeiro jun. 2008.
- BRASIL. Código de Ética da Fonoaudiologia. Brasília (DF): Conselho Federal e Regionais de Fonoaudiologia, 2004. 44p.
- BEHLAU, M; DRAGONE, MLS.; NAGANO, L. A voz que ensina: o professor e a comunicação oral em sala de aula. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- BEHLAU, M; ALGODOAL, J. SOCIEDADE BRASILEIRA DE FONAUDIOLOGIA Departamento de Voz. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br>. Acesso em 17 de maio de 2009.
- FERREIRA, LP, SERVILHA, EAM.; MASSON, MLV; RINALDI, MBFM. Rev Soc Bras Fonoaudiol. São Paulo, 2009; 14(1):1-7.
- FERREIRA, LP. *et al.* (Orgs). Voz profissional: o profissional da voz. 2 ed. Carapicuíba, SP: Pró-Fono, 1998. 210 p.
- GONÇALVES, CGO, PENTEADO, RZ., SILVÉRIO, KCA. A Fonoaudiologia e Saúde do Trabalhador: a questão da saúde vocal do professor. Saúde Rev., Piracicaba, 7 (15): 45-51, 2005.
- PEDROSO, MIL. Técnicas vocais para profissionais da voz. In: FERREIRA,

**Tânia T. Tozi Coelho e Lara Cristina Fernandes Castilho**

LP., COSTA, HO. Voz ativa: falando sobre o profissional da voz. São Paulo: Roca, 2000. P. 119-136.

SOUZA, MT. de. Apresentação do documento: distúrbio de voz relacionado ao trabalho. São Paulo: XIV Seminário de Voz da PUC-SP, 2004. 21p. Disponível em: [http://www.fonosp.org.br/publicar/arquivos/imprensa/Disturbio da Voz Relacionado ao Trabalho](http://www.fonosp.org.br/publicar/arquivos/imprensa/Disturbio%20da%20Voz%20Relacionado%20ao%20Trabalho.pdf). PDF. Acesso em: 22 de agosto de 2008.

**Tânia T. Tozi Coelho**

É Fonoaudióloga, Docente do Curso de Fono audiologia da Universidade do Vale do Itajaí, Mestre em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Tuiuti do Paraná, Especialista em Motricidade Orofacial pelo CFFa e Conselheira do CREFONO 3.

**Lara Cristina Fernandes Castilho**

É Fonoaudióloga, Especialista em Voz, Mestre em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Tuiuti do Paraná, Docente do Curso de Pedagogia da UNIFEBE.

## **OS DISTÚRBIOS DE COMPORTAMENTO NO RESPIRADOR ORAL**

**Maria Luiza Michelini Wippel  
Simone Ferreira dos Santos**

Desde o nascimento até 6º mês de vida a respiração do bebê é exclusivamente nasal, a língua é grande para a cavidade oral, ocupando quase todo o espaço da boca, por este motivo ele respira pelo nariz. Durante o aleitamento materno, a pressão do dorso da língua contra o palato duro proporciona um vedamento, evitando que o ar passe para a via respiratória, evitando o engasgo. Este mecanismo dificulta a respiração oral.

Se observarmos mais atentamente, hoje no nosso cotidiano encontramos muitas pessoas, principalmente crianças, que são respiradores orais. Vários fatores podem contribuir para esta alteração: desvio de septo, alimentação, alergia, poluição atmosférica, estresse, hipertrofia das vegetações adenoidianas e/ou das amígdalas, dentre outros.

A pessoa que respira pela boca apresenta alterações craniofaciais, problemas oclusais, posturais e mau funcionamento do sistema estomatognático.

Apresenta conseqüências como:

- Insuficiência respiratória,
- Falta de ar,
- Indisposição nas atividades físicas,
- Postura corporal inadequada,
- Dor nas costas e na musculatura do pescoço,
- Diminuição do olfato e do paladar, halitose,
- Boca seca e aberta para conseguir respirar melhor,
- Lábios ressecados e feridos,
- Interposição lingual,
- Baba noturna,
- Acorda muito durante a noite,
- Tem muito sono durante o dia porque dorme mal,
- Olheiras,
- Cansa-se facilmente,



Maria Luiza Michelini Wippel e Simone Ferreira dos Santos

· Não consegue fixar atenção, tendo dificuldade em organizar a informação recebida.

A mordida aberta anterior é uma alteração ortodôntica freqüente nos respiradores orais.

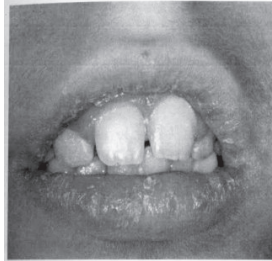


Figura 5.7 – Lábios ressecados.

1 Carvalho P. 75



Figura 5.8 – Lábios feridos.

2 Carvalho P. 75

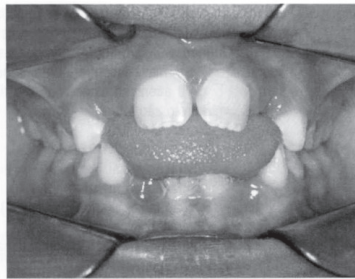


Figura 5.5 – Interposição lingual.

3 Carvalho P. 74

As crianças que apresentam problemas respiratórios graves, além das questões biológicas, orgânicas, físicas e sociais, demonstram também problemas pedagógicos associados como consequência da respiração oral.

**Maria Luiza Michelini Wippel e Simone Ferreira dos Santos**

Respirando bem, os níveis de oxigenação ficam mais elevados, facilitando a aprendizagem. Então respirando mal, temos problemas na fala, diminuição de audição e conseqüentemente prejuízo na aprendizagem, quando estes problemas se transferem para a escrita. Apresenta problemas de fluência e interpretação de texto, ansiedade e dificuldade em relatar suas experiências, percebendo assim problemas no desenvolvimento de um modo geral.

Quando nos sentimos sufocados, reagimos com impulsividade, ansiedade, agitação, cansaço, impaciência, desânimo, apresentando dificuldade de atenção e concentração gerando problemas escolares. É assim que o respirador oral se sente a maior parte do tempo, como não consegue dormir bem, tem pesadelos, vai dormir tarde, levanta cedo cansado, não presta atenção nas aulas, porque tem muito sono e fica agitado e inquieto, tornando um círculo vicioso. Está sempre cansado, deprimido, demonstrando uma estreita relação entre a respiração e o psicológico.

A criança respiradora oral apresenta enurese noturna e às vezes chega a “cair da cama”. Geralmente suga o polegar, chupetas e a própria língua ou ainda rói unhas (CARVALHO, 2003).

Os dois extremos referentes à alimentação são encontrados nos respiradores orais: ou comem muito e ansiosamente e, em virtude disso, são muito gordos, ou comem pouco, muito devagar e são magros (CARVALHO, 2003).

O cansaço provocado pela congestão nasal é um fator responsável pelo baixo rendimento escolar e qualidade de vida, causando alterações comportamentais, problemas cognitivos, de memória e relações interpessoais. Crianças que não dormem bem são muito agitadas ou sonolentas, com sobrepeso ou peso baixo.

Geralmente crianças com problemas para respirar, apresentam falhas na alfabetização, dificuldade para se concentrar, agressividade e hiperatividade, sendo facilmente confundidas com síndrome do déficit de atenção.

Segundo CARVALHO (2003), quando altera a postura da cabeça, o respirador oral se desorganiza, desequilibra e sofre, além da postura desconfortável, muitas dores. Parece estranho que esse paciente que precisa tanto de ar gire o ombro para a frente, comprima o tórax e dificulte, ainda mais, as possibilidades de expansão do tórax e conseqüentemente

dos pulmões. Todo quadro é de uma busca de compensações para atingir novo equilíbrio. Os movimentos defeituosos, incorretos na caixa torácica, terminam por modificar o equilíbrio da escápula. Isso ocorre por causa de uma vulnerabilidade da ligação cartilaginosa que prende a cintura escapular ao tronco, na junção da primeira costela ao esterno. Todo padrão inadequado do ombro tem como consequência escápulas aladas que denunciam uma cintura escapular desajustada em virtude de uma postura alterada.



Figura 10.9 – Ombro girado, comprimido o tórax.

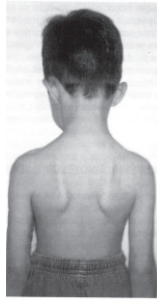


Figura 10.10 – Escápulas aladas em um paciente. Sua postura, vista posterior.

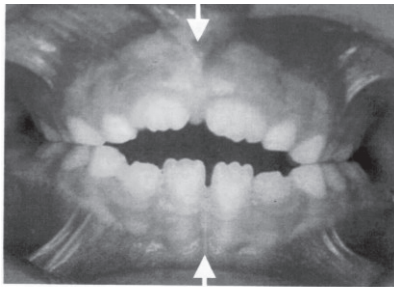


Figura 10.11 – Desvio da linha mediana mandibular para a esquerda.

A maioria das pessoas com obstrução nasal crônica pode tornar-se um respirador oral, levando a uma alteração na face durante a fase de crescimento. São várias as causas da obstrução, como a hipertrofia das adenóides, desvio de septo, rinite alérgica, hipertrofia de tonsilas palatinas e amígdalas e pólipos nasais.

Alterações de comportamento, linguagem, oclusais e deformidades da face, inclusive flacidez dos músculos faciais e mastigatórios, que

### **Maria Luiza Michelini Wippel e Simone Ferreira dos Santos**

podem levar a boca a se abrir, podendo prejudicar o desempenho escolar, estas alterações trazem para o indivíduo, diversos prejuízos, necessitando de um diagnóstico e tratamento.

Angle diz que “das mais variadas causas das maloclusões, a respiração oral é a mais potente, constante e variada em seus resultados causando desenvolvimento assimétrico dos músculos, como dos ossos do nariz, maxila e mandíbula, e uma desorganização das funções exercidas pelos lábios, bochechas e língua. Os efeitos da respiração oral são sempre manifestados na face. O nariz é pequeno, curto, com as asas retas: as bochechas ficam pálidas e baixas: a boca fica constantemente aberta, o lábio superior é curto, a mandíbula fica posicionada para trás e tem falta de desenvolvimento, sendo geralmente menor que o normal em seu comprimento, provavelmente devido a pressões não equilibradas dos músculos”.

A baixa no rendimento escolar no respirador oral, não ocorre por problemas intelectuais, mas porque, como o sono não é reparador, a atenção fica rebaixada e conseqüentemente a concentração também, dificultando a aprendizagem.

O diagnóstico precoce e o tratamento, evitará problemas difíceis de serem resolvidos.

“Hoje em dia é apontada como causa da rinite a escolaridade com pouca idade, pois as crianças ainda não tem, seu sistema imunológico pronto, e entram em contato muito próximo com outras crianças nem sempre saudáveis. As escolas de natação também são apontadas como causadoras de rinites. Isto ocorre pelo grande uso de produtos químicos colocados na água. A poluição e a alimentação na primeira infância, contendo produtos inadequados para a idade, podem também ser apontadas como causadoras deste problema, causando alergias” (MARCHESAN, 1998).

O rendimento escolar prejudicado no respirador oral, não é por problemas intelectuais, mas porque dorme mal e a atenção e concentração no momento das atividades escolares diminuem, dificultando o aprendizado.

### **Características encontradas no respirador oral:**

- Dificuldade em manter a atenção
- Impulsividade

- Hiperatividade
- Cansa-se facilmente
- Dificuldade em captar estímulos
- Dorme muito tarde e tem sono agitado
- Baba e ronco noturno
- Não se interessa por esportes
- Não respeita limites
- Sonolência
- Aspecto de pessoa deprimida

### **Problemas visíveis que podemos encontrar no respirador oral:**

- Narinas estreitas ou mal desenvolvidas
- Lábios curtos
- Eversão de lábio inferior
- Hipotonia de lábio inferior
- Lábios entreabertos
- Lábios ressecados
- Dificuldade em respirar pelo nariz
- Alterações oclusais
- Aumento das adenóides e tonsilas palatinas
- Língua hipotônica
- Hipertensão do músculo mentoniano
- Hipofunção do lábio superior
- Protrusão dos dentes anteriores
- Mordida aberta anterior
- Mordida aberta bilateral
- Mordida aberta unilateral
- Flacidez da musculatura orofacial
- Fala com excesso de saliva e sigmatismo anterior ou lateral

### **Resolução CFFa nº 309, de 01 de abril de 2005**

Em 01 de abril de 2005 o Conselho Federal de Fonoaudiologia publica a Resolução nº 309, a qual dispõe sobre a atuação do Fonoaudiólogo na

**Maria Luiza Michelini Wippel e Simone Ferreira dos Santos**

educação infantil, ensino fundamental, médio, especial e superior. De acordo com a resolução, artigo 1º o Fonoaudiólogo é o profissional habilitado para desenvolver ações, em parcerias com educadores, que contribuam para a promoção, aprimoramento, e prevenção de alterações dos aspectos relacionados à audição, linguagem (oral e escrita), motricidade orofacial e voz e que favoreçam e otimizem o processo de ensino e aprendizagem. Sendo por capacitação e assessoria, podendo ser realizada por meio de esclarecimentos, palestras, orientação, estudo de casos. Como por observações e triagens fonoaudiológicas, com posterior devolutiva e orientação aos pais, professores e equipe técnica, sendo esta realizada como instrumento complementar e de auxílio e ações no ambiente que favoreçam as condições adequadas para o processo de ensino e aprendizagem.

## **Biossegurança e Fonoaudiologia**

Biossegurança é o conjunto de medidas voltadas para a prevenção, minimização dos riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde do homem.

Os profissionais Fonoaudiólogos que atuam na área de Motricidade Orofacial estão em contato com riscos ocupacionais biológicos, por estarem em contato com pacientes e materiais infectados e com pacientes.

As infecções transmitidas pela manipulação oral podem ser virais, bacterianas e fúngicas. As medidas de precauções devem ser realizadas por meio de equipamentos de proteção individual, lavagem das mãos e imunização.

Os EPIs são as luvas que devem ser utilizadas com troca a cada paciente, aventais, óculos de proteção e máscaras. A lavagem das mãos deve ser realizada antes e após cada atendimento ou se a mão for contaminada. A imunização é realizada pela vacinação, sendo que as exigidas para os profissionais da área da saúde são: anti-hepatite B; Tríplice-viral / MMR (sarampo/rubéola/caxumba); anti-varicela; anti-influenza e BCG.

## **Referências**

HANSON, ML.; BARRET, RH. Fundamentos da miologia orofacial. Tradução de Neuma Gloria Duarte Pereira. Rio de Janeiro: Enelivros, 1995.

**Maria Luiza Michelini Wippel e Simone Ferreira dos Santos**

TANIGUTE, CC. Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: MARCHESAN, IQ. (Org.) Fundamentos em fonoaudiologia. Aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 1998. p. 1-6.

WOLF-HEIDEGGER, G. Atlas de anatomia humana. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1981.

KRAKAUER, LH., FRANCESCO, RC., MARCHESAN, IQ. Respiração Oral: Abordagem Interdisciplinar. São José dos Campos: Pulso Editorial Ltda, 2003.

CARVALHO, GD. SOS respirador bucal. Uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo: Lovise, 2003.

CUNHA, VLO. Prevenindo problemas na fala pelo uso adequado das funções orais. Manual de orientação. Carapicuíba: ProFono, 2001.

FELÍCIO, CM. Fonoaudiologia aplicada a casos odontológicos. Motricidade oral e audiologia. São Paulo: Pancast, 1999.

GONZÁLEZ, NZT., LOPES, LD. Fonoaudiologia e ortopedia maxilar na reabilitação orofacial. Tratamento precoce e preventivo. Terapia miofuncional. São Paulo: Santos, 2000.

MORENO; LC., GÍGLIO, VP. In: BACHA, SMC., GÍGLIO, VP., RÍSPOLI, CFM., BRASIL, MLR. Biossegurança em Fonoaudiologia. Enfoque em Motricidade Orofacial. São José dos Campos: Pulso Editorial Ltda, 2005.

**Maria Luiza Michelini Wippel**

É Fonoaudióloga, Mestre em Distúrbios da Comunicação pela UTP, Especialista em Motricidade Orofacial e Linguagem pelo CFFa e Conselheira Efetiva do CREFONO 3

**Simone Ferreira dos Santos**

É Fonoaudióloga, Especialista em Motricidade Orofacial pelo CFFa, possui curso de especialização em Voz pelo CEFAC e é Conselheira do CREFONO 3.

# PERCEPÇÃO AUDITIVA

**Ângela Ribas**

**Thelma Costa**

## Introdução

Segundo Boothroyd (1986), a percepção do som é um comportamento complexo que envolve uma série de atividades que se manifestam, de maneira hierárquica, no sistema sensorial periférico e central do indivíduo. O processo perceptual auditivo envolve vários componentes: o evento a ser percebido (som); o órgão sensorial (orelha); os dados sensoriais transmitidos como estímulo elétrico através do nervo auditivo; e o processamento, isto é, a operação realizada pelos centros auditivos do cérebro e que resulta na percepção – representação interna do evento original.

De acordo com Sloan (1991), percepção auditiva é o resultado do processamento auditivo central e este, por sua vez, é tudo o que ocorre com o sinal acústico em um período determinado de tempo, desde sua entrada pelo meato acústico externo até o seu conhecimento pelo ouvinte, em nível cerebral. Durante todo o processamento, o sinal acústico é transformado, codificado e decodificado pelas vias auditivas.

O processamento, segundo Bellis (1996), depende das vias auditivas e da experiência consciente do estímulo pelo ouvinte. Este comportamento é altamente influenciado pelos altos níveis neurocognitivos e comportamentais, relacionados, principalmente, à memória, atenção e aprendizagem. São estes altos níveis que influenciam o reconhecimento, a decodificação e a interpretação do sinal acústico, a fim de que, depois do seu processamento, ele seja percebido e compreendido ou, então, desconsiderado.

A American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) em 1996, organizou um documento sobre processamento auditivo, onde reconhece que ele é um conjunto de processos do sistema auditivo responsável por: localização e lateralização do som; discriminação auditiva; reconhecimento dos padrões auditivos; aspectos temporais da audição; desempenho auditivo com sinais acústicos competitivos e desempenho auditivo com sinais acústicos degradados.



Para Schmid (2005), além de funcionar como transdutor/amplificador de energia, o ouvido é um sistema que monitora o ambiente, leva ao cérebro a descrição física do ruído e outros elementos necessários à sua identificação, e tem efeito qualitativo sobre o indivíduo.

É importante ressaltar que a percepção auditiva, em muitas situações, envolve a integração do sistema auditivo central com outros sistemas sensoriais e, também, envolve as experiências do indivíduo durante a sua vida e a importância do estímulo auditivo para cada pessoa.

No contexto escolar a audição é fator preponderante para o processo de aprendizagem. Segundo Ribas (1999), distúrbios auditivos de qualquer natureza interferem na aprendizagem e dificultam a inserção do aluno no ambiente escolar.

Quando se fala de distúrbios auditivos podemos classificá-los didaticamente de duas formas: os distúrbios orgânicos que afetam basicamente o órgão auditivo, ou seja, o ouvido, e que normalmente acarretam perda de acuidade auditiva; os distúrbios funcionais que se referem às alterações do processamento auditivo e que, na maioria das vezes, não está necessariamente relacionado à perda auditiva.

## **O ouvido e as perdas auditivas**

Segundo Costa (1996), para que o sentido da audição se processe no ser humano, desenvolveu-se nele um órgão chamado ouvido. O ouvido, didaticamente dividido em quatro partes (orelha externa, média, interna e nervo auditivo, ou, VIII par craniano), é um grande transdutor de energia, ou seja, é o órgão responsável pela transformação da energia sonora em elétrica, que percorrerá as estruturas nervosas do sistema auditivo.

Além de ser o responsável pela transformação da energia, o ouvido é dotado de mecanismos de compensação e amplificação da energia, bem como de proteção, que garantem a transmissão adequada das mensagens, antes sonoras.

A orelha externa está alojada na porção petrosa do osso temporal (osso este localizado na face lateral da caixa craniana) sendo que esta porção é considerada o segmento mais rígido do corpo humano. A orelha externa é constituída pelo pavilhão auricular, meato acústico externo e

## Ângela Ribas e Thelma Costa

pela membrana timpânica, que separa a orelha externa da orelha média (SANTOS e RUSSO, 2005).

Sebastian (1986) explica que a onda sonora, produzida no ambiente em que se encontra o indivíduo, entra pelo meato acústico externo (MAE) e é conduzida à orelha média. No MAE a onda sonora se difraciona e é absorvida pela ação dos pêlos, cera e pele. Ao atingir a membrana timpânica, a onda sonora produz nela vibrações, que serão conduzidas para a orelha média, onde ocorre a primeira transdução da energia sonora. Neste momento a energia sonora é transformada em energia mecânica.

A orelha média ou cavidade timpânica, é um espaço dentro da porção petrosa do osso temporal, onde se encontram os três ossículos conhecidos por martelo, bigorna e estribo (considerados os menores ossos do corpo humano), e pela tuba auditiva, estrutura que interliga a nasofaringe e a orelha média (SANTOS e RUSSO, 2005).

A tuba auditiva tem como função importante, manter o equilíbrio das pressões de ar entre a orelha média e a orelha externa, propiciando a renovação do ar na cavidade timpânica todas as vezes que o indivíduo engole (SANTOS e RUSSO, 2005)

Na orelha média, o movimento de alavanca dos ossículos, em conjunto com a diferença de área entre a membrana timpânica e a janela oval, formam o mecanismo de amplificação da energia, mecanismo este que tem por objetivo compensar a perda de energia provocada pela difração e absorção da onda sonora no MAE e na membrana timpânica. A perda de energia seria de 99% caso estes dois mecanismos não existissem. O movimento de alavanca dos ossículos impele o estribo sobre a janela oval, que reproduz o movimento de um pistão sobre ela, o que provoca a movimentação dos líquidos cocleares. Os líquidos em movimento transmitem a energia, na forma hidráulica, dentro da cóclea (outra transdução), energia essa que será a responsável direta pela estimulação da membrana basilar e células ciliadas. Além deste sistema, a orelha média produz um sistema hidráulico onde a área da membrana timpânica (55mm) é maior que a área da platina do estribo (3,2mm) concentrando a energia sonora medida por área e aumentando a pressão sonora em 17 vezes.

A orelha interna conforme Russo e Santos (1993), é constituída pelo labirinto ósseo e membranoso, e divide-se em: porção coclear (vestíbulo e cóclea) responsável pelo sentido da audição, e porção vestibular (ducto e saco endolinfático, sáculo, utrículo, ductos semicirculares), responsável pelo sentido de equilíbrio estático.

Na cóclea se dá a codificação inicial do som, que será enviada pelas fibras do nervo auditivo. Cabe ao VIII par craniano ou nervo auditivo, transmitir a energia elétrica que contém informações sonoras para dentro do sistema nervoso central (vias auditivas centrais), onde ela será então codificada e decodificada (RUSSO e SANTOS, 1993; PEREIRA e SCHOCHAT, 1997).

É muito importante compreendermos que qualquer disfunção em uma destas partes que compõem o ouvido pode acarretar perda de audição, e esta perda pode interferir, sobremaneira, no processo educacional.

A avaliação fonoaudiológica é imprescindível sempre que existe suspeita de perda auditiva, principalmente no ambiente escolar. Normalmente a audiometria permite a determinação do tipo e grau da perda auditiva e remete ao atendimento e encaminhamento mais adequado para o caso.

Com relação ao tipo da perda auditiva encontramos:

- Perda auditiva condutiva – lesão na orelha externa e média;
- Perda auditiva neurosensorial (ou sensorio-neural) – lesão na orelha interna ou nervo auditivo;
- Perda auditiva mista – quando há componente condutivo e neurosensorial (ou sensorio-neural) no mesmo exame.

Normalmente, nas perdas auditivas condutivas o tratamento é clínico e o médico, com intervenções simples, resolve o problema. Porém, no caso das perdas neurosensoriais (ou sensorio-neural), muitas vezes é necessária a utilização de próteses auditivas, pois estas lesões são irreversíveis.

Com relação ao grau da perda auditiva encontramos:

- Grau leve – a pessoa apresenta uma leve dificuldade para compreender os sons da fala, ou seja, apresenta dificuldade na fala fraca;
- Grau moderado – a dificuldade de compreensão é moderada, ou

## Ângela Ribas e Thelma Costa

seja, apresenta uma freqüente dificuldade com a fala em intensidade normal;

- Grau severo – a perda auditiva acarreta uma severa dificuldade para compreensão dos sons da fala, ou seja, só entende a fala gritada ou amplificada;
- Grau profundo – a pessoa possui uma dificuldade muito grande ou total para compreender a fala, ou seja, muitas vezes não entende a fala mesmo com amplificação.

Neste caso a classificação da perda auditiva remete à intervenção necessária com relação ao tipo de recurso (aparelho auditivo) e à potência do mesmo.

Crianças portadoras de perda auditiva neurosensorial de qualquer grau são candidatas ao uso de próteses auditivas, e aquelas com perdas severas e profundas, que não se beneficiam de próteses auditivas, são candidatas ao uso do implante coclear.

## Perda auditiva na criança

Como foi observado acima, a audição constitui uma das principais habilidades humanas, sendo o principal meio de ligação do ser humano com o ambiente. A audibilidade, ou capacidade de ouvir, interfere de forma determinante no processo de desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança. O efeito da perda auditiva no desenvolvimento das habilidades de fala e linguagem é tanto variado como complexo. Não existe nenhuma dúvida sobre os prejuízos que a deficiência auditiva pode impor à criança afetada. A identificação precoce da deficiência auditiva aumenta a probabilidade de otimizar o potencial de linguagem receptiva e expressiva, de alfabetização (leitura e escrita), desempenho acadêmico e desenvolvimento social e emocional destas crianças (WEBER e DIEFENDORF, 2001).

Além disso, a presença de uma alteração de orelha média, denominada otite média é considerada doença altamente prevalente na infância, com maior pico de incidência entre seis e 24 meses de idade, e com segundo pico de incidência entre quatro e sete anos de idade. Estima-se que 90% das crianças desenvolverão otite média na idade escolar (American Academy of Pediatrics, 2004).

A otite média em crianças desencadeia um quadro de perda auditiva do tipo condutiva, geralmente leve a moderada, que pode produzir uma sensação de abafamento do som com baixo rendimento escolar. Embora esta seja uma condição flutuante, ela está claramente associada a limitações importantes na comunicação e na aprendizagem e leva a uma inconsistência na detecção dos sons. Isto é uma desvantagem para o sistema auditivo central que se encontra em processo de desenvolvimento, pois representa uma situação de inconsistência de estimulação auditiva dificultando a formação de engramas adequados para os sons da fala (Katz, 1997).

A criança nessa situação pode ser rotulada como distraída, desatenta, não participante, desordeiro na classe. Além disso, pede sempre para repetir o que os outros falam, pode apresentar trocas articulatórias, está sempre cansado, fala alto, apresenta resfriado crônico, não responde quando está de costas, apresenta má compreensão da mensagem e mau rendimento escolar.

Desta maneira, é importante que o professor esteja atento a qualquer uma das características citadas acima, para que o encaminhamento ao profissional fonoaudiólogo seja feito o mais precocemente possível.

## **Processamento auditivo**

No ambiente escolar não é raro encontrarmos crianças que escutam bem, porém, parecem não “escutar”. Na avaliação com fonoaudiólogo recebem o diagnóstico de “alteração ou distúrbio do processamento auditivo”.

Na literatura encontramos que existem diferentes habilidades que o indivíduo deve realizar para efetivamente escutar um som:

- Localização - habilidade de determinar o local de origem de uma fonte sonora;
- Figura-fundo – habilidade de identificar um determinado sinal sonoro na presença de outros sons competitivos;
- Síntese ou integração binaural – habilidade para reconhecer estímulos apresentados, simultânea ou alternadamente, em ambas as orelhas;
- Separação binaural – habilidade para atender e integrar informações auditivas diferentes, apresentadas nas duas orelhas simultaneamente;
- Fechamento – habilidade para reconhecer o sinal acústico, quando partes dele são omitidas;

### Ângela Ribas e Thelma Costa

- Discriminação – capacidade de diferenciação do som;
- Memória – habilidade para armazenar e reter o estímulo auditivo;
- Atenção – habilidade para deter-se em um determinado estímulo durante um período de tempo;
- Associação – habilidade para estabelecer relações distintas entre diferentes fontes sonoras
- Compreensão ou cognição – habilidade para estabelecer relações entre o estímulo e o seu significado.

Além destas funções e habilidades, Musiek e Geurkink (1980) e Bellis (1996) expuseram que o sistema auditivo, também, é responsável pela capacidade de reconhecer a ordem e seqüência dos estímulos acústicos no tempo.

Esta lista de tarefas auditivas, se processa nos sistemas auditivos periférico e central. O ouvido capta a onda sonora e a transforma em energia elétrica, que seguirá pelas estruturas centrais para ser processada.

As vias auditivas centrais são aquelas localizadas dentro do sistema nervoso central: tronco encefálico e cérebro. Por essas vias trafegam informações auditivas que foram codificadas e pré-analisadas pelas vias auditivas periféricas.

O nervo auditivo, ainda dentro da cóclea, recebe das terminações nervosas das células ciliadas as informações elétricas que deverão percorrer toda a via até chegar ao cérebro, onde será então decodificada e compreendida, e de onde partem as respostas voluntárias ou não ao som.

Depreende-se, portanto, que a criança portadora de alterações no processamento auditivo é aquela que, por alguma razão, não consegue processar adequadamente as informações sonoras e não executa adequadamente as tarefas auditivas anteriormente descritas.

Estas alterações interferem no processo escolar e se detectadas adequadamente, podem ser tratadas, e seus efeitos minimizados.

Como normalmente estas crianças não apresentam perdas auditivas, é comum que a realização de terapia auditiva formal ou informal resolva o problema.

## Considerações finais

Vygotski (1995) afirma que a audição é um dos processos naturais do ser humano sobre o qual se processa a aprendizagem. Ora, se o ouvido funciona mal é certo que o processamento auditivo não acontecerá de forma adequada, o que gerará dificuldades acadêmicas severas.

É imperioso que o fonoaudiólogo participe do processo educacional, prevenindo, detectando rapidamente e intervindo junto àqueles que possuem alterações auditivas.

O fonoaudiólogo é o profissional capacitado para desenvolver estratégias, no âmbito escolar, que auxiliem toda a equipe pedagógica, no sentido de minimizar os efeitos da alteração auditiva sobre todos os agentes. Assim, atitudes prejudiciais à audição poderão ser modificadas, preservando-se a saúde auditiva.

Dessa maneira acredita-se que ações preventivas na área fonoaudiológica contribuam, significativamente, para promover a saúde geral e em especial a saúde do escolar. Medidas de promoção da saúde relativas à linguagem objetivam eliminar os fatores responsáveis pela origem dos diversos distúrbios fonoaudiológicos decorrentes das questões auditivas. Sendo assim, torna-se essencial o investimento nos aspectos preventivos e educativos, bem como a realização de exames e encaminhamentos àqueles que referem possuir sintomas e que sugerem alguma alteração do sistema auditivo.

Concluindo, é de grande importância o envolvimento de fonoaudiólogos em programas de promoção de saúde, programas estes que podem e devem se realizados no âmbito escolar. O objetivo maior neste caso é a contribuição para a prevenção de problemas auditivos encontrados na escola, atuando em prol de sua saúde e qualidade de vida do escolar. A atuação na promoção da saúde em âmbito escolar depende diretamente da interdisciplinaridade entre serviços da área da Educação e da Saúde, além da parceria entre fonoaudiólogos, educadores e pais.

## Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Subcommittee on Otitis Media With Effusion, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck

**Ângela Ribas e Thelma Costa**

Surgery. Otitis media with effusion. *Pediatrics*. 2004; 113:1412-29.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA). Central auditory processing: current status and implications for clinical practice. *Am. J. Audiolo.* 5:41-47. 1996.

BELLIS, T.J. Assessment and management of central auditory processing disorders in the educational setting. California: Singular Publishing, 1996.

BOOTHROYD, A. The sense of hearing. Austin: Pro-ed, 1986.

COSTA, S. Otorrinolaringologia, princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KATZ, J; TILLERY, KL. An introducing to auditory processing. In: Lichtig I, Carvalho RM. *Audição abordagens atuais*. Carapicuíba: Pró-Fono; 1997. p.119-43.

MUSIEK, F.E; GEURKINK, N.A. Auditory perceptual problems in children. *Laryngoscope*. 92:251-7, 1982.

PEREIRA, L.D; SCHOCHAT, E. Processamento auditivo central. São Paulo: Lovise, 1997.

RIBAS, A. A relação entre o processamento auditivo central e o distúrbio de aprendizagem. Dissertação. Programa de pós-graduação em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba: UTP, 1999.

RUSSO, I.C.P; SANTOS, T.M.M. A prática da audiologia clínica. São Paulo: Cortez, 1993.

SANTOS-MOMENSOHN, TM; RUSSO, I.C.P; A prática da audiologia clínica. São Paulo: Cortez, 2005.

SCHMID, A.L. A idéia de conforto. Reflexões sobre o ambiente construído. Curitiba: Pacta Ambiental, 2005.

SEBASTIAN, G. Audiologia prática. Rio de Janeiro: Enelivros, 1986.

SLOAN, C. Treating auditory processing difficulties in children. Califórnia: Singular Publishing, 1991.

VYGOTSKI, L. Fundamentos da defectologia - Obras completas. Cuba: Pueblo e Educación, 1995.



### **Ângela Ribas e Thelma Costa**

WEBER, BA; DIEFENDORF, A. Triagem Auditiva Neonatal. in Perspectivas Atuais em Avaliação Auditiva. Frank Musiek e William F. Rintelmann. Manole, 2001.

#### **Ângela Ribas**

É Fonoaudióloga, docente do curso de Fonoaudiologia da UTP, especialista em Audiologia pelo CFFa, Mestre em Distúrbios da Comunicação pela UTP, Doutora em Meio Ambiente e Desenvolvimento Urbano pela UFPR e Conselheira do CREFONO 3.

#### **Thelma Costa**

É Fonoaudióloga, docente do Curso de Fonoaudiologia e Fisioterapia da PUC/SP, especialista em Audiologia pelo CFFa, Mestre em Distúrbios da Comunicação pela PUC/SP, Doutoranda pelo Programa de pós-graduação em Fonoaudiologia pela PUC/SP.

# INCLUSÃO ESCOLAR

**Ione Lacerda L.M.Sanches**

## Introdução

A inclusão tem sido tema que vem sendo discutido atualmente no país; em encontros, congressos e eventos sob diferentes perspectivas e enfoques teóricos, mas, ainda encontram-se divergências sobre os aspectos curriculares e ensino efetivo em salas de aula.

Dentro desta perspectiva sobre a inclusão, a escola vem sendo convidada a refletir sobre princípios que vão desde a convivência com os alunos “ditos diferentes” até uma mudança na organização de todo seu trabalho pedagógico; como afirma Gotti (2005). A luta pela inclusão, embora seja contestada e tenha mesmo assustado a comunidade escolar exigindo mudanças de atitudes, nos remete a refletir e reconhecer que se trata de um posicionamento social que garante a vida com igualdade pautada pelo respeito e diferenças (MAZZOTTA, 1996).

Diante deste desafio os profissionais que trabalham com crianças especiais, professores ou equipes multidisciplinares, passam a ter papel importante no conjunto que movimenta todo o sistema educacional.

O professor deve ser devidamente capacitado para receber estes alunos. A equipe multidisciplinar deve estar atenta aos processos educacionais e avanços destes, pois, juntar as crianças em sala de aula, não lhes garante ensino e consequentemente também, não lhes garante a aprendizagem e desenvolvimento (PADILHA, 2004).

Portanto, para que a escola seja um espaço vivo de formação e um ambiente verdadeiramente inclusivo, o sistema de reestruturação de ensino deverá adequar-se às diferentes necessidades dos alunos, com objetivo de construir uma escola de qualidade para todos.

A inclusão é um momento oportuno para que a comunidade escolar demonstre sua competência e principalmente suas responsabilidades educacionais. É necessário que a inclusão seja realmente uma troca, uma forma de entender o outro, respeitar e valorizar as competências lutando contra a exclusão que ao longo dos séculos as sociedades criaram para as pessoas (SASSAKI, 1997).

Diante desta realidade procuramos tecer em linhas gerais neste capítulo a História da Educação Especial, Leis, Resoluções que foram elaboradas para a defesa da inclusão e refletir sobre como escolas ainda desrespeitam as legislações. Como a opinião de alguns educadores ainda é tendenciosa; e como a Fonoaudiologia nesta interface com a Educação poderá contribuir.

## **Resgatando a história**

Até o século XX a idéia de inclusão não existia. As pessoas com alguma deficiência sempre tiveram sua imagem associada à incapacidade, limitação, doença. A deficiência era vista tão somente nos seus aspectos biológicos, sem qualquer olhar sobre as possibilidades e/ou capacidades do sujeito deficiente, ou seja, não havia qualquer mudança no olhar social sobre estas pessoas.

A história nos traz que na idade média as pessoas com alguma deficiência eram abandonadas ao relento; muitas vezes eram exterminadas ou viviam à margem da sociedade. Alguns eram aproveitados como fonte de diversão. Em passagens bíblicas podemos observar que tanto os cegos, surdos e os deficientes mentais eram considerados idiotas; os epiléticos, os mancos e leprosos eram, em sua maioria, excluídos, rejeitados, porque se pensava que eram amaldiçoados pelos deuses. Até então, a medicina tratava estes sujeitos como possuído por demônios.

Foi no início do século XVII que ocorreram vários avanços na medicina, que se começa a delinear o entendimento de que a deficiência é proveniente do cérebro (PESSOTTI, 1984). A medicina começa a mudar o foco; não se pensa mais nas superstições demoníacas e sim num corpo que merece atenção, relacionando os aspectos e características das lesões com as patologias. A partir desta visão é que os hospitais psiquiátricos, conventos e asilos passaram a confinar as pessoas deficientes. Estas instituições constituíram-se muitas vezes como presídios, com o intuito de que os sujeitos ali abrigados fossem estudados, analisados e reconhecidos para uma recuperação.

Surge, de forma sutil, a Educação Especial como uma prática médica, relacionando os aspectos fisiológicos com a educação sistematizada (LUNARDI, 2004).

**Ione Lacerda L. M. Sanches**

Passados dois séculos, as pessoas com deficiência passaram a ser consideradas como cidadãs, com direitos e deveres na sociedade. Esta mudança se deve às duas guerras mundiais do século XX, as quais deixaram como legado centenas de pessoas mutiladas. O incrível avanço tecnológico do século, na área das comunicações, modifica a estrutura organizacional da sociedade e surgem os primeiros programas de reabilitação dirigidos aos mutilados da guerra, com possibilidade de reintegração na sociedade. Werneck (2000) afirma que após a segunda guerra, o mundo começa acreditar na capacidade das pessoas com deficiência.

Assim, em 1854, surge no Brasil a Educação Especial tendo como marco fundamental a criação do Instituto dos Meninos Cegos, hoje Instituto Benjamin Constant, e em 1857 a criação do Instituto dos surdos-mudos, atual Instituto Nacional de Educação de Surdos- INES (Mazzotta 1996, Bueno 1993, Jannuzzi 1992).

Os dois institutos representaram uma conquista para o atendimento aos portadores de deficiência, porém, a história não se difere dos nossos dias atuais. A população da época era composta por 15.848 cegos e 11.595 surdos no país, sendo atendida somente a minoria, composta por 35 cegos e 17 surdos, os quais possuíam atendimentos nestas instituições. Mesmo contando com os esforços para a prática da educação dos portadores de deficiência, somente algumas foram contempladas neste atendimento, ficando a deficiência mental sem qualquer citação, como refere Mazzotta (1996).

### **Fatos importantes para uma inclusão**

Em 2000 o IBGE refere nas informações do censo demográfico que a população brasileira era composta por 169,8 milhões de brasileiros. Destes, 24,6 milhões o correspondente a 14,5% da população, apresentava algum tipo de deficiência.

Buscamos, a seguir, fazer referência a algumas leis inspiradas na Constituição Federal de 1988, as quais vêm pontuar o direito dos portadores de necessidades especiais quanto à educação no ensino regular. Entretanto, para refletirmos sobre esta realidade, de que as leis, as convenções e declarações, muitas vezes não garantem a inclusão, é

que passamos a analisar o contexto de 55 anos atrás até os nossos dias, transcrevendo datas e pautas importantes quanto à inclusão.

Em 1954 é fundada a primeira Associação de Amigos dos Excepcionais - APAE, surgindo o ensino Especial como opção à escola regular.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), promulgada em 1961, veio para garantir o direito da criança com deficiência à educação, de preferência na escola regular.

A Federação Nacional das APAES, em 1963, realizou o seu primeiro Congresso, contando com 16 instituições das Associações de Pais e Amigos.

Dez anos após a promulgação da LDB, que garantia o direito da criança de estar no ensino regular; surge a Lei nº 5.962/71 que determina que o portador de deficiência passe a ser atendido na escola especial, o que, no contexto da inclusão, pode ser considerado um grande retrocesso.

A Lei nº 5.692/73 cria o CENESP - Centro Nacional de Educação Especial, que visa atender as crianças que conseguem acompanhar o ritmo escolar regular e que somente aqueles que apresentarem dificuldades serão atendidos pela Educação Especial.

A Constituição Federal de 1988 vem estabelecer um avanço sobre igualdade no acesso à escola. O Estado assume o compromisso de que o atendimento especializado deve ser preferencialmente na rede regular. Assim, visualizamos um retorno à proposta inicial de inclusão.

A Lei nº 7853, aprovada em 1989, registra crime ao preconceito, o que veio a ser regulamentado somente uma década após.

O ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente - dá aos pais ou responsáveis a obrigação de matricular os filhos na rede regular e assegura por meio da Lei nº 8.069/90 que as crianças e adolescentes são considerados cidadãos.

Em 1994 surgem então influências externas com a Declaração de Salamanca, tendo como princípio fundamental o dever das escolas de acolher indistintamente todas as crianças, independentemente de suas condições sociais, culturais, físicas ou lingüísticas.

A nova LDB nº 9394/96 atribui às redes de ensino o dever de assegurar o currículo, métodos, recursos e organização para atender

**Ione Lacerda L. M. Sanches**

as necessidades dos alunos. Em seu Capítulo V, Artigo 58, Parágrafo 1º, acrescenta que “haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado na escola regular para atender as peculiaridades da clientela de educação especial”. Constata-se aqui, novamente, uma mudança na proposta. Mas, nem sempre nestas questões, teoria e prática caminham em uma mesma direção. Assim, podemos considerar que uma coisa é o que as leis e declarações trazem e outra é o que encontramos no cotidiano das escolas e salas de aulas. O que descreveremos rapidamente, ao relatarmos sobre uma pesquisa realizada em algumas escolas da rede de ensino público e privado na Cidade de Curitiba.

O Decreto nº 3298, de 1999, cria a Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, definindo a Educação Especial como ensino complementar. Neste mesmo ano, em 28 de maio, mais uma ação externa vem reforçar o novo posicionamento: a Convenção de Guatemala, que ressalta o direito de igualdade ao portador de deficiência.

A partir de 2001, alguns dados estatísticos vêm demonstrando o aumento do número de crianças com deficiência no ensino regular, em especial, devido à Resolução do CNE/CEB (nº 02/2001), a qual ressalta que é crime a recusa de matrícula na rede pública da criança especial, o que passou a ser reafirmado a partir do Decreto nº 3.956/01.

Em 2002, a Resolução CNE/CP1 determina que as Universidades devem formar professores para atender alunos com necessidades especiais. Neste mesmo ano é reconhecida a LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais - como meio de comunicação e expressão, por meio da Lei nº 10.436/02 e também da Portaria nº 2678 que aprova o Braille em todas as modalidades de educação.

O MEC – Ministério da Educação e Cultura - em 2003, cria o Programa Educação Inclusiva, reforçando o direito à diversidade e formando professores capazes de atuar nesta área específica.

O Ministério Público Federal, em 2004, reafirma o direito à escolarização de alunos com e sem deficiência no ensino regular.

Em 2006 a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas – ONU – aprovou, em convenção internacional, os direitos das pessoas deficientes, cujo número é estimado em 650 milhões em todo mundo.

A Portaria nº 555/07 de 2008, nomeia um grupo de trabalho para redigir um documento com a finalidade de obter o fim da segregação.

Este grupo, composto por profissionais da Educação Especial, entrega ao Ministério da Educação seu trabalho intitulado: "A Política da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva". O documento ora proposto, em seu capítulo V, que se refere aos alunos atendidos pela educação especial, traz a seguinte redação: "Na perspectiva da educação inclusiva a educação especial passa a constituir a proposta pedagógica da escola, definindo como seu público alvo os alunos com deficiências, transtornos globais de desenvolvimentos e altas habilidades/superdotados. Nestes casos e outros, que implicam em transtornos funcionais específicos, a educação especial atua de forma articulada com o ensino comum, orientando para o atendimento às necessidades educacionais especiais."

Sintetizando a análise das leis decorridas sobre políticas de inclusão, cabe salientar nesse momento que não devemos aderir a uma proposta de "inclusão selvagem a exemplo do que ocorreu nos anos setenta na Itália" como refere Mazzotta (2008).

### **Pensar no processo de inclusão**

Observando-se o histórico do processo de inclusão e considerando o que ocorre no presente, ainda somos testemunhas de que as pessoas portadoras de necessidades especiais continuam sendo discriminadas, apesar do amparo das leis. Sendo assim, é preciso dar continuidade à luta pelos seus direitos. Há 21 anos, a nossa carta magna foi promulgada, constituindo-se a Lei maior do país e que deveria ser respeitada, percebe-se porém, que as escolas e a sociedade em geral não acataram a determinação desta.

As pesquisas apontam que o processo de inclusão é lento. A escola na tentativa de querer fazer acontecer este processo, coloca todos os alunos num mesmo patamar de aprendizagem. Inclusão não significa igualdade, mas equidade, ou seja, a disponibilidade de reconhecer igualmente o direito de cada um, o que nos possibilita refletir sobre a valorização da diversidade num todo.

Mittler (2003) refere que "a rua de acesso à inclusão não tem fim porque ela é, em sua essência, mais um processo do que um destino. A inclusão representa de fato uma mudança na mente e nos valores para a escola e para a sociedade como todo".

**Ione Lacerda L. M. Sanches**

Tomando como referência a reflexão de Mittler, podemos constatar que a mudança de paradigma e de valores ainda não ocorreu na sociedade e, conseqüentemente, nas escolas. Desta forma, a fim de buscarmos respostas para esta inquietação, fomos a campo com uma pesquisa em escolas públicas municipais, estaduais e privadas de Curitiba perfazendo um total de 30 escolas, com o objetivo de verificar a demanda da escola na inclusão dos alunos especiais.

Para coleta de dados foi elaborado um questionário composto por 5 (cinco) questões abertas o qual foi entregue aos coordenadores das escolas para ser respondido por escrito. O questionário contemplava as seguintes perguntas:

- Esta escola atende alunos com necessidade especial?
- Como estes alunos chegam para matrícula na escola?
- Existe um projeto político pedagógico específico para estes alunos?
- Esses alunos possuem acompanhamento com equipe multidisciplinar ou com fonoaudiólogo?
- O que esta escola faz: Inclusão social ou Inclusão total?

Ao analisarmos as respostas das diferentes instituições, observamos que o discurso da inclusão tem encontrado diversas barreiras. As mais citadas foram o diferencial arquitetônico de acessibilidade como ausência de rampas e sanitários específicos para cadeirantes; a não existência de um profissional especializado ou capacitado que auxilie na elaboração de estratégias educacionais que atendam as necessidades dos alunos especiais promovendo seu aprendizado (currículo adequado). Além dos Portadores de Necessidades Especiais - PNE, o professor tem em sala de aula outras crianças que também necessitam de apoio especial para seu aprendizado. Os professores assumem a sua incompetência para atuar junto à criança especial referindo, também, que se a criança tem atendimento com uma equipe multidisciplinar estas sim, conseguem realizar inclusão. Devido ao auxílio e as orientações dos fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas o trabalho em sala de aula passa a ser mais efetivo.

As considerações realizadas acima, não representam o universo educacional na cidade de Curitiba, mas, leva-nos a refletir como a



exclusão se faz presente em nossa sociedade. Citaremos abaixo, dados de pesquisas desenvolvidas em outros estados e cidades do país, que repetem o mesmo discurso encontrado em nosso estudo no município de Curitiba.

Em Salvador – BA, as crianças com distúrbios neuromotores são mal interpretadas pelos professores em salas de aula. Os professores possuem claros os objetivos, mas falta uma integração destes com os demais aspectos que envolvam o processo ensino aprendizagem (SANTOS E BARBATO, 2007).

Oliveira e Miranda (2007), da Universidade Federal de Uberlândia - MG citam em pesquisa, que os professores “não são favoráveis nem contra a inclusão, pois para elas há o lado positivo da socialização, em que as crianças conseguem interagir muito bem umas com as outras, mas do jeito que está ocorrendo nas escolas eles são contra, pois, falta apoio por parte da escola e governo”.

Novamente vemos o mesmo discurso na cidade de Goiânia - GO; os professores referem que os recursos e materiais pedagógicos não contemplam, na maior parte, a educação dos alunos com necessidades especiais. Eles colocam que a inclusão escolar vem sendo desenvolvida de modo improvisado com resultados incertos e despreparo de recursos humanos (CARVALHO, 2007).

Vemos também outro relato na cidade de Jataí – GO, que diz que a educação infantil, ainda se mantém à parte do movimento da inclusão escolar dos alunos com necessidades especiais. Conforme a pesquisadora refere, a inclusão ainda não é uma realidade (GONÇALVES, 2007).

A Revista Brasileira de Educação jan/abr 2009 v. 14 n° 40, traz artigo da Universidade Federal do Pará, onde os professores destacam nas falas, sentimentos de impotência com a educação das crianças com necessidades especiais.

Citamos ainda, a pesquisa desenvolvida na cidade de Araraquara - SP, onde as evidências apontaram que mais uma vez os professores se queixaram de despreparo e relataram muitas dificuldades em oferecer suporte para as interações, instruções e participação destas crianças inseridas em suas turmas. (MENDES, 2008).

Cabe-nos aqui refletir sobre os dados apontados.

As respostas obtidas, em meio a diferentes explicações de falta de

**Ione Lacerda L. M. Sanches**

segurança dos professores e de algumas escolas, diante do processo de inclusão, leva à percepção de um processo da exclusão?

Entendemos então, que na transição das leis, percebe-se as várias tentativas de mudanças. Entretanto, observamos que o discurso ainda não sustenta e nem contempla a tese de “educação para todos”, princípio fundamental da educação inclusiva. Portanto, é preciso refletir, não basta estar na escola para se dizer que está incluído. Como bem refere Marsha Forest (2005), “inclusão é estar com o outro e cuidar uns dos outros, é dizer seja bem vindo”.

### **Visão fonoaudiológica sobre a inclusão**

Como fonoaudióloga, professora especialista em educação especial e alfabetizadora há mais de 15 anos em Escola Especial para surdos, não podemos deixar de manifestar a nossa preocupação com estas crianças que ingressarão no ensino regular. Não somos de forma alguma contra este processo, mas também, compreendemos os receios e medos dos educadores.

Quem são estes alunos que precisam ser incluídos? Quais serão as suas possibilidades, seus desejos, suas dificuldades e limitações?

Cada vez mais é exigido da escola o saber sistematizado. A instituição é diariamente desafiada a conseguir uma forma equilibrada que resulte numa resposta educativa comum. A escola regular é para a família o único lugar de acesso ao conhecimento e, muitas vezes, passa a ser mais um peso, pois a criança passa, mais uma vez, a ser excluída.

Quando falamos de preocupação, não podemos deixar de referir, que as políticas públicas ainda não contemplam as escolas profissionais, que dominam Braille ou LIBRAS como instrumentos de auxílio para os educadores.

Muitas vezes, somos nós fonoaudiólogos, os profissionais que as famílias procuram para atendimento destas crianças, que além de serem especiais, estão com dificuldade de aprendizagem. O que fazer? Como atender esta demanda? Precisamos acolher estas famílias, escutar seus questionamentos para podermos ajudá-las a procurar novos caminhos.

Como profissionais da saúde não podemos nos ater somente na patologia em si; isto nos levaria novamente a idade média. Não podemos mais usar desculpas como: ele não aprende porque não escuta,

ou, ele não tem raciocínio para acompanhar a explanação em sala de aula. Devemos olhar sempre para as possibilidades e habilidades deste sujeito, compreender a criança como ser produtivo e capaz de construir significado com o mundo e com o outro.

A especialista em educação especial da Universidade de Brasília - DF, refere que “o Brasil avança com muitas dificuldades e não vai ser a curto prazo que vamos atingir um desafio satisfatório” (Soares 2009). Enquanto fonoaudiólogos poderemos ser parceiros das escolas e dos professores, orientando sobre as propostas pedagógicas.

## Referências

CNE, Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Básica. Brasília, 2001.

DORSZIAT, A. O Outro da Educação Pensando a Surdez com base nos temas Identidade/ Diferença, Currículo e Inclusão. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

FOREST, M. Exclusão um Panorama Maior. Disponível em: <http://Geociteis.com/profetebanpolanco/inclusão> acesso 11 nov. 2008.

GOTTI, MO. Direito á Educação Subsídios para gestão dos sistemas educacionais orientações gerais e marcos legais. Brasília: MEC/SEEP, 2004.

MAZZOTA, MJS. Educação Especial no Brasil História e política pública. São Paulo, Cortez, 1996.

MITTLER, P. Educação Inclusiva, Contextos Sociais. Porto Alegre: Arned, 2005.

PADILHA, AML. O Que Fazer para não excluir. Disponível em <http://www.unimep.br/phpg>. Acesso: 27 fev.2009.

SASSAK, RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro, WVA, 1997.

## Ione Lacerda L. M. Sanches

É Fonoaudióloga e Conselheira do CREFONO 3.

# FONOAUDIOLOGIA, TELESSAÚDE E EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA

**Josiane Borges**

## **Introdução**

Com certeza você já ouviu falar sobre “educação à distância”. Podemos afirmar que educação à distância é o processo de ensino-aprendizagem mediado por tecnologias. É uma das modalidades educacionais atuais e crescentes no Brasil e no mundo. Sendo assim, quando falamos de EaD, entendemos que é dada ênfase ao ensino/educação onde o professor e o aluno podem estar juntos através de tecnologias de comunicação, como por exemplo, numa videoconferência.

De acordo com a legislação brasileira, Educação à Distância ou EaD como é popularmente conhecida; “É uma modalidade de ensino que possibilita a auto-aprendizagem, com mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação”.

Segundo a Wikipédia “Educação à distância” (EaD, também chamada de teleeducação), por vezes designada erroneamente por ensino à distância, é a modalidade de ensino que permite que o aprendiz não esteja fisicamente presente em um ambiente formal de ensino-aprendizagem. Na expressão ensino à distância a ênfase é dada ao papel do professor (como alguém que ensina a distância).”

De certa forma, EaD pode ser apresentada nas diferentes formas de ensino: modo presencial, semipresencial ou à distância. Para Moran, “A presencial é a dos cursos regulares, em qualquer nível, onde os professores e alunos se encontram sempre em um lugar físico, chamado sala de aula. A semi-presencial, acontece em parte na sala de aula e outra parte à distância, através de tecnologias. A educação à distância pode ter ou não momentos presenciais, mas acontece fundamentalmente com professores e alunos separados fisicamente no espaço e ou no tempo, mas podendo estar juntos através de tecnologias de comunicação.

Ainda de acordo com o mesmo autor, “É ensino/aprendizagem, onde professores e alunos não estão normalmente juntos fisicamente mas, podem estar conectados, interligados por tecnologias, principalmente as telemáticas, como a Internet. Mas também podem ser utilizados o correio, o rádio, a televisão, o vídeo, o CD-ROM, o telefone, fax e tecnologias semelhantes”.

Para Beneti: “Não é algo novo – a EaD surgiu com os cursos por correspondência do IUB (Instituto Universal Brasileiro) e é um elemento facilitador da relação aluno – instituição, tornando-se fundamental para nossa reciclagem profissional, qualificação e atualização.”

E Fonoaudiologia à Distância? Você já ouviu falar? E Telefonaudiologia, Telessaúde, Telemedicina, Teleconsulta, Teleprática, entre outras. Diversas são as expressões e nomenclaturas para definir o ensino-aprendizagem através das tecnologias de comunicação.

Afirma Bashshur (2000) que “Com o número crescente de aplicações de tecnologias de comunicação e informação eletrônica em áreas relacionadas à saúde (as quais também se expandem continuamente) torna-se difícil chegar a um consenso sobre qual a terminologia mais apropriada para identificar esta área – telemedicina, telessaúde, e-saúde, telemática em saúde ou todas as mencionadas. De fato, a existência de várias terminologias, demonstra a evolução dinâmica e contínua, bem como o interesse de diferentes pesquisadores na área. Por ser tão amplo, ainda é objeto de estudo de pesquisas científicas nacionais e internacionais.

Spinardi (2009) refere que “Os estudos internacionais encontram-se distribuídos nas seguintes áreas de atuação da Telessaúde: teleassistência (telerreabilitação e telediagnóstico) e educação à distância (teleeducação), mostrando resultados positivos com a utilização dos novos recursos tecnológicos na área fonoaudiológica. Em relação à literatura nacional, torna-se evidente a escassez de publicações nessa área, além da centralização dos trabalhos na área de Audiologia e voltados à educação à distância”.

No âmbito da Fonoaudiologia, “Em 25 de abril de 2009; o Conselho Federal de Fonoaudiologia resolve regulamentar, organizando e orientando os profissionais quanto as suas ações através da Resolução de nº 366 sobre o uso do sistema Telessaúde em Fonoaudiologia”.

**Josiane Borges**

Definindo no “Art.1 a Telessaúde em Fonoaudiologia, como exercício da profissão por meio das tecnologias de informação e comunicação, com utilização de metodologias interativas e de ambientes virtuais de aprendizagem, com os quais poder-se-á prestar assistência, promover educação e realizar pesquisa em Saúde”.

Com a existência de diversas e diferentes terminologias para a educação à distância a partir da definição acima, propõe-se o uso do termo Telessaúde em Fonoaudiologia como o mais apropriado.

## **Diferentes terminologias**

O quadro abaixo apresenta algumas das diversas terminologias existentes:

<b>Telessaúde<sup>1</sup>:</b> inclui a transferência de informações clínicas, processos diagnósticos, tratamentos, monitoramentos e educação, por meio da utilização e transmissão diferentes informações disponibilizadas através de recursos tecnológicos.
<b>Telemedicina<sup>2</sup>:</b> É a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde nos casos em que a distância é um fator crítico. Esses serviços são prestados por profissionais da área da saúde, utilizando tecnologias de informação e de comunicação (TICs) para intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção de prestadores de serviços em saúde, assim como para fins de pesquisa e avaliações.
<b>Teleeducação<sup>3</sup>:</b> São tecnologias reunidas para implementar a capacidade educacional, tanto dos métodos tradicionais como dos cursos à distância.
<b>Telemática<sup>4</sup>:</b> São atividades, serviços e sistemas relacionados à saúde, desenvolvidos à distância por meio das tecnologias de informação e comunicação, para a promoção de saúde global e controle de doenças.
<b>e-Saúde (e-Health)<sup>5</sup>:</b> É uma área emergente na intersecção da informática médica, saúde pública e negócios e se refere aos serviços de saúde e de informação fornecidos ou enfatizados por meio da internet outras tecnologias relacionadas.

**Telereabilitação<sup>6</sup>:** É o método pelo qual se utilizam tecnologias de comunicação para prover não seria promover a reabilitação à distância.

**Teleconsulta ou teleprática<sup>7</sup>:** É definida de maneira ampla como a utilização das tecnologias da informação e comunicação para prestação de serviços de saúde à distância por dois profissionais.

Os conceitos enumerados acima possuem as seguintes Referências Bibliográficas:

- 1, 3, 4, 5 e 7 – Referência Bibliográfica 12.  
2 e 6 – Referência Bibliográfica 10.

## **A telessaúde no mundo**

Durante a 58ª Assembléia Mundial de Saúde, para reconhecer e potencializar a efetividade da telessaúde, a OMS publicou em 2008, um relatório que chama os estados membros para a elaboração de um plano estratégico a longo prazo, com o objetivo de implementar os serviços, por meio da telessaúde, nas diversas áreas.

No Brasil, através de incentivo governamental, a telessaúde vem sendo desenvolvida por meio de diferentes projetos como: RUTE – Rede Universitária em Telemedicina, Rede Ipê, Projeto Giga, o Projeto Minas Telecardio, a Rede Catarinense de Telemedicina(RCTM), o Projeto Cyclops, o Núcleo de Telessaúde (NUTES), o Projeto do Homem Virtual, entre outros. Também, a telemedicina na área de audiologia mostra-se bastante promissora com o desenvolvimento do sistema chamado de Teleaudiometria.

Sendo assim, verificamos que a EaD não é somente uma modalidade de ensino-aprendizagem, mas uma estratégia com possibilidade de articular e otimizar a formação, qualificação, especialização do fonoaudiólogo de forma global.

## **Conclusão**

É importante ressaltar que a Telessaúde no Brasil ainda encontra-se em crescente desenvolvimento e estudo.

## **Josiane Borges**

E que os avanços referentes aos recursos tecnológicos da informação e da comunicação, vêm apresentando impactos significativos na sociedade.

Contudo em relação à área da saúde e educação, verificamos na possibilidade da EaD, que a mesma favorece a inserção social, o aprimoramento e o conhecimento individual e coletivo, podendo esta, auxiliar na construção de uma sociedade mais justa e igualitária melhorando assim a qualidade de vida dos indivíduos.

## **Referências**

BASHSHUR RL.; REARDON TG.; SHANNON GW. Telemedicine: a new health care delivery system. Annu Rev Public Health, v.21, p.613-637, 2000.

BENETI, M. Educação à Distância – uma realidade. <http://artigonal.com> 05/10/2009.

BERNARDEZ-BRAGA GRA., Comparação das medidas com microfone sonda realizadas face a face e via teleconsulta. Bauru, 2008 Dissertação de mestrado- Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

Boletim Integração. USP. Telessaúde em Fonoaudiologia. Ano 8 – Março/Abril de 2009 – n. 41 <http://www.pcab.usp.br/imprensa/boletim/noticias.php?NumeroJornal=41&NumeroNoticia=5>.

BRASIL. Decreto Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de dezembro de 1996, Seção 1, p.27839. [acesso em 2007 mar 23]. Disponível em <http://www.mec.gov.br/home/legislação/default.shtm>.

Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução n. 366 de 25 de abril de 2009: Dispõe sobre a regulamentação do uso do sistema Telessaúde em Fonoaudiologia. <http://www.fonoaudiologia.org.br>.

GRACA CML., Telessaúde em Fonoaudiologia. Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia – abril-junho/2009 p.23.

MARTINS JG., CAMPERTRINI BB. Ambiente Virtual de Aprendizagem Favorecendo o Processo Ensino-Aprendizagem em Disciplinas na



**Josiane Borges**

Modalidade de Educação a Distância no Ensino Superior Abril/2004  
<http://www.fonosul.com.br/ava.htm>.

MORAN JM. O que é educação `a distancia. <http://www.fonosul.com.br/educacaoadistancia.htm> 2009.

Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Brasil: TIC Domicílios e TIC Empresas 2007= Survey on the Use of Information and Communication Technologies in Brazil : ICT Households and ICT Enterprises 2007 / [coordenação executiva e editorial/executive and editorial coordination, Mariana Balboni ; tradução/translation Karen Brito]. -- 2. ed. -- São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2008. Edição bilíngüe: português/inglês. 1ISBN 978.

SILVA AA., MAUAD RF., AFONSO DLA., LEITE, MTM., RAMOS, MP., SIGULEM D. Proposta de estudo: Análise da Utilização do Moodle como ambiente virtual de apoio ao ensino presencial.

SPINARD ACP., BLASCA, W. DE-VITTO, LM. Genética e Fonoaudiologia: aprendizado baseado na teleeducação. <http://www.revistaprofono.com.br> 2008.

SPINARD ACP., BLASCA WQ., WEN CL., MAXIMIMO LP. Telefonaudiologia: ciência e tecnologia em saúde. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2009 jul-set;21(3):249-54.

**Josiane Borges**

É Fonoaudióloga da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Pós-graduada em Motricidade Orofacial pelo CEFAC-SC, Secretária-Adjunta da Associação dos Conselhos Profissionais-ASCOP/SC e conselheira do CREFONO 3.

## **O ENSINO SUPERIOR E A FONOAUDIOLOGIA NO BRASIL**

**Ney Stival**

**Jaqueline Medeiros de Mello**

A temática “educação no ensino superior” tem destaque na agenda de análises e investigações, como um campo de pesquisa complexo com debate imprescindível e urgente. Complexo por expressar tensões entre perspectivas teórico-prático que buscam contribuir para a formulação de políticas educacionais e debate pelas mudanças que ocorrem em todo momento, não tornando a educação como algo estanque e meramente conclusivo.

Ao dialogarmos Educação no Ensino Superior, temos que colocar nessa esfera a ciência Fonoaudiologia como assunto debatido em nossa roda temática e relembrar que para a Fonoaudiologia chegar ao momento científico que se apresenta hoje, foi preciso que ocorressem várias transformações. Estas só podem ser entendidas e/ou compreendidas estudando a sua história.

Ao mencionarmos a Fonoaudiologia no Ensino Superior devemos lembrar a origem da Fonoaudiologia no Brasil e que, de modo geral, diferentes contextos políticos e lingüísticos influenciaram o início da prática fonoaudiológica em várias regiões do país (BERBERIAN, 1997; BERBERIAN, MASSI, 1998).

Historicamente, a Fonoaudiologia teve seu início ligado à Educação. Os primeiros cursos de Fonoaudiologia no Brasil originaram-se na década de 60 no Rio de Janeiro na UFRJ e em São Paulo na USP e na PUC, com o nome de curso de graduação em “Logopedia” com o objetivo de formar terapeutas que tratassem de indivíduos portadores de problemas de voz, fala, linguagem e audição. Estes cursos tinham inicialmente um ano de duração. Porém, temos que destacar os registros da prática fonoaudiológica desde o início do século XX (MEIRA, 1997; CAVALHEIRO, 2001).

Nesse contexto, a história carrega explicação de que a Fonoaudiologia surgiu a partir da necessidade de reabilitação de indivíduos portadores de distúrbios da comunicação exclusivamente onde foi criado o Colégio Nacional para Educação dos Surdos, atualmente conhecido como Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES).

Da década de 20 a 40 a Fonoaudiologia tomou um rumo acadêmico diferente do originado do século anterior. O fonoaudiólogo passou a atuar como um profissional especializado em ambiente escolar, trabalhando com crianças com problemas de fala.

A partir de 1950, o fonoaudiólogo passou a trabalhar também com pessoas que apresentassem distúrbios de linguagem, passando dessa forma, de uma atuação exclusivamente educacional para um contexto clínico, havendo então, a criação do curso de “Logopedia” voltado principalmente à reabilitação.

Entre 1960 e 1970, foram criados os primeiros cursos de graduação em Fonoaudiologia, com o objetivo de legitimar o perfil de um profissional especializado nas práticas de habilitação e reabilitação de linguagem.

Por todo este período, a atuação de inúmeros profissionais inseridos em diversos campos de atendimento à educação e à saúde, não apenas como interventores, mas principalmente valorizando ações preventivas, consolidaram o caráter científico da Fonoaudiologia.

Na década de 70 e início dos anos 80, em todo o Brasil, os cursos de Fonoaudiologia formavam tecnólogos e tinham uma duração de dois anos e seis meses, com carga horária de 1.800 horas/aula.

No ano de 1972 foi implantado o curso de Fonoaudiologia na Universidade de Santa Maria no Rio Grande do Sul, sendo que em 22 de setembro de 1975 pelo parecer 2.915/1975 o Conselho Federal de Educação reconheceu esta, como sendo a primeira Faculdade de Fonoaudiologia.

A partir dessa década, formou-se um novo ciclo dentro do ensino superior para a Fonoaudiologia, pois entrar no mercado com graduação e conhecimento profissional além de qualificação de nível superior impulsionou o Conselho Federal de Educação em 1976 a aprovar o primeiro currículo mínimo para o curso de Fonoaudiologia. Este currículo possuía uma forte valorização ao tecnicismo, buscando, assim, a reabilitação das manifestações patológicas da linguagem.

Mais outro ciclo para a Fonoaudiologia foi descortinado pela Lei de nº 6.965, de 09 de dezembro de 1981, a profissão de fonoaudiólogo foi regulamentada e reconhecida em todo o território nacional. Segundo a lei, o fonoaudiólogo “é o profissional com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua em pesquisas, prevenção, avaliação e terapias

## Ney Stival e Jaqueline Medeiros de Mello

fonoaudiológicas; na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como no aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz”. Com a regulamentação profissional surge a real necessidade de adequar o conhecimento científico adquirido nas academias com o conhecimento legal aplicado para a comunidade. Começa a entrar em cena o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa).

As atividades do CFFa tiveram início em 1983 por meio da resolução 06/83. O Conselho Federal transformou todos os cursos de formação de Tecnólogos em “Cursos de Graduação Plena em Fonoaudiologia”, equivalente ao bacharelado, exigindo, com isso, uma reformulação curricular em todos os cursos existentes (CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA, 2010).

O novo currículo mínimo para o curso de Fonoaudiologia, contudo, ainda mantinha uma forte influência do tecnicismo, herança das décadas passadas. Para que fosse possível acompanhar o avanço científico e tecnológico que ocorria na área científica, esse currículo passou a sofrer, paulatinamente, algumas modificações, na tentativa de acompanhar o ritmo evolutivo da ciência, além de minimizar a influência do tecnicismo. Iniciou-se, então, uma ampla discussão em torno do currículo do curso, abrindo caminhos para se questionar um novo rumo para a Fonoaudiologia enquanto ciência.

No início da década de noventa, a necessidade de revisão dos currículos para a formação do fonoaudiólogo passou a ser alvo de fortes discussões, diante das exigências de uma sociedade cada vez mais pluralista. O Ministério da Educação (MEC) em 1998, por meio de uma comissão de especialistas na área, iniciou a elaboração das novas diretrizes curriculares para os cursos de Fonoaudiologia, objetivando atender às grandes mudanças e aos avanços da ciência fonoaudiológica.

O Conselho Nacional de Educação aprovou em 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área de Saúde, que incluía o Curso de Fonoaudiologia. Essas Diretrizes preocupam-se, essencialmente, em garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições atuais de exercício profissional.

Atualmente, há no Brasil 118 cursos de Fonoaudiologia cadastrados pelo MEC/INEP, onde encontramos a seguinte divisão nos territórios

brasileiros: 58 cursos na região sudeste, 26 cursos na região nordeste, 19 cursos na região sul, 8 cursos na região centro-oeste e 7 cursos na região norte.

Diante da distribuição de cursos nas regiões brasileiras, podemos observar um forte crescimento de abertura de cursos na região nordeste e uma estagnação na região sul, salientando-se que foi nessa região que nos anos 80 obteve a segunda maior concentração de curso de Fonoaudiologia.

Observamos que na página de cadastro de cursos do MEC/INEP, várias Instituições de Ensino Superior (IES) informam que seus cursos encontram-se abertos, porém dados não oficiais nos remetem que vários desses cursos encontram-se inativos.

Na construção da política educacional do ensino superior no tripé ensino, pesquisa e extensão, a pesquisa no campo da Fonoaudiologia tem desenvolvido escalas científicas por parte das instituições de ensino superior em níveis satisfatórios para a classe profissional, visto ser dispendiosa e não haver apoio governamental no reconhecimento da profissão. Os congressos científicos, as revistas científicas, a publicação de livros de fonoaudiólogos brasileiros e os cursos de pós-graduação *Latu Senso* (Especialização) e *Senso Estrito* (Mestrado e Doutorado) contribuíram fortemente para que a cientificidade da Fonoaudiologia pudesse avançar.

Atualmente os cursos de graduação em Fonoaudiologia tem duração de quatro anos e são mais de 24.000 fonoaudiólogos ativos inscritos nos Conselhos Regionais, sendo a maior concentração na região Sudeste.

Os indicadores e padrões de qualidade para cursos de graduação em Fonoaudiologia são determinados pelos MEC, que inclui em sua avaliação a qualificação profissional do corpo docente, organização didático-pedagógica, instalações físicas, estrutura administrativa da Pró-Reitoria de Extensão e Ação Comunitária, Núcleo de Pedagogia Universitária e a Comissão Própria de Avaliação (CPA). Nestas avaliações são realizadas entrevistas com acadêmicos, egressos, docentes, coordenadores, diretores e funcionários.

Já o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) é uma exigência do MEC, cujo objetivo é ... avaliar o rendimento dos alunos dos cursos de graduação em relação aos conteúdos programáticos, suas habilidades e competências (INEP, 2010). No último ENADE, os cursos

## **Ney Stival e Jaqueline Medeiros de Mello**

de Fonoaudiologia de uma maneira geral, demonstraram à comunidade acadêmica, que o conhecimento aplicado nas IES, tem-se apresentado com um perfil muito bom, conceito 4, que representa uma evolução expressiva e significativa às mudanças educacionais que acompanham os dias atuais.

Vivemos, hoje, a era da rápida informação. Os mecanismos de acesso estão cada vez mais rápidos. A dinâmica e a velocidade cada vez maior das mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais da sociedade moderna refletem cada vez mais no ensino e no que ensinar e à educação resta o compromisso de gerar o saber, o qual está interligado com a verdade, justiça e igualdade. Entretanto, a quantidade de ofertas no ensino superior não reflete, necessariamente, qualidade. Observa-se que os formandos deixam suas cadeiras e partem rumo à vida profissional, carentes de o verdadeiro saber. Tal fato se deve ao distanciamento entre o conteúdo das disciplinas - constante nos currículos - e a velocidade das transformações nos variados campos do conhecimento científico e tecnológico. O ingresso ao mercado de trabalho torna-se extremamente penoso à medida que o profissional carece de uma boa formação universitária.

A melhor qualificação dos professores, aliada a novas tendências ou correntes pedagógicas se faz urgente. Necessário se faz que alunos e professores interajam e tornem-se um instrumento de crescimento em busca do saber. A humanização do ensino há de ser imperativa. e como bem escreve Goldenberg (1998), em menos de vinte anos a Fonoaudiologia mudou completamente de "cara": ela está mais profissional, mais madura e, especialmente, mais científica.

## **Referências**

AMORIM A. Fundamentos Científicos da Fonoaudiologia. Ciências Humanas, São Paulo, v. 1, n. 1, p.15-21, 1980.

BERBERIAN AP. Fonoaudiologia e História. Fonoatual, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 15-16, 1997.

BERBERIAN AP, MASSI, GA. Repensando a vinculação entre Fonoaudiologia e Educação. Distúrbios da Comunicação, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 39-44, 1998.

### **Ney Stival e Jaqueline Medeiros de Mello**

CAVALHEIRO MTP. Reflexões sobre a relação entre a Fonoaudiologia e a educação. In: GIROTTO CRM. Perspectivas atuais da Fonoaudiologia na escola. Plexus, São Paulo, v.1, n.1, p. 11-23, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. In: <http://www.fonoaudiologia.org.br>. Acesso em 01 de fevereiro de 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. In: [www.inep.goc.br/](http://www.inep.goc.br/) e <http://enade.inep.gov.br/enadeResultado/site/resultado>. Acesso em 01 de fevereiro de 2010.

MEIRA I. Breve relato da história da fonoaudiologia no Brasil. In: MARCHESAN IQ, ZORZI JL, GOMES ICD organizadores. Tópicos em fonoaudiologia. São Paulo: 1998.

### **Ney Stival**

É Fonoaudiólogo, avaliador *“ad hoc”* de curso de Fonoaudiologia e Institucional do MEC/INEP, possui especialização em Motricidade Oral pelo CEFAC. Conselheiro efetivo do CREFONO 3.

### **Jaqueline Medeiros de Mello**

É Fonoaudióloga, Mestre em Distúrbios da Comunicação, Docente da Faculdade Uningá e Conselheira Suplente do CREFONO 3.

